LOTTA WENDEL

DOKUMENTATION, PROFESSION OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Rättsliga perspektiv

DOKUMENTATION, PROFESSION OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Malmö University
Health and Society, Doctoral Dissertation 2019:3

© Lotta Wendel 2019

Illustratör: Bror Hjort

ISBN 978-91-7877-039-7 (tryckt)

ISBN 978-91-7877-040-3 (pdf)

ISSN 1653-5383

Tryck: Holmbergs, Malmö 2019

LOTTA WENDEL

**DOKUMENTATION, PROFESSION
OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD**

Rättsliga perspektiv

Malmö universitet, 2019
Fakulteten Hälsa och samhälle

Publikationen finns även elektroniskt:

<http://muep.mau.se/handle/2043/29594>

Till minnet av Ruth och Allan Nilsson

INNEHÅLL

ABSTRACT	9
FÖRORD.....	10
ARTIKELÖVERSIKT	12
INLEDNING	13
Introduktion.....	13
Syfte	15
TIDIGARE FORSKNING OM PROFESSIONERS SKYLDIGHET	
ATT DOKUMENTERA VÅRD OCH BEHANDLING	16
Framväxten av skyldigheten att dokumentera vård och behandling	16
Dokumentstyrning	17
Allmänt.....	17
Dokumentstyrning och arbetsmiljö	19
Dokumentstyrning och professionell socialisering	21
Dokumentstyrning och interprofessionell samverkan	22
Standardiserade dokumentationsformer.....	24
Allmänt.....	24
Samordnad individuell plan (SIP)	26
Standardiserade vårdförlopp (SVF)	26
Samverkan vid standardiserade dokumentationsformer	29
Patientens delaktighet	30
Formerna för dokumentation	32
Avhandlingens bidrag.....	33
TEORETISKA OCH METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER	35
Inledning	35
Interna och externa perspektiv på rätten	35

Juridisk metod	37
Allmänt.....	37
Empiri i rättsvetenskapen; kvalitativ eller kvantitativ metod?	38
Socialkonstruktivism och diskursanalys	43
Professionsperspektiv	46
Sammanfattande synpunkter	47
ARTIKLARNA	49
Inledning	49
Artikel I	50
Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat	50
Artikel II	51
Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat	51
Den juridiska metoden och konseljaktens som rättskälla	51
Vem äger patientjournalen?	53
Artikel III	56
Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat	56
Patientens rättssäkerhet vid dokumentation av vård och behandling	57
Artikel IV	65
Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat	65
Artikel V	66
Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat	66
Intervjuundersökningen	66
Etiska överväganden	69
SLUTSATSER OCH FRÅGOR FÖR FRAMTIDEN.....	70
ENGLISH SUMMARY.....	74
POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANFATTNING	76
REFERENSER	78
ORIGINALARTIKLAR I-IV	87

ABSTRACT

This dissertation fills part of the existing knowledge gap regarding the relationship between the legal obligation to document medical care and treatment on the one hand, and the professional practice, conditions and identities of professionals on the other. Three basic questions serve as points of departure: what are the origins of the obligation to document medical care and treatment? How is the relationship between the patient and the professions affected by the obligation? How does the obligation affect professional identities?

The dissertation consists of five sub-projects performed with a combined legal and social constructivist approach. Two relate to the historical emergence of an obligation for physicians and other professions to document medical care and treatment in Swedish healthcare. One concerns how standardized forms of documentation affect the patient's legal position and two are built upon the fact that the legal obligation for licensed psychotherapists within municipal family counselling to document their interventions has lapsed, even though the legislation clearly prescribes such an obligation.

The results suggest that the form of governance known as New Public Management has been preceded by regulations regarding the obligation of documentation, which are clearly intended to meet financial and organizational goals. This may have contributed to the fact that Sweden is one of the countries where New Public Management has influenced the public administration the most. The thesis concludes that the effects of the regulations regarding the obligation to document medical care and treatment, and the forms of implementation of the obligation, are of crucial importance for a patient's legal position. Further research is needed in order to highlight and better understand the processes that are at play when the regulations are enforced and implemented amongst health care professionals.

FÖRORD

Ingen människa är en ö och det är många som är värda ett varmt tack för bistånd vid arbetet med denna avhandling. Varje insats har bidragit med något avgörande, som jag inte på egen hand kunnat tillföra.

Arbetet har möjliggjorts genom medel som avsatts vid institutionen för kriminologi samt fakulteten Hälsa och samhälle vid Malmö universitet. För detta tackar jag Marie Torstensson Leander och Anders Kottorp.

Annika Staaf uppmuntrade mig att uppta forskarstudierna på nytt och såg till att studierna verkligen påbörjades. På halvtidsseminariet var Lars Eriksson och Ola Fransson när läsare och bidrog där på ett konstruktivt vis till att arbetet fortsatte. Detsamma gjorde Lena Halldenius. Inför slutseminariet granskade Eva Schömer och Erica Righard mina texter och deras välgrundade synpunkter var till stor hjälp, framförallt vid författandet av kappan. Lotti Ryberg Welanders har lämnat konstruktiva synpunkter på delar av manus, precis som alla de som varit vänliga att läsa, kommentera och ställa initierade frågor när jag presenterat delarbeten på seminarier och konferenser i och utanför Sverige.

Jonathan Gregory har rekordsnabbt sett över de delar i avhandlingen som författats på engelska.

Slutgranskningen genomfördes av Margareta Östman, vars uppmuntrande råd kom att betyda mycket för slutproduktens utseende, men framförallt för mig själv när arbetet skulle färdigställas. Lars Plantin har hanterat sin roll som examinator med stort lösningsfokus och har på ett mycket smidigt vis administrerat forskarutbildningens olika delar.

Stödet från mina handledare, Sara Johndotter och Annika Nilsson, har varit helt ovärderligt. Utan er tilltro hade jag gett upp för länge sedan. Ni har funnits där för små och stora frågor, hjälpt mig att hitta vägar framåt och visat stor omtanke när det behövts som mest.

En vetenskaplig avhandling är visserligen en byggsten i såväl det akademiska huset som i en enskild forskares karriär. Men den stora behållningen med verksamheten vid ett lärosäte finns i kontakten med de människor man möter på vägen. Mitt varmaste tack går till er alla, studenter, kollegor och vänner som delat salar, seminarie- och arbetsrum, stångats med läroplattformar, kursplaner och litteraturlistor, slitit på kaffeautomaterna och glatts tillsammans över nya insikter.

Manuskriptet färdigställdes bredvid min älskade son, Arvid. När jag skrev klart kappan, arbetade han med sitt examensarbete. Vi kämpade på framför våra datorer och gluttade på varandra över skärmarna när vi misstänkte att den andre hade förirrat sig på någon intressant hemsida och när vi förtjänade en ordentlig paus. Att ha möjligheten att mötas i kärlek och givande arbete samtidigt är nog ändå det bästa av allt.

Ängelsbäck, 25 augusti 2019

ARTIKELÖVERSIKT

- I. Wendel, L. Patientjournalen – för vård och behandling eller styrning och kontroll? En rättshistorisk översikt (submitted).
- II. Wendel, L. När läkare blev skyldiga att föra patientjournal. En studie av introduktionen av 1963 års läkarinstruktion. *Arkiv, Samhälle och Forskning* 3 n.f. (2019), s. 6-42.
- III. Wendel, L. Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård. *Förvaltningsrättslig tidskrift* 1 2015, s. 61-87.
- IV. Wendel, L. Kommunal familjerådgivning som allmänning – Ett exempel på polycentrisk reglering. *Nordisk socialrättslig tidskrift* 17-18 2018, s. 165-191.
- V. Wendel, L. Vi dokumenterar inte! Vi dokumenterar inte! Om legitimerade psykoterapeuter inom kommunal familjerådgivning (submitted).

INLEDNING

Introduktion

Om det inte står i journalen, så finns det inte!

Patientens journal är central inom hälso- och sjukvården. Patientjournalen avses fylla fyra syften. Först och främst ska den kunna användas som ett verktyg för den personal som vårdar patienten. I journalen ska finnas uppgifter om patientens hälsotillstånd och om planerade och vidtagna behandlingsåtgärder samt resultaten av dessa. Här ska dessutom finnas information om vilken information patienten har fått såväl rörande sådant som handlar om vård och behandling som det som har med administrationen av vården att göra: möjlighet att välja behandlingsalternativ och vårdgarantin till exempel. Patientjournalen ska också vara en informationskälla för patienten; med hjälp av journalen ska patienten få ökad insyn, kunskap och delaktighet i sin vård.

Patientjournalen fungerar också som ett underlag för syften som ligger utanför den konkreta vårdsituationen. Här märks först och främst allt arbete som har med kvalitetssäkring att göra. Såväl vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal har ett långtgående ansvar att följa upp, utvärdera, säkra och utveckla kvaliteten i hälso- och sjukvården. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) använder vidare patientens journal när myndigheten utövar tillsyn över verksamheten. Dessutom kan patientens journal komma att användas i forskningsprojekt; såväl medicinska forskare som andra använder ofta patienters journaler för att utvinna ny kunskap.

Slutligen är patientjournalen ett avgörande underlag vid olika typer av rättsliga prövningar. Det kan handla om prövning av ersättning från patient- eller läkemedelsförsäkringen, prövningar av enskilda yrkesutövares behörighet, åtgärder mot vårdgivare eller prövningar i allmän domstol av enskildas straffrättsliga ansvar.

Gemensamt för dessa syften är att de är etablerade i den rättsliga ordningen. Samtliga syften vilar på reglering som är antagen i en auktoritativ ordning och kommer till uttryck i lagstiftning, förordningar och föreskrifter.

Hur väl dessa syften tillgodoses studeras bäst i ett internt perspektiv, där rättens strävan gentemot ett koherent och monistiskt system beaktas och rättens interna syften vägs mot varandra. Det innebär inte minst att betydelsen av rättssäkerhet lyfts fram som ett centralt element. Det är främst dokumentation i detta avseende som citatet ovan syftar på. Ur ett rättsligt perspektiv är det helt avgörande vilka uppgifter som finns i patientens journal. Ingen av funktionerna kan tillgodoses på ett fullgott vis om uppgifterna i patientens journal är otydliga, felaktiga eller ofullständiga.

Patientjournalen kan också studeras ur externa perspektiv. Ofta handlar det om att dokumentationen i patientens journal gör något annat/mera än fullgör de syften som fastställs i författningen. I avhandlingen behandlas dokumentationen i detta perspektiv utifrån sambanden mellan dokumentationsskyldigheten och hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesverksamhet och identitet.

Dokumentationskrav har kritiserats för att de tar energi från det som borde vara viktigt inom hälso- och sjukvården; att vårda och behandla patienter. Dokumentationen får en egen rationalitet som blir viktigare än det som borde vara grunden i verksamheten. Ofta handlar det om att tillgodose mål som har med kostnadseffektivitet och marknadsmässighet att göra. När dessa rationaliteter tillämpas påverkas såväl dokumentationsrutinerna som organisationen inom vilken de tillämpas. Även den som dokumenterar och den som dokumenteras påverkas. De välfärdsorienterade mål som tidigare gällde för organisationen ersätts av andra marknadsmässiga och den som arbetar i organisationen förändras från att representera en välfärdsprofession till att vara en kontrollant, byråkrat och effektivitetsmaximerare. Detta leder i sin tur till att det som borde vara det centrala för den verksamhet som dokumenteras – i detta fall vård och behandling – kommer i skymundan för effektivitetsmålen. Att vårda patienten underordnas de administrativa målen och målet att möta patientens behov kan ställas emot målet att följa de logiker som följer av effektivitetskrav. Detta påverkar naturligtvis arbetsvillkoren för professionerna inom hälso- och sjukvården. Det kan också argumenteras för att det finns en påverkan på såväl professionens ställning i samhället som på professionens självbild och identitet.

Det har knappast undersökts tidigare hur dokumentationsskyldigheten växt fram på hälso- och sjukvårdsområdet och hur regleringens utformning och tillämpning inverkar på professionernas yrkesutövning.

Syfte

Det övergripande syftet med denna avhandling är att undersöka hur regleringen av dokumentationsskyldigheten påverkar professioner, professionernas utövning och relationer till patienten, utifrån dokumentationsregleringens utseende och innehåll. Jag har inte för avsikt att ge någon fullständig beskrivning av de regler som gäller för dokumentation av patientuppgifter. Istället diskuterar jag vissa centrala frågor utifrån de undersökningar som speglas i mina fem artiklar.

Det är en sammanläggningsavhandling där några centrala frågor rörande dokumentation inom hälso- och sjukvården belyses, nämligen:

1. Hur blev dokumentation av vård och behandling en obligatorisk uppgift? Denna fråga tar sikte på den historiska bakgrunden till regleringen av patientjournalen och behandlas i de första två artiklarna, där den första beskriver framväxten av den allmänna skyldigheten att dokumentera vård och behandling inom hälso- och sjukvården och den andra fokuserar på framväxten av skyldigheten för läkare att föra patientjournal.
2. Hur påverkas relationen mellan patient och profession/vårdgivare av regleringen av och formerna för dokumentation? Hur inverkar standardiserade dokumentationsformer på patientens rättsliga ställning? Denna fråga behandlas i min artikel om standardiserade vårdplaner inom öppen psykiatrisk tvångsvård.
3. Hur påverkar dokumentationsskyldigheten den professionella identiteten? Denna fråga undersöks utifrån den kommunala familjerådgivningen, där dokumentationsskyldigheten bortfallit. Hur kommer det sig att skyldigheten att dokumentera vård och behandling bortfaller i vissa sammanhang och vilka rationaliteter kommer till uttryck i argument för och emot en skyldighet att dokumentera? Resultatet framkommer i avhandlingens sista två artiklar rörande den kommunala familjerådgivningen som allmänning respektive legitimerade psykoterapeuters erfarenheter av att arbeta inom den kommunala familjerådgivningen.

TIDIGARE FORSKNING OM PROFESSIONERS SKYLDIGHET ATT DOKUMENTERA VÅRD OCH BEHANDLING

Framväxten av skyldigheten att dokumentera vård och behandling

Forskningen om framväxten av skyldigheten att dokumentera vård och behandling är sparsam och saknas i det närmsta helt när det gäller rättsligt fokus. Den forskning som finns kan grovt sorteras i två grupper. Den ena kännetecknas av ett arkivhistoriskt perspektiv och handlar om hur olika typer av och former för patientdokumentation har vuxit fram. Hit hör exempel från olika nationella och organisatoriska kontexter.¹ I Sverige har Nilsson beskrivit hur formerna för dokumentation i patientjournal utvecklats i ett historiskt perspektiv.² Den andra gruppen av forskning är något mera omfattande och utmärks av sitt fokus på hur diskurser om patienter, personal, sjukdomar och samhällsförhållanden skrivs fram i patientdokumentationen.³ I Sverige har Beronius på detta sätt använt Foucault

---

1 Barbara L. Craig, "Hospital Records and Record-Keeping, c. 1850-c. 1950. Part I: The Development of Records in hospitals", *Archivaria* 29 (1989); Barbara L. Craig, "Hospital Records and Record-Keeping, c. 1850-c. 1950. Part II: The Development of Record-Keeping in Hospitals", *Archivaria* 30 (1990); Volker Hess, "Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725-1830)", *Medizinhistorisches Journal* 45, nr 3-4 (2010): 293-340; Volker Hess, "Bookkeeping madness. Archives and filing between court and ward", *Rethinking History* 22, nr 3 (2018): 302-25.

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

3 Guenter B. Risse och John Harley Warner, "Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history", *Social History of Medicine* 5, nr 2 (1992): 183-205; Marc Berg och Geoffrey Bowker, "The multiple bodies of the medical record: Towards a sociology of an artifact", *Sociological Quarterly* 38, nr 3 (1996): 513-37; Marc Berg och Paul Harterink, "Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice", *Body & Society* 10, nr 2-3 (2004): 13-41; James Moran, "A tale of two bureaucracies: asylum and lunacy law paperwork", *Rethinking History* 22, nr 3 (2018): 419-36.

för en studie om hur befolkningen framträdde i de rapporter som provinsial-läkarna var skyldiga att årligen sända till den centrala förvaltningsmyndigheten.⁴

Dokumentstyrning

Allmänt

Kravet på att dokumentera vård och behandling har kommit att inkluderas i en styrform som kallas *dokumentstyrning*.⁵ Styrformen innefattar dels att professionerna i allt högre grad kommit att styras av dokument såsom standarder, checklistor, manualer etc., dels ökade krav på redovisning/dokumentation som innebär en indirekt styrning via krav på dokumentering av professionella verksamheter.⁶ Ett grundläggande antagande är att dokumentstyrningen växt och tagit plats på bekostnad av premisstyrning. Med premisstyrning avses att verksamhet styrs genom att vissa förutsättningar givs på förhand: krav på viss utbildning, urvalet av viss personal eller socialisering in i ett yrke eller en organisation. De normer som kommer av premisserna internaliseras och fungerar som ett incitament för vad som kan betraktas som ett gott arbete.⁷ För professionerna, de yrkesgrupper vars verksamhet kännetecknas av att de är bärare av en viss vetenskaplig kunskap,⁸ innebär premisstyrning en relativ frihet att utöva sin professionella autonomi och tillämpa den expertkunskap som varje profession anses behärska och tillämpa det skön som följer av professionens kompetens och ställning. Men premisstyrningen innebär också att professionen åläggs ansvaret att hålla sig uppdaterad med utvecklingen på det vetenskapliga område man gör anspråk på.⁹ För professionerna på hälso- och sjukvårdsområdet innebär detta ett självständigt ansvar för att fylla innehållet i begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet med ett innehåll. Den professionella motivationen kommer från rationaliteter som har med professionstillhörigheten att göra och uppföljning, tillsyn och utvärdering är en kollegial process.

Som analytiskt begrepp bygger dokumentstyrningen på den forskning som handlar om hur New Public Management (NPM) sedan 1990-talet kommit att få en dominerande ställning inom svensk offentlig förvaltning. Organisationsformen

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

5 Karin Jonnergård och Joakim Krantz, "Tråkigt på jobbet", *Socialvetenskaplig tidskrift* 3–4 (2017): 261–79; Lena Agevall, Karin Jonnergård, och Joakim Krantz, *Frihet under ansvar eller ansvar under tillsyn? Om dokumentstyrning av professioner* (Växjö: Linnaeus University Press, 2017); Lena Agevall och Karin Jonnergård, "Management by documents – a risk of de-professionalizing?", i *In Tension Between Organization and Profession. Professionals in Public Service*, red. Carola Aili m.fl. (Lund: Nordic Academic Press, 2007), 33–55.

6 Ibid.

7 Jonnergård och Krantz, "Tråkigt på jobbet".

8 Thomas Brante, "Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället" (Johanneshov: MTM, 2014); Anders Molander och Lars Inge Terum, *Profesjonsstudier* (Oslo: Universitetsforlaget, 2008).

9 Agevall, Jonnergård, och Krantz, *Frihet under ansvar eller ansvar under tillsyn? Om dokumentstyrning av professioner*.

är ett svar på tidigare kritik som innebar att professioner ansågs ha fått för stor frihet och att den offentliga administrationen uppfattades som ineffektiv, kostsam och, för hälso- och sjukvårdens del, inte patientvänlig. NPM innebär att offentliga institutioner organiseras i enlighet med metoder och modeller baserade på en ideologi om marknadsmässighet. Förändringen innebär att det professionsbaserade företrädet minskade och ersattes av en betoning på kostnadseffektivitet, där annat än medicinska intressen inkluderades vid bedömningar av resursfördelning och organisationslösningar. Metoder och logiker hämtades från privat sektor och implementerades på olika sätt i offentlig verksamhet. Förväntningarna på att dokumentationen skulle kunna användas effektivare, både som arbetsredskap vid vård och behandling och som ett redskap för central kontroll och utvärdering, har medfört att allt flera gemensamma rutiner och standarder för dokumentation har införts.¹⁰ Verksamheterna är alltså kontinuerligt föremål för utvärdering och rationalisering i syfte att uppnå kostnadseffektivitet. Det innebär att verksamheten organiseras och samordnas på ett sådant sätt att jämförelser och utvärderingar underlättas.¹¹

Dokumentstyrningen utmärks alltså av att den traditionella styrningen av professioner bestående av utbildning och kollegiala diskussioner förskjutits i riktning mot att den professionella arbetsprocessen kartläggs och kontrolleras. Det innebär att professioner åläggs att ägna allt mer tid åt administration och att mindre tid återstår för det professionella kärnuppdraget: att vårda och behandla patienter.¹²

Begreppet dokumentstyrning är en smula otympligt. Det inbegriper såväl de dokument som styr den professionella verksamheten på en övergripande nivå, som den konkreta skyldigheten att dokumentera den direkta vården och behandlingen av patienter. I begreppet särskiljs inte heller mellan olika typer av styrdokument; författningar, budgetar och interna arbetsdokument ges samma vikt. Begreppet illustrerar likväl på ett effektivt vis hur dokument eller krav på dokumentation påverkar hur en arbetsuppgift utförs och vad detta i sin tur innebär för professionerna när förutsättningarna för yrkesutövare att utöva sin kärnkunskap förändras.

Möjligen kan man idag se ansatser i riktning mot andra styrformer. I förarbeten konstateras att diskussionen kring styrformer som fokuserar på kontroll

---

10 Bente Skogsås, "Conflicts and ambivalences: A case study of clinical pathways in Norway", *Journal of Social Work Practice* 25, nr 3 (2011): 335–49.

11 Eva Bejerot, "Patienten i centrum – ett tvingande styrningsideal", i *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*, red. Hans Hasselbladh, Eva Bejerot, och Rolf Å. Gustafsson, 2008, 137–54; Lars Nordgren, *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, Lund studies in economics and management, 0284-5075 ; 77 (Lund: Lund Business Press, 2003).

12 Eva Anskär, *Time flies in primary care. A study on time utilisation and perceived psychosocial work environment* (Linköping Studies in Health Sciences, Thesis No. 136, 2019).

och riskminimering har lett till att medvetandegraden om skadeverkningarna av vad allt för många dokumentationskrav för med sig har ökat.¹³ Ett begrepp som börjat användas för detta ändrade synsätt är *tillitsbaserad styrning*. Synsättet märks inte minst i att regeringen tillsatt en tillitsdelegation som har till uppgift i att undersöka hur styrningen av offentlig verksamhet kan balansera behovet av kontroll med förtroende för medarbetarnas kunskap och erfarenhet. Ett grundläggande syfte är att öka den yrkesverksammas handlingsutrymme.¹⁴ Tillitsbaserad styrning och ledning definieras som styrning, kultur och arbetssätt med fokus på verksamhetens syfte och medborgarens behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa att medarbetaren kan, vill och vågar hjälpa medborgaren.¹⁵

Dokumentstyrning och arbetsmiljö

Administrationen har beskrivits som en frustrerande börda inom hälso- och sjukvården.¹⁶ Arbetsuppgifter som bekräftar yrkesutövares professionella identitet bidrar till en högre självvärdering, medan uppgifter som ligger utanför den professionella kärnkunskapen kan innebära ett hot mot den professionella identiteten. Upplevelsen av en stressig och dålig arbetsmiljö behöver alltså inte enbart bero på upplevelsen av att arbetsuppgifterna är många och tiden liten. Hur arbetsuppgifterna relaterar till den professionella rollen har även betydelse.¹⁷ I forskningen beskrivs arbetsuppgifter som upplevs ligga utanför den professionella kärnkunskapen ibland som illegitima och ofta placerar dokumentationskrav i den kategorin.¹⁸

I en studie från 2007 intervjuades 15 legitimerade sjuksköterskor i Sverige i syfte att kartlägga sjuksköterskornas erfarenheter av sitt dagliga arbete. Dokumentation upplevdes av sjuksköterskorna som besvärlig, tidsödande och något som tog värdefull tid från kontakten med patienterna. Dokumentation fullgjordes ofta i tillfälliga pauser, vilket ledde till språkligt oklara och otillförlitliga anteckningar som återskapats i efterhand från minnet. Skyldigheten att

13 SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvård.*

14 Dir. 2017:119 "Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen".

15 Louise Bringselius, "Vad är tillitsbaserad styrning och ledning?", i SOU 2018:38 *Styra och leda med tillit. Forskning och praktik*, red. Louise Bringselius, 2018, 61–84; SOU 2018:47, *Med tillit växer handlingsutrymmet - tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.*

16 SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvård.*

17 Gunnar Aronsson, Eva Bejerot, och Annika Härenstam, "Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare", *Läkartidningen* 109, nr 48 (2012): 2216–19.

18 Aronsson, Bejerot, och Härenstam; Eva Anskär m.fl., "Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings", *BMC Health Services Research* 18, nr 1 (2018): 1–12; Anskär, *Time flies in primary care. A study on time utilisation and perceived psychosocial work environment.*

dokumentera till trots tycktes sjuksköterskorna inte dokumentera patientens omvårdnadsbehov, utan fokuserade istället på att notera rutinmässig information. Bristerna i dokumentationen ledde till att arbetsbördan ökade, vilken gav ännu mindre tid att dokumentera.¹⁹ En senare tidsstudie inom primärvården vid fyra svenska regioner bekräftar bilden av att hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige finner att indirekt patientarbete, vilket framförallt utgörs av dokumentation, tar tid från det direkt patientrelaterade arbetet. Bara en tredjedel av arbetstiden bedömdes i denna studie ägnas åt direkt patientrelaterade arbetsuppgifter. Fördelningen av arbetsuppgifter ansågs genomgående påverka den psykosociala arbetsmiljön negativt. Detta stämde särskilt väl på allmänläkares bild av sin arbetssituation.²⁰

Bilden bekräftas också i internationell forskning. I en systematisk litteratursöversikt från 2015 om tiden och värdet av dokumentationen, konstaterades att trots att dokumentationen beräknades uppta en fjärdedel av läkares arbetsdag är den medicinska litteraturen om dokumentation begränsad. Forskarna konstaterade att det saknas forskning om hur meningsfull dokumentation är, hur dokumentationen kan göras mera värdefull samt om hur sambanden mellan den tid som läggs på dokumentation och kvaliteten på patientens vård ser ut.²¹ En amerikansk intervjustudie från 2018 vid en barnklinik visade att en tredjedel av informanterna ägnade mer än hälften av tiden tillsammans med patienten åt dokumentation.²²

I en dansk undersökning av sjuksköterskors erfarenheter av dokumentationskravet fann forskarna att sjuksköterskorna hade en splittrad bild av dokumentationen, vilken de uppfattade som viktig och meningslös samtidigt. Forskarna kunde inte, förutom vid förekomsten av dubbeldokumentation, finna något objektivt kriterium för att avgöra vilken dokumentation som bör betraktas som viktig respektive meningslös. De menade att det faktum att dokumentationen har praktisk användning inte är tillräckligt för att bedöma den som meningsfull. För att uppnå en känsla av att dokumentationen är meningsfull måste kraven på dokumentationens omfattning och former justeras utifrån sjuksköterskornas perspektiv; sjuksköterskornas professionella identitet skulle behöva hitta en form som bättre balanserade kraven på omvårdnad å ena sidan och de administrativa

---

19 Karin Hallin och Ella Danielson, "Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study", *International Journal of Nursing Studies* 44, nr 7 (2007): 1221–30.

20 Anskär m.fl., "Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings".

21 Neil Clynnch och John Kellett, "Medical documentation: Part of the solution, or part of the problem? A narrative review of the literature on the time spent on and value of medical documentation", *International Journal of Medical Informatics* 84, nr 4 (2015): 221–28.

22 Anshul Arora m.fl., "National Survey of Pediatric Care Providers: Assessing Time and Impact of Coding and Documentation in Physician Practice", *Clinical Pediatrics* 57, nr 11 (2018): 1300–1303.

kraven å den andra. Om det stod klart vilken användning och betydelse som dokumentationen har, skulle dokumentsuppgiften också upplevas som mera meningsfull, menade forskarna.²³

Att omfattningen av skyldigheten att dokumentera idag medför problem för personalens psykosociala arbetsmiljö får anses vara klarlagt. Detta påverkar i sin tur vårdens kvalitet negativt.²⁴

Dokumentstyrning och professionell socialisering

Ovan ställdes dokumentstyrning mot premisstyrning och utgångspunkten var att den traditionella styrningen av professioner bestående av utbildning och kollegiala diskussioner förskjutits i riktning mot att den professionella arbetsprocessen kartläggs och kontrolleras genom dokument.

Professionskultur och andra särdrag fördjupas under utbildningen.²⁵ Vilken syn på dokumentationsuppgiften som förmedlas under utbildningen har således betydelse för hur dokumentationsuppgiften kommer att uppfattas när yrkesutövaren senare arbetar. Abbott nämner dokumentation av vård och behandling som ett exempel på en lågt rankad rutinuppgift.²⁶ Om detta synsätt märks redan under utbildningsfasen är det rimligt att det kvarstår under den senare professionella verksamheten. Det finns emellertid bara begränsad forskning om hur skyldigheten att dokumentera vård och behandling uppmärksammas i utbildningssituationen. Abbotts bedömning bekräftas dock i att dokumentations-skyldigheten betraktas som en administrativ uppgift av mindre kliniskt värde, och tillmäts därför minimalt undervisningsvärde.²⁷ I en undersökning av hur medicinstudenter förhöll sig till uppföljning och dokumentation vid en avdelning för internmedicin på ett universitetssjukhus i Ontario, framkom att synen på dokumentationsuppgiften och dokumentationens kvalitet stod i samband med relationella och organisatoriska faktorer. Forskarna genomförde observationer, intervjuer samt samtal i fokusgrupper och granskade även medicinstudenternas dokumentation. De fann att det bästa dokumentationsresultatet tycktes finnas i de sammanhang där det fanns en positiv grundsyn på dokumentationsuppgiften och studenterna fann det lätt att samarbeta och samtala med handledare och

---

23 Benjamín Olivares Bøgeskov och Søserr Lone Smilla Grimshaw-Aagaard, "Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation", *Nordic Journal of Nursing Research* 39, nr 1 (2019): 9–19.

24 Peter Angerer och Matthias Weigl, "Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review", *Professions and Professionalism* 5, nr 1 (2015).

25 Pippa Hall, "Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers", *Journal of Interprofessional Care* 19, nr SUPPL. 1 (2005): 188–96.

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

27 James R. Boex och Peter J. Leahy, "Understanding residents' work: Moving beyond counting hours to assessing educational value", *Academic Medicine* 78, nr 9 (2003): 939–44.

kollegor om denna.²⁸ En annan amerikansk studie visade att kvalitetsskillnader i läkares dokumentation under specialistutbildning inte sammanföll med läkarnas utbildning eller erfarenhet. Dokumentationen blev alltså inte bättre ju längre utbildning och mera handledning som läkarna hade fått.²⁹

Den forskning som finns att tillgå antyder alltså att en negativ hållning till dokumentationsuppgiften inte behöver ha med dokumentstyrningen att göra. Det kan också vara en sak som följer med socialisationen in i professionen och den professionella identiteten.

Dokumentstyrning och interprofessionell samverkan

En del av dokumentstyrningen syftar till att facilitera samverkan inom hälso- och sjukvården. Betydelsen av fungerande samverkan framhålls såväl på organisatorisk nivå som mellan enskilda yrkesutövare med olika bakgrund och kompetens. Genom samverkan förväntas varje yrkesutövars professionella kärna komma till uttryck, bidra till en helhetsbild och förbättra vården och behandlingen av patienten.³⁰ Dokumentationen är ett centralt redskap för interprofessionell kommunikation. Det innebär inte minst att dokumentationen måste vara tillgänglig och uppfattas på ett likartat vis av alla som deltar i vården av en patient. Om dokumentationen fungerar på detta vis, kan det leda till en mera holistisk vård och behandling av patienten. Samtidigt bär varje profession med sig en egen uppsättning värden, förgivettaganden, attityder, vanor och rutiner, vilka förstärks och utvecklas under utbildning och specialisering. Skillnaderna ger upphov till utmaningar vid interdisciplinärt samarbete.³¹ I forskningen finns åtskilliga exempel på att även detta har betydelse för hur dokumentationsskyldigheten fullgörs inom hälso- och sjukvården.

En undersökning av hur olika yrkesutövare närmar sig och använder dokumentationen vid en amerikansk intensivvårdsklinik visade att olika professioner uppmärksammade olika saker. Denna undersökning syftade till att kartlägga hur yrkesutövarna identifierade olika patientsäkerhetsrisker, men de läkare, sjuksköterskor och farmaceuter som deltog i studien informerades inte om syftet. Deltagarna fick sådan muntlig information om en patient som normalt överlämnas när team avlöser varandra på kliniken. Därefter skulle de efter att under en begränsad tid ha läst in sig på patientens journal presentera patientfallet för

---

28 Dani C. Cadieux och Mark Goldszmidt, "It's not just what you know: junior trainees' approach to follow-up and documentation", *Medical Education* 51, nr 8 (2017): 812–25.

29 Yasaira Rodriguez Torres m.fl., "The effect of electronic health record software design on resident documentation and compliance with evidence-based medicine", *PLoS ONE* 12, nr 9 (2017): 1–10.

30 Eva Carlsson, Margareta Ehnfors, och Anna Ehrenberg, "Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties", *Journal of Interprofessional Care* 24, nr 3 (2010): 298–310.

31 Hall, "Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers".

en av forskarna. I patientfallet hade 14 olika patientsäkerhetsrisker planterats. Ingen profession identifierade mer än 40% av dessa risker. De risker som identifierades rörde den egna professionens kunskapsområde. Forskarna registrerade också hur varje yrkesutövare använde den elektroniska journalen när patientens journal granskades och fann att majoriteten av de skärmvyer som dominerade varje profession, extremt sällan granskades av övriga professioner. Det var alltså stor skillnad i hur de olika grupperna valde att använda patientens journal. För det fall man identifierade risker, fann man dem där de, för respektive professions vidkommande, kunde förväntas vara. Detta förklarades med hur den elektroniska journalen var konstruerad samt att de professionella rollerna och arbetsfälten var smalt definierade. En stor skillnad mellan professionerna var att sjuksköterskor framförallt sökte information på de sidor där dokumentationen matades in, medan läkare och farmaceuter sökte information på resultatsidorna. Detta tolkades av forskarna som att journalen främst fungerade som ett redskap för samla in och registrera data för sjuksköterskorna, snarare än ett medel för att kunna ta ställning till olika omvårdnadsalternativ och framtida vård och behandling. Sjuksköterskorna bedömdes också ha lägre förtroende för den registrerade dokumentationen.³²

I en annan undersökning behandlades frågan om hur professioner inom hälso- och sjukvården förhöll sig till dokumentation som gjordes av allierade yrkesgrupper (*allied health occupations*). Begreppet speglar en uppdelning som sällan görs i Sverige och avser yrkesgrupper som arbetar nära läkare, sjuksköterskor och farmaceuter för att tillhandahålla god vård för patienten och inkluderar bland annat logopeder, dietister och hälso- och sjukvårdskuratorer. I svensk rätt inkluderas dessa grupper i begreppet hälso- och sjukvårdspersonal (se 1 kap. 4 § samt 4 kap. 1 § PSL) och det görs ingen formell skillnad mellan grupperna, låt vara att statusskillnader likväl existerar. På grundval av samtal i fokusgrupper konstaterade forskarna att de etablerade professionerna använde de allierade yrkesgruppernas dokumentation framförallt för att få svar på specifika frågor som låg nära den egna professionens kärnområde. Intresset för att skaffa sig en holistisk bild av patientens behov var mycket begränsat. Sjuksköterskorna avvek dock här och använde dokumentationen för att kunna organisera den dagliga omvårdnaden av patienten. Deltagarna i studien uppgav vidare att professionsintern jargong och förkortningar minskade möjligheten att tillgodogöra sig dokumentationen. På det hela taget föredrog de att information delades muntligt istället för genom dokumentation.³³

32 Knewton K. Sakata m.fl., "Professional and interprofessional differences in electronic health records use and recognition of safety issues in critically ill patients", *Journal of Interprofessional Care* 30, nr 5 (2016): 636–42.

33 Tilley Pain m.fl., "How are allied health notes used for inpatient care and clinical decision-making? A qualitative exploration of the views of doctors, nurses and allied health professionals", *Health Information Management Journal*

Ett problem med eller resultat av interprofessionell samverkan är att samma information antecknas av olika professioner. I en offentlig utredning från 2016 framhölls att upp till 70% av dokumentationen inom hälso- och sjukvården är dubbeldokumentation. Orsaken till detta uppgavs vara bland annat oklar arbetsfördelning, revirtänkande, att den som dokumenterar vill skydda sig mot eventuella anmälningar och klagomål, men också att det går snabbare att föra in en ny anteckning i journalen än att kolla om den relevanta informationen redan har förts in av någon annan. Några rättsliga hinder ansågs inte ligga bakom problemet. Istället uppfattades det som en fråga om traditioner och professionsgränser samt att vårdgivaren inte prioriterade frågor om vem som skulle göra vad.³⁴

En undersökning av patientjournaler vid ett svenskt sjukhus bekräftar bilden. För den genomsnittliga patienten i de studerade journalerna fanns 5,3 exempel på dubbeldokumentation i samband med inskrivningen, 13,3 exempel under vården och behandling samt 8,1 i samband med utskrivningen. Den dubbla dokumentationen gjordes av olika professioner, men även inom enskilda professioner förekom dubbeldokumentation. Författarna fann att sjuksköterskorna tog störst ansvar för dokumentationen. Sjuksköterskor dokumenterade exempelvis vid rondens i omvårdnadsjournalen, medan det saknades anteckningar i den medicinska. I undersökningen påträffades även åtskilliga exempel på motstridig dubbeldokumentation som gällde exempelvis om stygn hade tagits eller skulle tas bort och olika datum för uppföljning.³⁵

Standardiserade dokumentationsformer

Allmänt

Olika former av standardiserade dokumentationsformer har utarbetats och använts i svensk hälso- och sjukvård sedan början av 1990-talet. Standardiserad dokumentation kännetecknas av den görs i förformulerade mallar eller fält, där möjligheten till fritext är mer eller mindre begränsad. Utformningen bygger ofta på ett evidensbaserat kunskapsunderlag och syftar till att ge likvärdig och god vård till patienterna.³⁶ Standardiserade dokumentationsinstrument antas ha potential att förbättra kommunikationen mellan olika yrkesutövare. Om denna potential uppfylls, innebär det för patientens del att den personal som möter upp är införstådd i patientens sjukdomshistoria och behov och att dokumentationen

---

46, nr 1 (2017): 23–31.

34 SOU 2016:2 *Effektiv vård. Slutbetänkande av Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvård*. S. 135 ff.

35 Jeanette Törnqvist, Eva Törnvall, och Inger Jansson, "Double documentation in electronic health records", *Nordic Journal of Nursing Research* 36, nr 2 (2016): 88–94.

36 Jämför begreppet "standardiserad vårdplan" i Socialstyrelsens termbank. Se <http://termbank.socialstyrelsen.se/>, åtkomstdatum 20 september 2019.

är lättare att överblicka. På detta vis förväntas samordnade dokumentationsformer stärka patientens inflytande över insatserna.

Standardiserade dokumentationsformer kan ses i ljuset av hur styrningen av hälso- och sjukvården utformats efter effektivitetsmål och upprätthållandet av dessa har ansetts vinna på flera gemensamma rutiner och standarder för dokumentation.³⁷ Med detta sagt finns det också andra rationaliteter bakom argument för ökad standardisering. Inte minst visar den forskning som kartlagt förekomsten av dubbel dokumentation att sådan skulle kunna undvikas om dokumentationen organiserades så att möjligheten till fritext minskar och dokumentationen istället följer en förutbestämd processororienterad standard.³⁸

Ur ett professionsperspektiv kan standardiseringen vara ett dubbeleggat svärd. Det ligger inom en professions jurisdiktion att skapa klassifikationer utifrån det vetenskapliga område som professionen äger.³⁹ Att utveckla, använda och förändra klassifikationer och kategoriseringar är egentligen vad utvecklandet av en professionell jurisdiktion handlar om. Men om olika vetenskapligt utvecklade klassificeringar antas som byråkratiska standarder förlorar professionen något av sitt företräde till ordningen. En standard riskerar att bli statisk och minska möjligheten till professionell utveckling. Att klassifikationen kommit att få en praktisk tillämpning synliggör visserligen professionen och legitimerar dess jurisdiktion. Men det innebär också att professionens speciella kunskap blir tillgänglig och begriplig för många fler. När den kunskap som professionen haft monopol på blir allmänt tillgänglig förlorar den också något av sin utvalda karaktär.⁴⁰

Bland konstruktörerna bakom standardiserade dokumentationsformer märks visserligen en intention mot former som medger lokala anpassningar.⁴¹ Men dessa förslag tycks dock främst handla om anpassningar till vårdgivarens behov och inte särskilt till de professioner som använder redskapet, även om det också finns sådana exempel: bland annat har den amerikanska föreningen för ledningsansvariga för medicinska informationssystem utfärdat ett konsensusdokument i syfte att hitta en balans mellan standardiserade dokumentationsformer och yrkesutövarens professionella behov.⁴²

---

37 Skogsaas, "Conflicts and ambivalences: A case study of clinical pathways in Norway".

38 Törnqvist, Törnvall, och Jansson, "Double documentation in electronic health records".

39 Abbott, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*.

40 Bengt Jansson, "Standardization and expert knowledge", i *World of standards*, red. Nils Brunsson och Nils Jacobsson (Oxford: Oxford University Press, 2000), 40–49; Abbott, *The system of professions : an essay on the division of expert labor*.

41 Britta Böckmann och Katja Heiden, "Extracting and transforming clinical guidelines into pathway models for different hospital information systems", *Health Information Science and Systems* 1, nr 1 (2013): 1–8.

42 J. Shoolin m.fl., "Association of Medical Directors of Information Systems Consensus on Inpatient Electronic Health Record Documentation", *Applied Clinical Informatics* 04, nr 02 (2013): 293–303.

Samordnad individuell plan (SIP)

En specifik form av standardiserad dokumentation utgörs av samordnade individuella planer (SIP). Sådana ska upprättas för patienter som bedöms behöva insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, om patienten samtycker till det. SIP regleras i såväl hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (16 kap. 4 §) som i socialtjänstlagen (2001:453) (2 kap. 7 §). SIP har också fått en central roll i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, som infördes 2018 och reglerar utskrivning av patienter som behöver insatser från såväl region som kommun. I förarbetena till samverkanslagen görs bedömningen att implementeringen av SIP har misslyckats. Individer med behov av samordning hade i hög grad inte erbjudits SIP, vilket förmodades vara en bidragande orsak till att patienter vistades längre på sjukhus än nödvändigt. Dessutom fann man betydande problem med informationsöverföring mellan huvudmännen, detta berodde bland annat på att IT-systemen för informationsöverföring och vårdplanering inte var integrerade med journalföringssystemen. Sammantaget konstateras i utredningen det paradoxala i att samtidigt som vården och socialtjänsten dokumenterar som aldrig förr så är tillgången till adekvat och aktuell information mellan parterna ett stort problemområde.⁴³ I lagen om samverkan regleras ansatsen till ett processorienterat flöde, som inleds med ett inskrivningsmeddelande från slutenvården, vilken i sin tur förväntas leda till patientens utskrivning förbereds av primärvård och socialtjänst.

För professionernas vidkommande är erfarenheterna av SIP blandade. En omfattande kvalitativ studie med fokusgrupper visade att de samverkande parterna agerade utifrån sitt eget kärnuppdrag. Det framstod som tydligt att de olika verksamheterna gick in i samverkan enligt SIP med olika förväntningar. Skyldigheten att samverka enligt SIP konkretiserades alltså utifrån den egna verksamhetens prefenser och i vissa lägen upplevde yrkesutövare sig förhindrade att utföra sitt uppdrag, då yrkesutövare från andra professioner inte gjorde det som förväntades av dem. SIP kunde således tolkas som ett konkurrerande professionsredskap.⁴⁴

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Vitalis, den årliga nationella mässan för ehälsa, 2007 har beskrivits som introduktionen av *clinical pathways* (standardiserade vårdförlopp, SVF) i Sverige.⁴⁵ Ett standardiserat vårdförlopp betyder att alla som utreds för en viss sjukdom

43 SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. Betänkande av Utredningen om betalningsansvarslagen.

44 Erik Nordström m.fl., "Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda?", *Socialvetenskaplig tidskrift* 23, nr 1 (2016): 37–57.

45 <https://odehammar.wordpress.com/2007/05/15/clinical-pathways-till-sverige/>, åtkomstdatum 9 juni 2019.

ska bemötas så lika det går. En SVF är en detaljerad vård- och behandlingsplan över en sjukdoms olika stadier. Det är en kvalitets- och logistikmodell som ska fungera såväl som en multidisciplinär arbetsplan som ett verktyg för att kontrollera kostnader. I en SVF implementeras kliniska riktlinjer för behandling av en viss sjukdom, så att den tillhandahåller specifik information om vad som ska göras, vem som ska göra det och när det ska göras.⁴⁶ SVF är alltså ett sätt att standardisera vad som ska göras och samtidigt en metod som förenklar möjligheten att utvärdera resultatet. Detta innebär att dokumentationen följer ett enhetligt förlopp, där möjligheten att göra individuella avvikelser är liten.

Att arbeta efter SVF tycks framförallt ha introducerats under första decenniet efter 2000. En undersökning från 2005 av bruket av SVF i 10 EU-länder (Sverige ingick inte), visade på en förväntad fördubbling av bruket inom fem år. Undersökningen visade också att det fanns en misstro gentemot SVF från läkarhåll som baserades på uppfattningen om att SVF förutsatte ett multidisciplinärt förhållningssätt, vilket förmodades inverka negativt på läkarprofessionens autonomi.⁴⁷

I Sverige är det idag en inarbetad arbetsmetod att utgå från standardiserade vårdprocesser. På cancerområdet har 31 olika standardiserade förlopp introducerats. I Socialstyrelsens utvärdering av hur dessa SVF fungerade framhålls tecken på att läkare blivit bättre på att dokumentera efter att SVF införts. Vad denna förbättring innebär diskuteras inte vidare i utvärderingen, som snarare handlar om hur väl modellen implementerats i verksamheterna än hur resultatet har blivit för patienterna.⁴⁸ En regeringstillsatt kommission i Storbritannien granskade en SVF, vars syfte var att integrera erfarenheter från palliativ vård på akutsjukhusens vårdkliniker. Kommissionen konstaterade att SVF fungerade väl när den hanterades av välutbildade, empatiska kliniska team med goda resurser. Men när samma SVF överfördes till akutsjukhusen kom de att hanteras i en kultur som präglades av effektivitets- och prestationshänsyn. I detta sammanhang blev viktigare att dokumentera korrekt ("tick-box exercises") för att få ersättning till sjukhuset än att reflektera över hur en god vård av patienten kunde tillhandahållas. I de värsta fallen upplevdes detta av de anhöriga till patienter på vårdkliniken som att introduktionen av SVF i ett enskilt fall innebar ett beslut att patienten skulle dö.⁴⁹

---

46 Skogsaas, "Conflicts and ambivalences: A case study of clinical pathways in Norway".

47 Don Hindle och Anne Marie Yazbeck, "Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey.", *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association* 29, nr 1 (2005): 94–104.

48 Socialstyrelsen, "Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2018."

49 Department of Health. Independent Review of the Liverpool Care Pathway, *More care, less pathway: a review of the Liverpool care pathway*, (2013). https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf. Åtkomsttag 2019-08-27.

Det står alltså knappast klart att SVF generellt innebär en bättre vård för patienterna. Inte minst innehållet i och implementeringen av SVF har betydelse för en sådan bedömning. I en systematisk litteraturöversikt från 2008 framhåller Hunter & Segrott att i ljuset av hur mycket som satsas på SVF är det överraskande hur litet vetenskapligt stöd det finns för slutsatsen att SVF påverkar vården av enskilda patienter positivt. Det finns några studier som visar att vårdtiderna förkortas och även studier som visar på att patienten uppmuntras att läsa och bidra till dokumentationen i större utsträckning vid SVF än vid ordinarie vård och behandlingsrutiner, men författarna ifrågasätter om dessa företeelser alltid kan betraktas som bra för patienten. Däremot fann författarna stöd i flera studier för att SVF påverkar yrkesutövarnas professionella identitet och interprofessionella samverkan, såväl positivt som negativt. Det tycktes dock vara signifikativt att den interprofessionella kommunikationen var stark när olika SVF utvecklades och svag när de skulle implementeras. Det var alltså processen mot ett gemensamt arbetsredskap som var gynnsam för interprofessionell samverkan, snarare än redskapet i sig själv.⁵⁰ En senare studie vid en ortopedavdelning på ett universitetssjukhus i London bekräftar att SVF varken förbättrade kommunikationen över professionsgränserna eller det interdisciplinära samarbetet.⁵¹

En begränsad intervjustudie från Norge bekräftar professionernas ambivalenta inställning till SVF; att arbetsredskapet förknippas med logistik, effektivitet och utvärdering gjorde det svårt att kombinera med den vård och omsorgsetik som informanterna förknippade med sin professionella identitet.⁵² Men syftet att tillhandahålla effektiva dokumentationsredskap kan också uppfattas som en positiv faktor för yrkesutövningen. I en undersökning menade sjuksköterskor att standardiserade vårdplaner minskade tiden som lades ner på dokumentation och även omfattningen av densamma.⁵³

En senare systematisk litteraturöversikt från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) rörande snabbspår vid cancerbehandlingar visade att en standardiserad planering som innebar att fotografier bifogades remisser gav en förkortad väntetid för patienter med misstänkt hudcancer. Litteraturöversikten visade också att de patienter som inkluderades i ett snabbspår fick sin diagnos tidigare än övriga. Merparten av patienterna utreddes emellertid av den ordinarie hälso- och sjukvården, eftersom de inte uppfyllt kriterierna för de standardiserade

---

50 Billie Hunter och Jeremy Segrott, "Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways", *International Journal of Nursing Studies* 45, nr 4 (2008): 608–25.

51 Anita Arwal och Kay Caldwell, "Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration?", *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, nr 4 (2002): 360–67.

52 Skogsås, "Conflicts and ambivalences: A case study of clinical pathways in Norway".

53 Marie Fogelberg Dahm och Barbro Wadensten, "Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records - A questionnaire study", *Journal of Clinical Nursing* 17, nr 16 (2008): 2137–45.

processerna. SBU framhöll att det fanns risk för en undanträngningseffekt, då satsningar på SVF riskerade att ta resurser från personer som utreds i den ordinarie sjukvården och att utredningstiden därmed blir längre för dessa patienter. Generellt var det vetenskapliga underlaget för att kunna bedöma värdet av rutinen klen.⁵⁴

Samverkan vid standardiserade dokumentationsformer

Behovet att förbättra möjligheterna till interprofessionell kommunikation är en grundläggande utgångspunkt för de standardiserade dokumentationsformerna. Förhoppningen är att det standardiserade formatet ska fungera som ett utökat instrument för samverkan över professionsgränserna. Det gemensamma formatet antas också kunna innebära att gränserna mellan de olika professionerna kan omförhandlas, eftersom det klargör vem som ska dokumentera vad och när det ska ske. Detta kan i sin tur öka ömsesidig insikt om och förståelse för olika professioners kompetenser och förändra relationen dem emellan. Men att olika professioners dokumentation sammanförs i ett dokument kan också medverka till att spänningar ökar, då olika professioners beslut och ansvarsområden tydliggörs och hierarkier mellan olika grupper och vetenskapliga områden befästs.⁵⁵ Sammantaget uppvisar forskningen exempel på både negativa och positiva effekter av standardiserade dokumentationsformer avseende interprofessionell samverkan. En enkätstudie bland sjuksköterskor i Sverige visade att sjuksköterskorna i huvudsak var positiva och menade att standardiserade planer ökade den interprofessionella samverkan och ledde till likvärdig vård till de patienter som berördes.⁵⁶

En annan undersökning av erfarenheter av SIP visar att vårdplanen fungerar som ett konkurrerande professionsinstrument. Här undersöktes erfarenheter bland professionella inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola av samverkan i form av samordnad individuell plan (SIP) avseende barn och unga. Undersökningen visade att de olika verksamheterna går in i samverkan enligt SIP med olika agendor, där SIP översätts till den egna verksamheten genom att deltagarna konkretiserar rekommendationer och preciserar formuleringar i vårdplanen utifrån olika behov och preferenser.⁵⁷

---

54 Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Tidig upptäckt av symtomgivande cancer. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 222., Sbu Rapport*, 2014.

55 Hunter och Segrott, "Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways".

56 Dahm och Wadensten, "Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records - A questionnaire study".

57 Nordström m.fl., "Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda?"

Patientens delaktighet

Ett patientnära perspektiv förutsätter att patienten görs delaktig på något vis. Detta kan ske även i samband med dokumentationen. Vid Göteborgs universitet finns sedan 2010 Centrum för personcentrerad vård (GPCC). I syfte att integrera det personcentrerade synsättet inleds vården här med att patientens narrativ kartläggs. Det innebär att patientens redogör för sin egen upplevelse av sjukdomen, symptomen och sjukdomens inverkan på patientens liv. Därefter ska ett delat beslutsfattande i vården och behandlingen säkerställas. Slutligen ska patientens narrativ dokumenteras, tillsammans med patientens preferenser, hur patientens involvering i vården kan realiseras samt hur det delade beslutsfattandet är konstituerat. Dokumentationen har en central roll, eftersom den anses vara en förutsättning såväl för att patientens narrativ registreras och används i vården som för det delade beslutsfattandet. Dokumentationen anses vidare ge legitimitet åt patientens perspektiv.⁵⁸ Behandlingsmodellen vid GPCC har undersökts i syfte att utforska hur olika professioner uppfattade behandlingsmodellens rutiner samt hur modellen hade förändrat professionernas kliniska praktik. I ett av de projekt vid GPCC som undersöktes användes en personcentrerad vårdplan, vilken inbegrep en dagbok över patientens symptom som uppdaterades varannan dag och diskuterades och omvärderades kontinuerligt. Vid utskrivning fick patienten fick en kopia av planen, för att användas vid kontakter med primärvården. Vårdplanen uppfattades som en garanti för att vårdkedjan skulle fungera på ett bra vis genom att information om varje patient kom alla berörda till del. I vissa fall tycktes dokumentationen fungera på detta vis, och i andra inte. Flera informanter menade att det var en utmaning att kombinera personcentrerad vård med patientjournalen; det var inte alltid anteckningar i patientjournalen kom andra yrkesutövare till del. Och även om dokumentationen av patientens narrativ var en prioriterad sak, fanns det hinder i den mjukvara som styrde patientjournalens utformning. Det fanns inte alltid tillräckligt med utrymme och fasta strukturer med underrubriker kunde även motverka dokumentation av patientens narrativ på ett adekvat vis. Dokumentationen i patientjournalen upplevdes på så sätt som fragmentiserad och vissa ansåg att det var mera fördelaktigt att anteckna på papper trots att det sedan blev problem när informationen skulle föras in i journalföringssystemet. I vissa projekt hade man utvecklat system med anteckningsböcker, chat-funktioner, appar och egna hemsidor där patienter kunde övervaka sin egen hälsa, göra egna anteckningar och ställa frågor till personalen. Problemen med att dokumentera vårdplanen ansågs sammantaget kunna utgöra ett hinder vid granskning om man verkligen uppnått målen med

58 Inger Ekman m.fl., "Person-centered care – Ready for prime time", *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10, nr 4 (2011): 248–51.

den personcentrerade vården.⁵⁹ Mångfalden av dokumentationsformer väcker också frågor om möjligheten att nå en helhetsbild av patientens situation.

Problemen med fördefinierade fält bekräftas av en studie vid ett amerikanskt barnsjukhus. I denna fann forskarna att utformningen av den digitala journalen försvårade möjligheterna att konstruera det man kallade för patientens historia. Med detta avsågs en kognitiv helhetsbild över och förståelse för patientens status, anamnes, insatser och deras utfall samt eventuella problem som inträffade under processen. Konstruktionen av patientens historia i detta avseende fragmentiserades i den elektroniska journalen, inte minst beroende på att möjligheten till fritext var begränsad. Detta ansågs skada framförallt den interprofessionella förståelsen och samarbetet.⁶⁰

Patientens möjligheter att ta del av sin egen journal anses också vara ett sätt att öka patientens delaktighet och detta mål har också varit styrande vid den nationella introduktionen av e-journaler.⁶¹ Idag medverkar landets samtliga regioner till att patienter kan ta del av sina journaler via nätet, men hur mycket information som visas varierar mellan regioner och mottagningar.⁶²

Möjligheten för patienten att på egen hand ta del av sin patientjournal via digitala lösningar utmanar hälso- och sjukvårdens professioner på olika sätt. Journalen på nätet introducerades vid sekelskiftet i Region Uppsala. En studie av introduktionen har visat på ett starkt motstånd bland läkare mot den nya teknologin och att de institutionella gränserna förändrades när patienter fick digital tillgång till sina journaler. Läkarnas argument mot den digitala lösningen byggde på uppfattningen att den skulle hota patientsäkerheten och att patienter inte förstod terminologin i patientjournalen och förväntades missförstå och övertolka medicinska spekulationer och icke-signerade anteckningar. Läkarna befarade att yrkesutövare skulle dra sig för att kommunicera med varandra genom journalen om patienten gavs tillgång till arbetsredskapet, som de betraktade som sitt eget. I förlängningen kunde detta hota patientsäkerheten.⁶³ Motsvarande resultat fann forskarna när de undersökte hur yrkesverksamma vid den psykiatriska vården i Region Skåne ställde sig när regionen valde att göra även psykiatriska journalanteckningar tillgängliga för patienterna. Yrkesutövarna var generellt tveksamma

---

59 Nicky Britten m.fl., "Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care", *Health Expectations* 20, nr 3 (2017): 407–18.

60 Lara Varpio m.fl., "The EHR and building the patient's story: A qualitative investigation of how EHR use obstructs a vital clinical activity", *International Journal of Medical Informatics* 84, nr 12 (2015): 1019–28.

61 Lena Petersson och Gudbjörg Erlingsdóttir, "Professionernas farhågor om införandet av eJournal inom vuxenpsykiatri i Region Skåne", Conferencepaper: NORDPRO konferensen, Lund Sweden 28 oktober 2016.

62 Se Vårdguiden 1177.se, åtkomstdatum 30 april 2019.

63 Gudbjörg Erlingsdóttir och Cecilia Lindholm, "When patient empowerment encounters professional autonomy: The conflict and negotiation process of inscribing an eHealth service", *Scandinavian Journal of Public Administration* 19, nr 2 (2015): 27–48.

till om det fanns några fördelar för patienterna med att journalen var tillgänglig på nätet och de fann inte heller att patienterna blivit mera involverade i den egna vården och behandlingen efter att journalen hade gjorts tillgänglig på nätet. 62% av de psykologer och 38% av de läkare som deltagit i studien framhöll att deras dokumentation hade förändrats och blivit mera försiktig sedan journalen gjorts tillgänglig för patienterna.⁶⁴

Vårdgivarna har bemött de professionellas farhågor på olika sätt. Ett exempel är filmen *Jeanette om journal via nätet*, som Region Norrbotten producerat som en del av en utbildningssatsning.⁶⁵ Filmen visar en parodi på en yrkesutövare som inledningsvis är mycket arg över den nya digitala lösningen, men efterhand accepterar och senare omfamnar lösningen helt. Filmen har fått stor spridning och använts i utbildningssyfte på flera håll i landet. Den underhållande tonen till trots, ger filmen inte direkt en positiv bild av hur professionella inom hälso- och sjukvården har förhållit sig journalen på nätet. Den har följaktligen också kritiserats för att riskera att inte lämna utrymme för att oliktankande skulle kunna ha några relevanta invändningar och även för att den kan skapa en bild av hälso- och sjukvårdens professioner som tråkiga och obenägna att ta till sig förändrade arbetssätt.⁶⁶ Även om filmen inte är ett exempel på dokumentstyrning visar den på en hälso- och sjukvårdsorganisation där förekomsten av premiss- eller professionsstyrningen är låg.

Formerna för dokumentation

Dokumentationen kan vara organiserad så att den som dokumenterar har full frihet att föra in det man utifrån det professionella perspektivet anser vara meningsfullt. I de flesta fall är utrymmet för fri dokumentation dock begränsat. Varje digitaliserad dokumentationsform innebär att information struktureras på något vis och att formerna för hur och vad som dokumenteras påverkas. Även den ordinära journalföringssituationen kan alltså uppfattas som en begränsning av den professionella friheten och möjligheten att använda sin expertkunskap. Detta i sin tur påverkar såväl professionens arbetsuppgifter och identitet. I en studie från 2004 undersöktes hur svenska distriktssköterskor inom primärvården förhöll sig till den digitala dokumentationen, som var relativt ny då. Forskarna fann att sjuksköterskorna själva uppfattade den digitala dokumentationen som ett positivt arbetsredskap; uppgiften att dokumentera underlättades och den digitala

64 Lena Petersson och Gudbjörg Erlingsdóttir, "Open notes in swedish psychiatric care (part 1): Survey among psychiatric care professionals", *Journal of Medical Internet Research* 20, nr 6 (2018).

65 Se *Jeanette om journal via nätet*, <https://www.youtube.com/watch?v=QIVGpsJMnO8>, åtkomstdatum 29 juli 2019.

66 Birgitta Niklasson och Jenny de Fine Licht, "Förbättrings- och värdegrundsarbete i hälso- och sjukvård – en fallstudie av Landstinget i Kalmar län", i *SOU 2018:38 Styra och leda med tillit. Forskning och praktik*, red. Louise Bringselius, 2018, 85–114.

dokumentationen fungerade bra som underlag för kliniska beslut och utvärdering av vården och behandlingen. Samtidigt fann forskarna att dokumentationen av omvårdnaden var undermålig i det att den var inriktad på den medicinska vården snarare än på sjuksköterskornas omvårdnad. De lämnade flera förklaringar till denna diskrepans. Vid implementeringen av den digitala dokumentationen hade sjuksköterskorna med framgång lärt sig den nya tekniken, men den digitala dokumentationen av specifikt omvårdnad hade kommit bakgrunden. Mjukvaran för patientjournalen hade konstruerats efter den medicinska dokumentationens behov, inte omvårdnadsdokumentationens. Dessutom fanns det ett motstånd bland läkare mot sjuksköterskornas dokumentation, vilken betraktades som alltför omfattande och svår sortera ut värdefull information ifrån. Sammantaget menade forskarna att sjuksköterskornas professionella identitet behövde stärkas.⁶⁷ En amerikansk studie uppvisade ett liknande resultat.⁶⁸

Att dokumentationen innehåller fördefinierade moment och rena kryssrutor och fält där information ska checkas av har också ansetts medföra brister, eftersom det kan hindra anteckningar av patienters individuella avvikelser från den förväntade behandlingsgången. Forskning visar också att det finns påtagliga samband mellan dokumentationens kvalitet och mjukvarans utformning. Omständliga kryssrutor och dialogboxar som måste passeras vid dokumentation, har en negativ inverkan på dokumentationens kvalitet. Att behöva passera flera dialogboxar för att kunna föra in relevant information har beskrivits som en avgörande orsak till såväl ofullständiga och undermålig dokumentation som "mouse click fatigue" bland yrkesutövarna.⁶⁹

En mjukvara som hämmar dokumentationen kan också medföra att den professionella självbilden förändras. Hunter & Segrott menar att det innebär att den professionella kunskapen inte längre manifesteras som tidigare och att det finns risk för "organisatorisk glömska" när möjligheten att dokumentera är begränsad.⁷⁰

Avhandlingens bidrag

Som framgått av sammanställningen i detta kapitel visar forskningen om skyldigheten att dokumentera vård och behandling på åtskilliga professionella problem. Dokumentstyrningen anses ha begränsat den professionella autonomin och lett

67 Eva Törnvall, Susan Wilhelmsson, och Lis Karin Wahren, "Electronic nursing documentation in primary health care", *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, nr 3 (2004): 310–17.

68 Susan P. Kossman och Sandra L. Scheidenhelm, "Nurses' perceptions of the impact of electronic health records on work and patient outcomes", *CIN - Computers Informatics Nursing* 26, nr 2 (2008): 69–77.

69 Torres m.fl., "The effect of electronic health record software design on resident documentation and compliance with evidence-based medicine".

70 Hunter och Segrott, "Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways".

till en sämre arbetsmiljö. I synnerhet gäller det de standardiserade dokumentationsformerna, vilka begränsar professionernas möjligheter att fritt dokumentera den information man anser vara relevant för patientens vård och behandling. Att dokumentationskraven inte alltid sammanfaller med vad som anses vara den professionella kärnuppgiften leder också till den professionella självbilden hotas.

Kraven på att dokumentera vård och behandling har lett till en omfattande administration, som tar viktig tid från patienterna. Med få undantag märks en negativ hållning bland professionerna gentemot dokumentationsuppgiften. Det är emellertid svårt att säga om det har med dokumentstyrningen i sig att göra. Den forskning som finns att tillgå antyder att en negativ hållning till dokumentationsuppgiften även kan följa med socialiseringen in i professionen och den professionella identiteten.

Patientens journal är avsedd att fungera som ett gemensamt arbetsredskap för professionerna inom hälso- och sjukvården, men professionsspecifika värden och traditioner tycks stå i vägen för att använda patientjournalen på detta vis. På motsvarande sätt finns det ett visst motstånd bland hälso- och sjukvårdens professioner mot att göra patienten delaktig i dokumentationen, samtidigt som man inom den personcentrerade vården introducerar nya tekniska lösningar i syfte att inkludera patienten.

I forskningen saknas i stort sett rättsliga perspektiv på frågor som rör profession och skyldigheten att dokumentera vård och behandling. Det innebär bland annat att det saknas undersökningar som klarlägger var normerna rörande skyldigheten att dokumentera patientens vård och behandling kommer ifrån, när dessa blev en rättslig fråga och vilka överväganden som gjordes i samband med detta. Detta är frågor som behandlas i avhandlingens artikel I och II.

Effekterna av standardiserade dokumentationsformer för professionernas vidkommande har klarlagts i forskningen, men de rättsliga konsekvenserna för patienternas vidkommande berörs knappast. Hur patientens rättssäkerhet påverkas av standardiserade dokumentationsformer är temat för avhandlingens artikel III.

Som framgått ovan är forskningen om relationen mellan skyldigheten att dokumentera vård och behandling, professionell autonomi och professionsidentitet och interprofessionell samverkan tämligen omfattande. Men forskningen bygger på förgivettagandet att det finns en sådan skyldighet och den rättsliga grunden för skyldigheten problematiseras inte vidare. I artikel IV och V diskuterar jag därför ett exempel där den rättsliga skyldigheten att dokumentera vård och behandling har bortfallit.

TEORETISKA OCH METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER

Inledning

I avhandlingen används flera teoretiska förhållningssätt, vilka baseras på olika epistemologiska utgångspunkter. Grovt kan man skilja mellan förhållningssätt som är positivistiska och sådana som inte är det. I avhandlingens artiklar har dessa olika förhållningssätt förenats på olika vis. Även om det onekligen ligger en viss dikotomi i uppdelningen, är det viktigt att framhålla att olika förhållningssätt erbjuder svar, perspektiv och förklaringar till olika frågor. Inget behöver vara överordnat något annat.

Interna och externa perspektiv på rätten

Hacking använder begreppet *Interactive kinds* för att illustrera en grundläggande skillnad mellan positivism (i hans fall naturvetenskapen) och socialvetenskap och för att förklara vad det kan innebära att betrakta något som socialt konstruerat, samtidigt som det i någon mening verkligen finns. Eller närmre bestämt vad det är som, enligt hans uppfattning, egentligen finns och vad som är konstruerat. Hacking menar att positivistiska klassifikationer och begrepp inte är interaktiva sorter, medan det utmärker socialvetenskapliga sådana. Med interaktivitet avser han det samspel som kan ske mellan objektet i sig och den sort som objektet konstruerats som. Han exemplifierar flera interaktiva sorter: flyktingkvinnan, barnet med ADHD, den psykiskt sjuke osv. Gemensamt för dem är att personen "bakom" kategorin samspelar/interagerar med den bild som tillskrivs personen i diskursen runt den konstruerade kategorin. Samspelet kallar han också *The Looping Effect*.⁷¹

---

⁷¹ Ian Hacking, *The Social Construction of What?* (United States of America: The President and Fellows of Harvard College:1999). Se ssk s. 32, 34 och 104.

I avhandlingen representeras positivismen av rättsdogmatiken, vilken används för att fastställa rättens innehåll på området för dokumentation inom hälso- och sjukvården. Socialvetenskapen kommer till uttryck genom ett socialkonstruktivistiskt perspektiv inspirerat av diskursanalys samt professionsperspektiv.

I avhandlingen används alltså flera teoretiska förhållningssätt. Gemensamt för de som inte sorterar under rättsdogmatismen är att alla har någon slags socialkonstruktivistisk ingång, eller, med Hackings begrepp, intresserar sig för *interactive kinds*. Ett annat sätt att beskriva skillnaden mellan rättsdogmatiska och övriga angreppssätt är att tala om interna och externa perspektiv på rätten. Det interna perspektivet är rättstillämparens och rättsdogmatikerns. Här är reglerna i sig det centrala att kartlägga och systematisera. Det externa perspektivet omfattar alla andra sätt att studera rätten på.⁷² Jag delar upp perspektiven här för tydlighetens skull. Det har emellertid hävdats att internt och externt perspektiv bör ses som en gradskillnad snarare än en skillnad i art.⁷³ Inom den rättsvetenskapliga forskningen märks också en allt tydligare utveckling mot att inkludera externa perspektiv i den rättsliga analysen av olika samhällsfrågor.⁷⁴

I tabellen nedan har olika forskningsfrågor/problemområden, hämtade från de artiklar som ingår i avhandlingen, fördelats mellan internt och externa perspektiv på rätten.

---

72 Lena Olsen, "Rättsvetenskapliga perspektiv", *Svensk juristtidning*, nr 2 (2004): 105–45.

73 Ibid.

74 Claes Sandgren, "Om teoribildning och rättsvetenskap", *Juridisk tidskrift* 16, nr 2 (2005): 297–333, Minna Gräns, "Om interaktiv rättsdogmatik", i *Interaktiv rättsvetenskap: en antologi*, red. Minna Gräns och Staffan Westerlund (Uppsala: Uppsala universitet, 2006), 59–74.

	Internt	Extern
Forskningsfråga/ problemområde	Hur växte regleringen av läkares skyldighet att föra patientjournal fram? Hur tillgodoses patienters rättssäkerhet vid standardiserad samordnad vårdplanering? Hur växte regleringen av kommunal familjerådgivning fram? Hur ser skyldigheten att föra journal ut för legitimerade psykoterapeuter, verksamma inom kommunal familjerådgivning?	Vilka intressen gjordes gällande när läkare blev skyldiga att föra patientjournal och varför? Vilken rationalitet ligger bakom standardiserade dokumentationsformer och hur motiveras dessa? Hur kan en polycentrisk reglering legitimeras? Hur hänger inställningen till dokumentationsfrågan ihop med de legitimerade psykoterapeuternas professionsintressen?
Vad studeras?	Gällande rätt. Regleringens framväxt. Rättssäkerhet.	Intressen. Rationaliteter. Legitimitet. Professioner.
Metod	Rättsdogmatisk	Diskursanalys Intervjuer

Juridisk metod

Allmänt

Rättsdogmatiken, eller den juridiska metoden, fungerar som metod för att tolka och systematisera det undersökningsobjekt som kallas *gällande rätt*. Gällande rätt omfattar de rättskällor som är erkända i det rättsdogmatiska perspektivet: författning, förarbeten, rättspraxis och doktrin. Tolkningen av rättskällorna är bunden av vissa ramar; bland annat viktas författningarna i enlighet med en etablerad normhierarki, speciallagstiftning har företräde framför allmän reglering, förarbeten har olika tyngd och etablerade principer om legalitet, proportionalitet och likabehandling kan tjäna som utgångspunkt för eller argument i analysen.⁷⁵ Skyddet för den enskildes rättssäkerhet och integritet kan läggas till denna lista.

⁷⁵ Aleksander Peczenik, "Om den förvaltningsrättsliga forskningen och rättsdogmatiken", *Förvaltningsrättslig Tidsskrift*, nr 2 (1990): 41–52; Nils Jareborg, "Rättsdogmatisk som vetenskap", *Svensk juristtidning*, nr 3 (2004): 1–10.

Om det rättsdogmatiska idealet tidigare vilade på rättsordningens auktoritativa ställning, tycks det idag snarare vila på en vision om rationalitet; rättens legitimitet är beroende av graden av harmoni och koherens.⁷⁶ Ett koherent rätts-system kännetecknas av (1) logisk motsägelsefrihet, (2) omfattande räckvidd och (3) stöd från andra komponenter i systemet. I enlighet med detta synsätt är koherens något eftersträvansvärt. Rättsdogmatiken blir därför ett önskvärt förhållningssätt, efter som det ökar rättens koherens i flera avseenden, inte minst genom att rätten framställs som en systematisk helhet.⁷⁷ Koherentismen innebär ett konservativt sätt att förhålla sig till verkligheten. Den innebär också en hög grad av formalism, eftersom formen för och systematiseringen av normer sätts före innehållet.

Styrkan i den rättsdogmatiska analysen bedöms utifrån ett fullständighetskrav avseende relevanta rättskällor samt med vilken noggrannhet, systematik och trohet till den juridiska metoden som rättskällorna analyseras.⁷⁸ Det finns ingen interaktivitet mellan föremålet för studien och den bild av föremålet som framträder i den rättsdogmatiska analysen. En kartläggning av exempelvis en psykiskt sjuk persons rättssäkerhet är detsamma som en psykiskt sjuk persons rättssäkerhet. Rättssäkerheten *är* det som framkommer i studien.

Att använda juridisk metod i forskningen på detta snäva sätt kan ha flera fördelar. Studien förenklas genom att problemformuleringen avgränsas och valet av metod och material är givet på förhand. Forskaren kan också göra anspråk på att resultatet av forskningen är omedelbart relevant för domare och andra rättstillämpare på ett okontroversiellt vis.⁷⁹

I avhandlingen används delar av juridisk metod i samtliga artiklar. I artikel I och II för att kartlägga dokumentationsskyldighetens framväxt. I artikel III för att beskriva patientens rättssäkerhetsskydd vid standardiserade dokumentationsformer, samt i artikel IV och V för att beskriva vilken dokumentationsskyldighet som gäller för legitimerade psykoterapeuter som är verksamma inom kommunal familjerådgivning.

Empiri i rättsvetenskapen; kvalitativ eller kvantitativ metod?

I två artiklar från 1995 beskriver Claes Sandgren hur forskning som bedrivs enligt den juridiska metoden domineras av ett perspektiv utan empiriska inslag. Med empiriskt material avser han sådant material som inte används enbart för att fastställa innehållet i gällande rätt. Traditionellt har rättsvetenskapliga

⁷⁶ Gräns, "Om interaktiv rättsdogmatik".

⁷⁷ Aleksander Peczenik, "Juridikens allmänna läror", *Svensk juristtidning*, nr 3 (2005): 249–72.

⁷⁸ Claes Sandgren, "Är rättsdogmatiken dogmatisk?", *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 118, nr 4–5 (2005): 648–56.

⁷⁹ Gräns, "Om interaktiv rättsdogmatik".

arbeten låtit rättskälleläran styra valet av material. Sandgren förklarar dominansen med bland annat föreställningen att rättsvetenskapen är praktiskt orienterad och har som främsta uppgift att utgöra ett stöd vid lagstiftning och rättstillämpning, men också med att det finns en stor respekt för de alternativa metoder som bearbetningen av en annan empiri skulle kräva.⁸⁰ I Sandgrens artiklar argumenteras för nödvändigheten av att annat material inkluderas, i vart fall på vissa rättsområden. Sandgren framhåller särskilt socialrätten och välfärdsrätten som exempel där empiriska studier är viktiga. Anledningen är att områdena domineras av ramlagstiftning, där förvaltningsmyndigheterna förväntas implementera normgivningen genom föreskrifter och de offentliga förvaltningarna ges stora möjligheter att genomföra lagstiftningen på det sätt man finner lämpligt. Om kunskapsintresset handlar om hur lagstiftningen implementeras i en offentligt förvaltnings verksamhet ändras således förutsättningarna för en juridisk analys.

När detta skrivs, mer än tjugo år senare, har Sandgrens slutsatser och överväganden närmast integrerats till att bli mainstream. Det kan bero på att ställningstaganden i rättsliga frågor idag inte enbart behöver underbyggas med internt gångbara argument, utan även utifrån en samhällelig och moralisk kontext. För att uppfylla detta behov behövs en multidisciplinär rättsvetenskap.⁸¹

I denna avhandling används annan empiri än den som föreskrivs enligt den juridiska metoden framförallt i artikel III, där jag analyserar standardiserade vårdplaner samt i artikel V, som innehåller en mindre intervjuundersökning. I båda fallen håller jag mig till kvalitativa metoder. Frågan är hur det påverkar synen på den juridiska metoden, när empiriskt material inkluderas?

Sandgren beskriver den juridiska metoden som kvalitativ till sin natur. Om empiriskt material inkluderas kan den juridiska metoden behöva kompletteras med ytterligare exempel på kvalitativa metoder, eller även kvantitativa metoder som exempelvis statistiska bearbetningar av stora mängder praxis, menar han.⁸²

Men frågan om hur den juridiska metoden ska karaktäriseras är mera komplicerad än så, menar jag. Är metoden kvantitativ, kvalitativ, både och eller ingetdera? Även om den valda forskningsansatsen innefattar flera metodologiska traditioner eller låter olika metoder korsbefrukta varandra, måste utgångspunkterna likväl kunna beskrivas och motiveras också för den läsare som har ett mera renlärt metodologiskt förhållningssätt. Läsaren med den rättsvetenskapliga metoden i ryggraden kommer att ifrågasätta andra delar av min text än den läsare som är skolad i exempelvis en diskursanalytisk tradition.

---

80 Claes Sandgren, "Om empiri och rättsvetenskap Del I", *Juridisk tidskrift*, nr 3 (1995): 726–748; Claes Sandgren, "Om empiri och rättsvetenskap Del II", *Juridisk tidskrift*, nr 4 (1995): 1035–1059.

81 Gräns, "Om interaktiv rättsdogmatik".

82 Sandgren, "Om empiri och rättsvetenskap Del II".

Även om gränsen mellan kvantitativ och kvalitativ metod inte skulle vara fast och bestämd är det nödvändigt att fokusera på skillnaderna i generella karaktäristiska i syfte att klarlägga metodernas centrala innehåll.

Kvantitativ forskning brukar beskrivas som hypotesdriven, syftande till ett kvantifierbart resultat. Relevanta metodfrågor inför ett kvantitativt projekt är att fråga sig om undersökningen har validitet, om det finns några faktorer som kan påverka resultatet och om hypotesen är verifierbar och falsifierbar.⁸³ Jag föreställer mig att den ideala miljön för en kvantitativ undersökning, åtminstone i en naturvetenskaplig kontext, är ett laboratorium, där forskaren helt och hållet kan kontrollera och manipulera miljön och alla variabler som kan påverka resultatet. Forskaren kan då pröva sin hypotes utifrån olika variabler och på så sätt till sist hitta en hypotes som visar sig hålla. Det är visserligen möjligt att använda denna s.k. hypotetisk-deduktiva metod också inom kvalitativ forskning, men det tycks vara sällsynt. När hypotetisk-deduktiv metod illustreras i en handbok om kvalitativa metoder, så görs det genom en hänvisa till Semmelweis klassiska studie om barnsängsfeber från 1800-talets Wien.⁸⁴

Kvalitativ forskning, å andra sidan, syftar ofta till att besvara en fråga snarare än att testa en hypotes. Forskare som använder sig av kvalitativa metoder undersöker ofta sociala processer eller artefakter som i sin tur skapar eller skapats genom sociala processer. Metodfrågor som den kvalitativt orienterade forskaren ställer sig kan vara om den valda processen eller artefakten är den lämpligaste utifrån den valda frågeställningen, om det valda fallet illustrerar ett större fenomen eller om studiens resultat är teoribyggande i någon mening.⁸⁵ Ahrne och Svensson beskriver detta som att den kvalitativt orienterade forskaren sällan har färdiga analysmodeller att luta sig mot, utan måste utveckla egna analysverktyg och strategier, även om dessa kan bygga vidare på tidigare forskning.⁸⁶

För kvantitativ forskning är empirins kvalitet och noggrannhet i forskningsprocessen en absolut förutsättning för ett lyckat resultat.⁸⁷ Med laboratorieexemplet för ögonen innebär det kontroll över vilka variabler som tillåts påverka empirin och en praktisk-teknisk skicklighet i att hantera forskningsmaterialet och de maskiner och program som används för att bearbeta data. För den kvalitativt orienterade forskaren är kontrollen över empirins kvalitet, i denna praktisk-tekniska mening, mindre viktig, utan fokus ligger istället på om frågeställningen är

---

83 Susan Bibler Coutin, *Qualitative Research in Law and Social Sciences*, 2012.

84 Peter Svensson, "Teorins roll i kvalitativ forskning", i *Handbok i kvalitativa metoder*, red. Göran Ahrne och Peter Svensson (Malmö: Liber, 2011).

85 Bibler Coutin, *Qualitative Research in Law and Social Sciences*.

86 Göran Ahrne och Peter Svensson, "Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen", i *Handbok i kvalitativa metoder*, red. Göran Ahrne och Peter Svensson (Malmö: Liber, 2011).

87 Bibler Coutin, *Qualitative Research in Law and Social Sciences*.

möjlig att besvara utifrån den valda empirin. Att den kvalitativa undersökningen inte är hypotesdriven möjliggör mera explorativa ansatser. Men om det valda materialet inte är lämpligt utifrån frågeställningen kan studien knappast generera komplex och mångfacetterad kunskap.⁸⁸

Å andra sidan tycks ofta utgångspunkterna för en kvalitativt orienterad forskare att vara tillräckligt bred för att fungera för en föränderlig empiri. Ahrne och Svensson beskriver hur den kvalitativt orienterade forskaren ofta varierar arbetsformerna mellan exempelvis inläsning, observationer, intervjuer och textanalys och att det därför är möjligt att anpassa forskningsdesignen till vad som sker under fältarbetet. De framhåller också att den kvalitativt orienterade forskaren ofta är närmre själva forskningsobjektet och får därigenom en större förståelse för och kännedom om detta, men förväntas därför också förhålla sig tydlig gentemot frågor om subjektivitet och objektivitet.⁸⁹

Den positivrättsliga metoden delar den grundläggande positivistiska kunskapssynen med kvantitativ forskning. Den tidigare professorn i straffrätt, Nils Jareborg, jämför den rekonstruktion av rättssystemet som forskaren i juridik bedriver med hypotesdriven naturvetenskaplig forskning. Med hänvisningar till Uppsalaskolan beskriver han hur den logiska positivismen gjort det möjligt att uppfatta juridisk forskning som fri från värderingar och normer.⁹⁰ Den gällande rätten är positivt given och det forskaren finner i rättskällorna är sant och riktigt i den meningen att det gäller. Men gällande rätt beskrivs sällan i andra kvantitativa termer än noll och ett. Antingen är rättsläget oklart eller så är det klarlagt. Innan rättsläget är klarlagt, exempelvis genom att en lagstiftning är beslutad eller ett prejudicerande rättsfall har avgjorts, kan forskaren enbart presentera mer eller mindre välgrundade spekulationer. Forskningens kvalitet mäts i hur väl forskaren har lyckats grunda sin uppfattning om rättsläget i rättskällorna och de etablerade tolkningsregler som finns exempelvis rörande rättskällornas och författningarnas hierarki.

Man kan jämföra forskarens utgångpunkter här med de som gäller för den kvantitativt orienterade forskaren i laboratorieexemplet, vad gäller kontrollen över vilket material, vilka variabler och tolkningsmodeller som är tillåtna att använda i analysen. För såväl den traditionella rättsvetenskapsmannen som den kvantitativt orienterade forskaren är allt detta givet på förhand. Men det finns en gräns för hur mycket hjälp den juridiska metodens verktygslåda kan bidra med. Rättskällorna är inte fullständiga och de lämnar inte fullgoda svar på samtliga rättsliga frågor. Förr eller senare måste juristen därför använda sitt eget omdöme

---

88 Bibler Coutin.

89 Ahrne och Svensson, "Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen".

90 Jareborg, "Rättsdogmatik som vetenskap".

och göra en skönsmässig bedömning. Detta gäller alla jurister, domaren såväl som den rättsvetenskapliga forskaren.

I en antologi om juridisk metodlära från 2013 diskuterar flera av artikelförfattarna särskilt premisserna för denna del av den juridiska metoden. Gemensamt för dessa texter är en vilja att hitta ett språk, en struktur eller systematik för denna del av den juridiska tolkningen. I vissa fall sker det genom att samhällsvetenskapliga teorier och metoder implementeras i rättsvetenskapen genom att anpassas för att fungera där.⁹¹ Det som skiljer dessa texter från gängse metodlitteratur är att författarna utgår från att det finns en del i den juridiska metoden som till sin karaktär liknar kvalitativ forskning. Denna del är inte hypotesdriven, tillvägagångssättet är explorativt, resultatet kan vara något mera och annorlunda än enbart ge gällande rätt ett innehåll. Sådana moment finns i såväl traditionell rättsdogmatisk forskning som den forskning som speglas antologiförfattarnas texter. Antologiförfattarna bygger vidare på detta faktum.

Vi kan alltså se att den juridiska metoden inkluderar såväl kvantitativa som kvalitativa moment. Men det finns likväl något i den juridiska metoden och dess rekonstruktion av gällande rätt, som är metodologiskt unikt för just denna metod. Frågan hur domstolar dömer på ett visst område är inte samma fråga som vad som är gällande rätt på samma område. Frågan hur domstolar dömer kan undersökas med såväl kvantitativ metod (exempelvis genom statistiska bearbetningar) som kvalitativ (exempelvis intervjuer). Men dessa undersökningar svarar inte på frågan om vad som är gällande rätt. Bara prejudicerande domar kan användas i underlaget för en sådan fråga och tolkningen och bedömning av tyngden i ett sådant avgörande måste också göras i enlighet med den juridiska metoden för att forskaren ska kunna besvara frågan om gällande rätt.⁹²

Den juridiska metoden tycks alltså även innehålla något säreget. Den kan därför illustrera kritiken mot den binära distinktion uppdelningen mellan kvantitativ och kvalitativa metoder och förgivettagandet om att alla forskningsmetoder ryms inom de båda begreppen.⁹³

---

91 Fredric Korling och Mauro Zamboni, *Juridisk metodlära* (Lund: Studentlitteratur, 2013). Se särskilt artiklarna Rättsekonomi av Vladimir Bastidas Venegas, Genusrättsvetenskap och juridiska metoder av Eva-Maria Svensson, Critical race-teori av Laura Carlson, Postmoderna och diskursteoretiska verktyg inom rätten av Håkan Andersson samt Hermeneutik av Joel Samuelsson.

92 Jan Kleineman, "Rättsdogmatisk metod", i *Juridisk metodlära*, red. Fredric Korling och Mauro Zamboni (Lund: Studentlitteratur, 2013).

93 Carl Martin Allwood, "Distinktionen mellan kvalitativ och kvantitativ ansats", i *Kvalitativa metoder i arbetslivsforskning: 24 forskare visar hur och varför*, red. Jitka Lindén, Gunnela Westlander, och Gunnar Karlsson (Uppsala: Rådet för arbetslivsforskning, 1999).

Socialkonstruktivism och diskursanalys

I avhandlingen kombineras den juridiska metoden med ett socialkonstruktivistiskt perspektiv, dvs med en syn på att forskningsobjekten också är interactive kinds.⁹⁴ Av detta följer en syn på forskningsobjektet som något som skapas i sociala samspel och processer, i diskurser.⁹⁵

Den normgivning som kommer från lagstiftaren är mindre intressant här. I diskursanalysen bortses från den makt som utövas från en centraliserad källa, uppifrån och ned. Makten analyseras istället som en produktiv kraft. En maktposition förutsätter att den reproduceras på flera nivåer och även att det sker anpassning eller konformitet. Att vara föremål för makt innebär att även relationer, villkor och strategier måste anpassas, förhandlas och modifieras. Att praktisera makt är således att skapa förhållningssätt, attityder och uppfattningar såväl bland de styrda som hos de som styrs.⁹⁶

En diskurs kan enklast beskrivas som ett speciellt sätt, eller en särskild ordning för, att tala om, förstå och tolka världen.⁹⁷ I diskursanalysen är teori och metod intimt sammanlänkade. Ett grundläggande antagande är att språket inte enbart är ett medel för kommunikation, utan även har en avgörande betydelse vid den sociala konstruktionen av världen. Språket skapar mening och betydelse åt aktörer, subjekt och sammanhang. Olika diskursteorier bygger på olika sätt vidare på detta antagande, vilket får metodologiska konsekvenser.⁹⁸ I mina artiklar används i huvudsak två typer av diskursanalytiska ansatser.

Den diskurs-historiska metoden är en del av den kritiska diskursanalysen. Med det "kritiska" avses här betoningen på sambanden mellan makt och diskurs. I den kritiska diskursanalysen analyseras såväl maktförhållanden *i* en diskurs som makten *över* diskursen.⁹⁹ Metoden innebär en systematisk integration av historisk bakgrundsinformation och tolkning av olika lager av diskurser. Metoden är utformad för att möjliggöra analyser av sådan information som ord och tal alluderar till. Analysen bygger på antagandet att textens subjekt kan använda sig av allusioner som mottagaren endast kan förstå om han eller hon känner till de objekt eller omständigheter som refereras till. Detta kan ske i syfte att undgå ansvar för vad som sägs, eller enbart som ett sätt att spegla den tid och de

94 Hacking, *The Social Construction of What?*

95 Marianne Winther Jørgensen och Louise Phillips, *Discourse analysis as theory and method* (London: Sage, 2002).

96 Michel Foucault, *The history of sexuality Vol. 1 The will to knowledge* (Harmondsworth: Penguin, 1990).

97 Winther Jørgensen och Phillips, *Discourse analysis as theory and method*.

98 Winther Jørgensen och Phillips; Ulrika Andersson, *Hans (ord) eller hennes? En könsteoretisk analys av straffrättsligt skydd mot sexuella övergrepp* (Lund: Bokbox, 2004).

99 Norman Fairclough och Ruth Wodak, "Critical Discourse Analysis", i *Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction*, red. Teun van Dijk (London: Sage, 1997), 258–84.

förutsättningar som gällde när uttalandet gjordes.¹⁰⁰ Jag har valt denna metod för att analysera framväxten av såväl den obligatoriska journalföringsskyldigheten för läkare som framväxten av familjerådgivningen som en obligatorisk kommunal skyldighet. Analysen görs i båda fallen framförallt utifrån förarbeten till författning. I dessa har jag sökt bland annat efter referenser till samtida företeelser, vilka värderingar som kommer till uttryck i texten, vem det är som talar och vilka konsekvenser detta fått för den författning som sedan implementerats.

Diskursanalys används också i avhandlingen för att undersöka styrningsmentaliteter på området för dokumentation inom hälso- och sjukvården. Studier av styrningsmentalitet baseras på Foucault¹⁰¹ och i synnerhet det sätt på vilket Nikolas Rose har bearbetat och använt sig av begreppet.¹⁰² Foucault använde begreppet för att illustrera sin uppfattning om hur makt utövats och utövas efter upplysningstiden. Hans beskrivning ger en motvikt till bilder av upplysningstiden som ett frigörelseprojekt. Han menar att under upplysningstiden ersattes gamla maktstrukturer med nya, vilka sedan dess tränger genom alla samhällets områden och även reglerar den enskildes privata sfär. Inte minst sker detta genom att påbjuda olika former av självkontroll. Styrningsmentaliteten illustrerar hur staten, i vid mening, producerar sådana medborgare som är bäst lämpade att fullgöra statens planer och vilken organiserad praktik (mentalitet, rationalitet eller teknik) som används för att styra medborgare.¹⁰³

Foucault använde begreppet bio-power för att framhålla styrningens organiska karaktär.¹⁰⁴ Begreppet återkommer i artikel V om professionen legitimerade psykoterapeuter inom kommunal familjerådgivning och används där för att beskriva det verksamhetsfält som befolkas av olika professioner, alla verksamma med social integration.¹⁰⁵

I undersökningar av styrningsmentalitet undersöks på vilka sätt individer och grupper styrs genom att särskilda sätt att vara, uppföranden och föreställningar

---

100 Fairclough och Wodak; Ruth Wodak och Martin Reisigl, "Discourse and Racism", *The Handbook of Discourse Analysis*.

101 Michel Foucault m.fl., *The Foucault effect: studies in governmentality: with two lectures by and an interview with Michel Foucault* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1991).

102 Nikolas S Rose, *Powers of freedom reframing political thought* (Cambridge, United Kingdom; Cambridge University Press, 1999), Nikolas S Rose, "Government and Control", *British Journal of Criminology* 40, nr 2 (01 mars 2000): 321–39; Nikolas S Rose, Pat O Malley, och Mariana Valverde, "Governmentality", *Annual Review of Law and Social Science*, vol. 2 (2006): 83–104; Nikolas S Rose, *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*, 2007.

103 Mitchell Dean, *Governmentality: power and rule in modern society* (Thousand Oaks, Calif.:Sage, 2009); Michel Foucault, *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception* (London: Routledge, 1989); Foucault m.fl., *The Foucault effect: studies in governmentality: with two lectures by and an interview with Michel Foucault*; Rose, *Powers of freedom reframing political thought*.

104 Foucault, *The history of sexuality* Vol. 1 *The will to knowledge*. S. 92-98.

105 Lotta Wendel, "Vi dokumenterar inte! Vi dokumenterar inte!", *manus*, 2019.

möjliggörs och uppmuntras. Rose menar att analyser av styrningsmentalitet utmärks av sin fokusering på:

...that dimension of our history composed by the invention, contestation, operationalization and transformation of more or less rationalized schemes, programmes, techniques and devices which seek to shape conduct so as to achieve certain ends.”¹⁰⁶

Styrningsmentaliteten kommer till uttryck på alla nivåer och fält i samhället, inte minst bland de som utövar sin frihet genom självreglering. Foucault menar att den liberala styrningsmentaliteten har möjliggjorts genom att grupper har avgränsats, kategoriserats och objektifierats och därigenom blivit kontrollerade och kontrollerande. Rose beskriver detta som ett sätt att

...making government intelligible. Governing a space requires that it can be represented, depicted in a way which both grasps its truth and represents it in a form in which it can enter the sphere of conscious political calculation¹⁰⁷

Citatet belyser betydelsen av kunskap och expertis för styrningsmentaliteten. Konstruktionen av kunskap är en nödvändig del av naturaliseringen av vad som hålls för sant. På den individuella nivån visar styrningsmentaliteten i den självreglerande praktiken, självstyrningen. Särskilda subjekt förväntas agera i enlighet med särskilda etiska normer. Perspektivet blottlägger vilka styrbara områden och individer/grupper som konstrueras. Hälso- och sjukvårdspersonalen som framträder i mina artiklar kan här utgöra både konstruerade styrbara grupper och samtidigt grupper som deltar i konstruktionen av sig själva och andra styrbara grupper.

Rose beskriver några karaktäristika för styrningsmentaliteten. Inledningsvis konstaterar han att den vid varje given plats och historisk tid och kontext baseras på ett koherent tankesystem, en sammanhängande *rationalitet* som utmärks av viss regelbundenhet, en distinkt moraluppfattning om vad som är en legitim regim och vilka principer som bör ligga till grund för maktutövningen såsom frihet, jämlikhet, medborgarskap, autonomi osv. Rationaliteten framgår inte minst av hur platser, personer, problem, objekt uppfattas och förstås. Detta formuleras i ett distinkt idiom eller språk.¹⁰⁸

106 Rose, *Powers of freedom reframing political thought*.

107 Nikolas S Rose och Peter Miller, "Political power beyond the state: problematics of government", *The British Journal of Sociology* 43, nr 2 (1992): 173–205.

108 Rose, *Powers of freedom reframing political thought*.

En förutsättning för denna rationalitet är det finns en *ordning* för vad som räknas som giltig kunskap vid varje given tidpunkt och som ligger till grund för indelningar, uppdelningar och kategoriseringar. Rationaliteten och ordningen styr vad som uppfattas som sådana problem som är lämpliga att komma till rätta med genom styrningen, var dessa problem definieras och placeras och vilka som berörs.

Idéer om styrningsmentalitet kommer indirekt till uttryck i artikel II, där jag diskuterar de historiska förutsättningarna för att införa New Public Management inom den svenska hälso- och sjukvården, samt i artikel III om standardiserade vårdplaner, där samordnade vårdplaner inom den öppna psykiatriska tvångsvården diskuteras som samtida uttryck för New Public Management.¹⁰⁹

Professionsperspektiv

I artikel I, II, IV och V är det de yrkesutövare som är föremål för dokumentationsskyldigheten som står i centrum. Yrkesutövarnas praktik analyseras i avhandlingen som uttryck för professioners verksamhet. Med professioner avses i allmänhet yrkesgrupper som tillerkänns en särskild rätt att genomföra specifika interventioner i samhället. Genom specialiserade utbildningar anses de besitta den högsta kunskapen inom sina områden, och professionernas legitimitet baseras på denna.¹¹⁰ Centralt för en profession är expertkulturen; professionen tillskrivs en betydelsefull roll som uttolkare och tillämpare av en viss kunskap.¹¹¹ Professionens närhet till teoretisk kunskap är central. Det gäller såväl insikten i ett visst privilegierat kunskapsområde som kontrollen över hur kunskapen tillämpas.¹¹²

Den professionella verksamheten kännetecknas en sovring, sortering och klassificering i enlighet med den professionella kunskap som professionen äger. I den professionella kunskapen ligger såväl en rationell som en diskretionär bedömning.¹¹³

Det kunskapsfält som professionen dominerar och kontrollerar, genom att ha kunskapsföreträdet och kontrollen över arbetsuppgifterna, kallas en jurisdiktion. Professionens ställning inom jurisdiktionen bygger på förtroendet för

---

109 Lotta Wendel, "Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård", *Förvaltningsrättslig tidskrift*, nr 1 (2015): 62–87.

110 Brante, "Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället".

111 Molander och Terum, *Profesjonsstudier*.

112 Abbott, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*; David Sciulli, "Structural and Institutional Invariance in Professions and Professionalism", i *Sociology of professions. Continental and Anglo-Saxon Traditions*, red. Lennart Svensson och Julia Evetts (Borås: Daidalos, 2010), 33–74; Brante, "Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället".

113 Abbott, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*.

yrkesutövarnas kompetens, lämplighet och goda intentioner.¹¹⁴ I rätten kan jurisdiktionen komma till uttryck genom olika legala monopol. Legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården är ett sådant exempel.¹¹⁵ Jurisdiktionens gränser kopplas till utbildning, arbetsuppgifter eller klienttyp.¹¹⁶

Ibland sorteras professionerna in i tre generationer av samexisterande yrkesgrupper. Läkare placeras då i den äldsta generation, medan exempelvis sjuksköterskor och psykoterapeuter placeras i mellan-generationen; semiprofessionerna. Senare tillkomna yrkesgrupper, som IT-tekniker och managementkonsulter, kallas i enlighet med denna indelning för pre-professioner.¹¹⁷ Professionens status påverkas av vilken utbildning och ställning i övrigt som avnämarna har i samhället. Likaså är det avgörande hur nära yrkesutövaren har till den kunskapskärna man gör anspråk på. Ju färre kompromisser i den professionella kunskapen som måste göras, desto högre status. Högst status har den som arbetar centralt i den renast professionella miljön. Graden av specialisering spelar också in; färre rutinartade sysslor ger högre status. Abbott nämner just dokumentation av vård och omsorg som en lågt rankad rutinuppgift. Hur professionens arbete är organiserat har också betydelse; är yrkesutövaren anställd eller enskilt verksam, är professionen självreglerande eller kommer normerna utifrån?¹¹⁸

Sammanfattande synpunkter

I mina studier sammanvävs teori och metod utifrån de perspektiv som beskrivits ovan. Olika vetenskapsideal och paradig resulterar i skilda val avseende metod och material samt analys och tolkning av det valda materialet.

Artikel I är en rättshistorisk översikt av framväxten av dokumentationsskyldigheten och fokus här ligger på den juridiska metoden. I artikel II kombineras den juridiska metoden med diskursanalytiska och professionsteoretiska redskap. Den juridiska metoden utmanas också av ett annorlunda materialval, där konseljaktens används som rättskälla. I artikel III har det professionsteoretiska perspektivet stått tillbaka för ett fokus på patientens rättsliga ställning. I denna studie är utgångspunkten istället en juridisk analys utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv. Även i denna studie är det valda materialet – insamlade mallar för

114 Molander och Terum, *Profesjonsstudier*; Ola Fransson, "Förtroendet för professioner", i *Tillit och förtroende. Ständiga utmaningar för de professionella*, red. Ola Björngren Cuadra, Carin & Fransson (Malmö: Gleerups, 2012); Abbott, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*.

115 Abbott, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*.

116 Abbott; Torgerdur Einarsdóttir, *Läkaryrket i förändring: en studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*, Monograph from the Department of Sociology, University of Gothenburg, 1100-3618 ; 63 (Göteborg, 1997).

117 Thomas Brante, "The professional landscape: The historical development of professions in Sweden", *Professions and Professionalism* 3, nr 2 (12 december 2013).

118 Abbott, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*; Magali Sarfatti Larson, *The rise of professionalism: monopolies of competence and sheltered markets* (New Brunswick: Transaction Publishers, 2013).

samordnad vårdplanering – ett annat än det som vanligen ligger till grund för en rättsvetenskaplig studie. Det insamlade materialet ligger också till grund för en övergripande diskursanalys.

I de båda avslutande artiklarna kombineras rättsvetenskaplig metod och socialkonstruktivistiska ansatser. I båda artiklarna används det professionsteoretiska perspektivet i syfte att nå en förståelse för det faktum att legitimerade psykoterapeuter verksamma inom den kommunala familjerådgivningen inte förväntas dokumentera sina insatser. Det rättsteoretiska perspektivet vidgas här också till att beskriva ett polycentriskt regleringsexempel, där den monistiska rätten övergivits till förmån för lokala normer. I den avslutande artikeln redovisas också en mindre intervjuundersökning. Informanternas berättelser bidrar till förståelsen för de speciella förutsättningar som gäller för psykoterapeuternas professionella verksamhet.

Avhandlingen läggs fram i forskarämnet Hälsa och samhälle. I den allmänna studieplanen för ämnet beskrivs det som ett flervetenskapligt ämne inriktat på studier av människors hälsa och välbefinnande. Studier i ämnet förväntas integrera medicinska och samhällsrelaterade perspektiv för att analysera individers och grupperas hälsosituation och hur denna påverkas av processer på samhällsnivå.¹¹⁹

Det flervetenskapliga perspektivet har medgett att olika angreppssätt kunnat kombineras på ett fruktbart vis. Det är min förhoppning att de valda kombinationerna av epistemologiska, teoretiska och metodologiska angreppssätt kan utgöra ett bidrag till forskarämnet hälsa och samhälle, såväl som till den rättsvetenskapliga och den socialvetenskapliga forskningen.

---

¹¹⁹ Malmö högskola, fakultetsstyrelsen för Hälsa och samhälle, Hälsa och samhälle Allmän studieplan för utbildning på forskarnivå, Beslut 2015-06-02 Dnr: HS64-2015/1187.

ARTIKLARNÄ

Inledning

I denna del beskrivs avhandlingens delstudier, deras syfte, den metod som använts samt deras resultat. Här presenteras också en fördjupad analys av vissa frågor som aktualiseras i artiklarna samt några frågor som kan tjäna som utgångspunkt för fortsatt forskning.

Avhandlingsarbetet inleddes med undersökningen som presenteras i artikel III: *Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård*. Under arbetet med denna artikel kom två problemområden att framstå som alltmer centrala. Det första området gällde dokumentationen i sig och dess betydelse för professionernas yrkesutövning. Inte minst formerna för dokumentation tycktes påverka yrkesutövarnas verksamhet på ett avgörande vis. Det andra området gällde dokumentationsskyldighetens uppkomst och grund. Inte minst kom det att bli ett centralt intresse att utreda vilka argument denna skyldighet vilade på. Det fortsatta avhandlingsarbetet styrdes således av intresset för dessa två problemområden.

Artiklarna presenteras i en ordning som speglar hur problemområdena kan höra samman. I artikel I och II presenteras dokumentationsskyldighetens uppkomst och framväxt. Artikel III behandlar vilka konsekvenser dokumentationsskyldighetens utformning kan ha för patienten. I artikel IV och V, slutligen, belyses dokumentationsskyldighetens professionella betydelse utifrån ett exempel där dokumentationsskyldigheten har bortfallit.

Artikel I

Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat

Avhandlingens första artikel heter: *Patientjournalen – för vård och behandling eller styrning och kontroll? En rättshistorisk översikt*. Syftet med artikel är att undersöka hur skyldigheten att dokumentera vård och behandling har växt fram inom hälso- och sjukvården i Sverige. Som framgår av titeln är det en rättshistorisk översikt; artikeln är en kortfattad sammanställning av hur skyldigheten konstituerats för olika professioner inom hälso- och sjukvården.

Syftet med artikeln är alltså att undersöka hur dokumentationsskyldigheten växt fram och i vilken utsträckning dokumentationsskyldigheten har betraktats som en inomprofessionell fråga. Artikeln bygger på en kronologisk genomgång av rättslig reglering rörande skyldigheten att föra patientjournal, fram till och med 1985, då patientjournallagen (1985:572) infördes och journalföring blev en generell lagreglerad skyldighet för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, personal med särskilda förordnande samt vissa ytterligare grupper.

I artikeln skiljs mellan sådan dokumentationsskyldighet som tar sikte direkt på patientens vård och behandling å ena sidan, och dokumentation som huvudsakligen sker i andra administrativa syften å den andra.

Genomgången visar att fram till 1963 tog den reglering som fanns, sikte på sådan administration som har med den organisatoriska och ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården att göra. Frågan om vad en patientjournal skulle innehålla ålåg helt och hållet den behandlande läkaren. Med 1963 års läkarinstruktion infördes i realiteten en generell skyldighet för läkare att föra patientjournal. Läkarna protesterade kraftigt mot detta och anförde det var en fråga som professionen själv borde råda över och att skyldigheten riskerade att skada de patienter som inte ville att deras vård skulle dokumenteras.

När övriga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården blev föremål för reglerade dokumentationsskyldigheter, kom dessa främst i uttryck i myndighetsföreskrifter av tillämpningskaraktär och formulerades i en anda av att yrkesutövaren i första hand skulle följa läkares anvisningar. Regleringen för psykologers journalföring avviker dock här, genom en tydligt konstruerad dokumentationsskyldighet som är självständigt konstruerad i förhållande till ansvarig läkare.

Först med 1984 års patientjournal kom dokumentationen av vård och behandling att bli en allmän skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal, och alltså likställd med skyldigheten att dokumentera övrig administration. Från ett patientperspektiv är det slående att patienten betraktas som ett skyddsvärt objekt först när patientjournallagen infördes. Bara i regleringen av den psykiatriska tvångsvården hade betydelsen av rättssäkerhetsgarantier för patienten tidigare uppmärksammats.

Artikel II

Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat

I den andra artikeln – *När läkare blev skyldiga att föra patientjournal. En studie av introduktionen av 1963 års läkarinstruktion* – belyses hur skyldigheten att föra patientjournal kom att bli obligatorisk för läkare. Jag undersöker framförallt hur patientjournalen och skyldigheten att föra sådan uppfattades av läkare och lagstiftare samt vilka intressen som gjordes gällande och varför. Hur uppfattades patientjournalens rättsliga, verksamhetsmässiga och forskningsmässiga betydelse? I artikeln kombineras juridisk metod med diskursanalytiska och professionsteoretiska redskap.

Tidigare hade den författning som existerade angående skyldigheter att föra patientjournaler framförallt knutits till institutioner. Med 1963 års läkarinstruktion infördes även journalföringsskyldighet för de läkare verksamma i öppenvård som tidigare inte omfattats av någon sådan skyldighet.

Det huvudsakliga syftet med att införa reglerna om skyldighet att föra patientjournal hade inte med patientens vård och behandling att göra. Den nya regleringen var istället en anpassning till förändringar i regleringen avseende arkivverksamhet. Patientjournalernas betydelse för administration, utvärdering och forskning var det som stod i centrum.

Förslaget fick ett kritiskt mottagande bland läkare, som ville behålla makten över såväl journalföringen som själva journalen i sig. Läkarnas professionella, autonoma position i lagstiftningen var fortfarande stark. Patientjournalen uppfattades som läkarens personliga egendom och avgörandet om och när det skulle föras anteckningar över patientens vård och behandling borde överlämnas åt läkaren själv att avgöra. Man beförde att journalföringsskyldigheten skulle skada förtroendet för vården allvarligt och att patienter kunde komma att undvika att söka vård om det fanns ett obligatorium att föra journal. När detta skrivs får man säga att journalföringsskyldigheten är en så självklar del av kontakten med hälso- och sjukvården att förekomsten av journalföring i allmänhet knappast skrämmar patienter från att söka vård. Det står däremot klart att det finns en oro över att patientjournalernas innehåll är tillgängligt för väldigt många och de risker för patientens integritet som detta medför.¹²⁰

Den juridiska metoden och konseljakten som rättskälla

Fokus för min undersökning ligger på 1963 års läkarinstruktion. Artikeln baseras främst på beskrivningar och analyser av innehållet i konseljakten, vilken

---

120 Sandén, *Sekretess och tystnadsplikt inom offentlig och privat hälso- och sjukvård: ett skydd för patientens personliga integritet*.

innehåller alla handlingar som inkommit till eller upprättats i samband med införandet av 1963 års läkarinstruktion.¹²¹

Den juridiska metoden vilar på rättskälleläran, det vill säga att gällande rätt klarläggs genom studier och analyser av lag, förarbeten, praxis och doktrin. Förarbetena till författning återfinns i vanligen i kommittébetänkanden (statens offentliga utredningar, SOU), propositioner och utskottsbetänkanden (departementsserien, DS).

Den instruktion som studeras i artikeln beslutades av regeringen. Att instruktionen för läkare inte reglerades i lagstiftning innebär att regleringen inte bedömdes ha tillräcklig principiell vikt eller beröra så centrala rättigheter för läkarna att lagreglering vore det naturliga. Formen för normgivning innebar också att läkarinstruktionen inte genomgick den kontroll som förslag till lagstiftning gör när den behandlas av riksdagen och dess utskott.

I ett historiskt perspektiv är det tveksamt om lagstiftaren till en början föreställde sig att förarbetena skulle användas som ett verktyg för att klarlägga innehållet i gällande rätt. Det tycks ha varit en omedveten utveckling, helt betingad av praktiska krav på vägledning vid tolkningen av författning. Om man studerar förarbeten idag är det tydligt att lagstiftaren är fullt medveten om att texterna används för att styra och påverka lagtolkningen. Frågan är när denna förändring inträffade.¹²²

De handlingar som ligger till grund för min studie har näppeligen haft till syfte att klarlägga de egentliga motiven till att införa 1963 års läkarinstruktion. Systematiken i beslutsordningen är oklar och handlingarna är oordnade i akten. Inte heller framställningen i sig eller språket är anpassat för framtida läsare; det finns svårtydda handskrivna noteringar i marginalerna och materiella frågor rörande innehållet i instruktionen och formella frågor rörande departementets hantering av ärendet blandas. Samtidigt är det något väldigt genuint över handlingarna. Det är ofta enskilda läkare och tjänstemän som kommer till tals och inte anonyma myndigheter och organisationer. Som underlag för en rättsdogmatisk analys kan konseljaktens således ifrågasättas.

Sedan åtminstone 1950-talet har det inom rättsvetenskapen förts en debatt kring förarbetenas ställning som rättskälla. Diskussionen har främst utgått från domarperspektivet och rört dels om domare verkligen är bundna av förarbetsuttalanden och dels om det stärker eller skadar rättssäkerheten om förarbetena används vid lagtolkning.¹²³

121 "Inrikesdepartementets huvudarkiv, konseljaktens 1963-05-10 nr. 57".

122 Richard Nordquist, "Förarbetenas rättskällestatus – ett historiskt perspektiv", *Juridisk publikation*, nr 1 (2011): 141–47.

123 Carsten Welinder, "Något om motivens betydelse för lagtolkning", *Svensk juristtidning*, nr 78–89 (1953): 78–89; Johan Lind, "Högsta domstolen och frågan om doktrin och motiv som rättskälla", *Juridisk tidskrift*, nr 2 (1996/97): 352–370; Nordquist, "Förarbetenas rättskällestatus – ett historiskt perspektiv".

När förarbetenas ställning som rättskälla diskuteras inom rättsvetenskapen tycks det alltså inte vara förarbeten av det slag som jag använt mig av som avses. Vilket värde kan då den aktuella konseljaktens tillskrivas? Det är ett faktum att handlingarna i akten har utgjort underlag för 1963 års läkarinstruktion. De traditionella källkritiska kriterierna: äkthet, tid, beroende, och tendens kan vidare ge viss vägledning för hur materialet i sig ska värderas.¹²⁴ Källkritikens syfte; att finna de källor som ger de bästa kunskaperna om verkligheten, kan likställas med mitt syfte att finna bästa kunskaperna om bakgrunden till 1963 års läkarinstruktion. Eftersom det står klart att handlingarna i akten inte är något falsarium torde *äktenskriteriet* vara uppfyllt. *Tidskriteriet* handlar om informationens närhet med det faktum som undersöks. Handlingarna i konseljaktens står i direkt tidsmässigt samband med läkarinstruktionen, så inte heller detta kriterium torde vara problematiskt. *Beroendekriteriet* handlar om att värdera olika källor mot varandra, men också om att förstahandskällor är tyngre än andrahandskällor. Mina handlingar är tveklöst förstahandskällor och några andra källor har inte funnits att tillgå. *Tendensskriteriet* är egentligen det enda källkritiska kriterium som är svårt att bedöma. Kriteriet innebär att forskaren måste vara vaksam mot att uppgifter kan vara färgade eller tillrättalagda. Till kriteriet hör även att göra en bedömning av vilket urval som presenteras i det material som studeras. Här tror jag att det faktum att handlingarna inte varit avsedda att ligga till grund för en tolkning av 1963 års läkarinstruktion stärker materialets betydelse som rättskälla. De överväganden som kommer fram i handlingarna handlar helt och hållet om hur man bäst ska lösa de krav på dokumentationen inom hälso- och sjukvården som följer av den arkivreglering som ska införas. Bedömningar och uppfattningar som kommer till uttryck är inte registrerade till att framstå som objektiva betraktelser.

Vem äger patientjournalen?

En fråga som berörs i artikeln men som inte utvecklas där, är frågan om vem som äger patientjournalen. Av remissyttrandena till förslaget om läkarinstruktion att döma fanns det en stark uppfattning om att patientjournalen var läkarens personliga egendom. Trots att 1963 års läkarinstruktion tydliggjorde att patientjournalen var en handling avsedd för det allmänna, fortsatte uppfattningen att patientjournalen var läkarens personliga egendom att vara giltig bland läkare även efter att instruktionen införts.

Det är svårt att avgöra vad anspråket på äganderätt egentligen innebär. Begreppet äganderätt är i sig diffust och får istället definieras genom en uppräknings av de olika rättigheter och skyldigheter som är förenade med den äganderätt

¹²⁴ Stig Ekman, Per Thullberg, och Klas Åmark, *Metodövningar i historia: historisk teori, metod och källkritik*. [1] (Lund: Studentlitteratur, 1993).

man diskuterar. När det gäller patientjournalen kan det bland annat röra rätten att besluta vilka uppgifter som ska föras in i journalen, vilka som ska ges tillträde till uppgifterna, hur och var patientjournalen ska förvaras och i övrigt administreras.

En dom från Arbetsdomstolen från 1994 handlar om en privatanställd läkare som, efter att har anställningen hade upphört, gjorde anspråk på de patientjournaler som han hade upprättat under sin anställning. Domen vilar på uppfattningen att det är vårdgivaren som äger patientjournalen och i målet utreds därför om läkaren haft en anställning eller anlitats av vårdföretaget som en självständig uppdragstagare. Läkaren själv hade uppfattningen att patientjournalerna tillhörde honom, då han var ansvarig för vad som stod i dem och patienterna betraktade honom som vårdgivare. Vid tiden reglerades hanteringen av patientjournaler i patientjournalagen. Varken denna lag eller någon annan lagstiftning som gällde vid tiden, innehöll några bestämmelser om äganderätten till en patientjournal. Socialstyrelsen, som yttrade sig i målet, menade att äganderätten därför borde avgöras efter vad som avtalats mellan arbetsgivaren och den anställde. Om inget avtal fanns skulle patientjournalen tillhöra arbetsgivaren. Grunden för Socialstyrelsens bedömning var att den som bestämmer om det övergripande handhavandet av journalen: hur den ska förvaras, vilka rutiner för anteckningar som ska gälla etc, också måste vara den som äger journalen.¹²⁵

Patientens rätt till sin journal har också berörts i termer av äganderätt, men inte med samma styrka. I Socialstyrelsens yttrande i målet ovan konstaterar myndigheten helt sonika:

Socialstyrelsen får först konstatera att en patient i juridisk mening inte äger ”sin” journal.¹²⁶

Någon argumentation för sitt ställningstagande presenterar Socialstyrelsen inte. När patientjournalagen infördes 1984 hade visserligen patienten tillförsäkrats en starkare ställning än tidigare. Rättigheterna innefattade ett integritetsskydd, en rätt att ta del av sin journal och en rätt att ansöka om att journalen skulle förstöras. Men dessa rättigheter ansågs uppenbarligen inte vara sådana att de skulle inkluderas i ett äganderättsbegrepp.

Inför patientdatalagens tillkomst återkom frågan om patientjournalen skulle vara patientens. Patientdatautredningen tog ställning till förslagen dels om att patienten skulle äga eller ha förfoganderätten över sin journal, dels om att patientjournalen skulle vara knuten till patienten och inte till vårdinrättningen eller vårdgivaren. Utredningen avrådde från båda förslagen, främst av

---

¹²⁵ AD 1994:98, Per B i Örebro mot Läkargruppen Sjukvård i Örebro Aktiebolag (1994).

¹²⁶ Ibid.

patientsäkerhetsskäl. Att låta patienten bestämma om journal ska föras eller ej och vad den i så fall skulle innehålla, skulle medföra oacceptabla risker för patientsäkerheten och försvåra för hälso- och sjukvårdspersonalen att utföra sitt arbete på ett professionellt och ansvarsfullt sätt. En ordning som innebar att patienten själv förvarade och administrerade sin journal eller sina journaler gick inte heller att förena med vårdgivarnas ansvar för patientsäkerheten, menade utredarna. Det allmännas intresse av att använda patientjournalen för verksamhetsuppföljning, kontroll och tillsyn eller som källmaterial vid forskning och kvalitetssäkring skulle också försvåras allvarligt om patienten rådde över sin egen journal.¹²⁷ Regeringen instämde i de slutsatser som framfördes i utredningen.¹²⁸

Intressant nog har man senare inom personcentrerad vård gett uttryck för ett annat förhållningssätt. Som framgått tidigare finns det också ansatser i den personcentrerade vården att förlägga (åtminstone en del av) patientdokumentationen på patienten själv och även tillhandahålla patienten redskap i form av personliga anteckningsböcker, appar och egna hemsidor. I de projekt där man arbetade på detta vis uppfattade man det faktum att patienten hanterade sin egen dokumentation som något som gav legitimitet åt den personcentrerade vården och möjliggjorde att patientens version av sin sjukdomshistoria dokumenterades på ett mindre fragmentiserat vis, än om olika professioner hade dokumenterat i patientjournalen på sedvanligt vis.¹²⁹ Sammantaget tycks uppfattningen i dessa projekt vara att man uppnår en högre grad av patientsäkerhet om patienten råder över sin egen journal. Det valda arbetssättet innebär förmodligen inte att patienten äger sin journal i formell rättslig mening, men borde likväl skapa en känsla hos patienten av äganderätt eller åtminstone kontroll- och förfoganderätt. Kanske även den berörda personalen delar denna upplevelse?

Sammanfattningsvis står det likväl klart att, trots att det saknas något uttryckligt stöd i författning, betraktas vårdgivaren som ägare till journalen. Det följer av att merparten av de rättigheter och skyldigheter som avser hanteringen av patientjournalen åligger vårdgivaren.

Samtidigt tillskrivs allmänt patientjournalen till patienten. På exempelvis Vårdguiden 1177:s hemsida används genomgående genitivform vid beskrivning av patientens rättigheter vad gäller patientjournalen.¹³⁰ Det är korrekt svenska att benämnda journalen som rör patienten som patientens journal. Alternativet skulle göra informationen till patienten betydligt krångligare. Likväl kan det inte uteslutas att formuleringarna kan medföra pedagogiska problem med att förklara att journalen faktiskt inte är patientens egendom.

127 SOU 2006:82 Patientdatalag.

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

129 Britten m.fl., "Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care".

130 Vårdguiden 1177, "Din journal", åtkomstdatum 30 april 2019, <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/sa-skyddas-och-hanteras-dina-uppgifter/din-journal/>.

Artikel III

Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat

I avhandlingens tredje artikel behandlas *Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård*.¹³¹ Den undersökning som presenteras i artikeln är genomförd utifrån ett rättssäkerhetsperspektiv, vilket fördjupas längre fram i detta avsnitt.

Undersökningen baseras på det material som erhöles från 19 av 21 landsting efter att jag efterfrågat följande: 1. Generella överenskommelser mellan landsting och kommuner angående samordnad vårdplanering vid psykiatrisk tvångsvård, 2. Mallar/blanketter avsedda för samordnad vårdplanering enligt regleringen rörande psykiatrisk tvångsvård samt 3. Mallar/blanketter avseende särskilda villkor vid öppen psykiatrisk tvångsvård enligt regleringen av psykiatrisk tvångsvård.

I artikeln används juridisk metod i syfte att klarlägga gällande rätt på området för vårdplanering inom den öppna psykiatriska tvångsvården samt klarlägga i vad mån det insamlade materialet tillgodosåg patientens rättssäkerhet. En övergripande diskursanalys gjordes vidare på materialet i sin helhet. Forskning rörande styrformen New Public Management användes som ett allmänt teoretiskt perspektiv.

Undersökningen visade att utformningen av det standardiserade materialet för vårdplanering varierade kraftigt i landet och i vissa fall också inom ett och samma landsting. Anvisningar från förvaltnings- och kunskapsmyndigheten Socialstyrelsen tycktes knappast ha beaktats när de standardiserade mallarna arbetats fram vid landstingen.

Patientens möjlighet att komma till tals varierade också avsevärt mellan de olika landstingen. Majoriteten av de standardiserade vårdplanerna var inte konstruerade för samråd med patienten och inte heller konstruerade så att patientens rätt till information kunde antas vara tillgodosedd. Detta innebar att vårdplaneringen riskerade att framstå som obegriplig och otillgänglig för patienten och den kunde inte heller förväntas fungera på det sätt som lagstiftaren och Socialstyrelsen avsett.

Dessutom innehöll det insamlade materialet exempel på direkt lagstridiga formuleringar och uttalanden som tydde på att mallen i sig var viktigare än den faktiska vården av patienten. Sammantaget tycktes de standardiserade dokumentationsformerna inte fungera som ett effektivt redskap för att uppnå en likformig och lätt utvärderad, patientsäker dokumentation.

---

131 Wendel, "Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård".

Patientens rättssäkerhet vid dokumentation av vård och behandling

Rättssäkerhet och integritet – vad avses?

Rättssäkerheten används ofta som ett perspektiv eller filter när rättsreglerna ska prövas/analyseras/värderas i det interna rättsliga perspektivet. Det rättsliga perspektivet på patientens journal präglas av dokumentationens legala och administrativa syften. De legala syftena har med tillsyn och kontroll att göra, medan de administrativa hänför sig till verksamhetens styrning. Vissa menar rent av att begreppet rättssäkerhet bör reserveras för den rättsliga beslutssituationen och isoleras till betydelsen förutsägbarhet i rättsliga angelägenheter. Ett exempel är Gustafssons sammanfattande beskrivning av vad han kallar rättssäkerhetsbegreppet konventionella innehåll, vilket består i att på rättslig väg skydda individen och dennes rättigheter genom att motverka eventuellt godtycke och skönsmässighet i rättsligt beslutsfattande.¹³² Enligt Frändberg måste tre villkor vara uppfyllda för att rättssäkerhet av detta slag ska vara för handen. Först och främst måste det finnas klara och adekvata regler. Vidare måste dessa regler vara tillgängliga, det vill säga publicerade, och de måste tillämpas lojalt och korrekt av de rättstillämpande myndigheterna.¹³³ Denna definition har kallats för minimalistisk.¹³⁴ Dokumentationen kan ju vara formellt exemplariskt utformad i dessa avseenden, utan att den i sig bidrar till en bättre vård för patienten. Intresset av att erbjuda och genomföra en god vård och behandling kan rent av stå i strid med de formella kraven på handläggningen.¹³⁵

Motsättningen knyter an till en grundläggande binär uppdelning som brukar göras avseende rättssäkerhetsbegreppet. *Formell rättssäkerhet*, vilken tar sikte på rättsreglernas utformning och tillämpning, utmärks av ett rättsligt förfarande som är stabilt, tydligt och förutsebart. *Materiell rättssäkerhet* å andra sidan handlar om att resultatet av rättstillämpningen inte endast är korrekt i förhållande till gällande rätt utan också är etiskt godtagbart till sitt materiella innehåll.¹³⁶ Den materiella rättssäkerheten har till syfte att tillförsäkra medborgarna ett verkligt innehåll i de rättigheter som rättsordningen ska garantera. Det krävs en rimlig avvägning mellan rättstillämpningens förutsebarhet och etiska hänsyn av olika slag, där det faktiska innehållet i den rättighet det gäller står i centrum.

132 Håkan Gustafsson, *Rättens polyvalens: en rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet* (Lund: Sociologiska institutionen, Univ., 2002).

133 Åke Frändberg, "Om rättssäkerhet", *Juridisk tidskrift*, nr 2 (2000): 269–80.

134 Lena Marcusson, "Förvaltningsrättens rättssäkerhetstänkande", *Förvaltningsrättslig tidskrift*, nr 3 (2010): 241–54.

135 Stefan Morén, "Dokumentationens roll i socialt arbete – Perspektiv och utvecklingsmöjligheter", *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 4 (1999): 329–42; Clynh och Kellett, "Medical documentation: Part of the solution, or part of the problem? A narrative review of the literature on the time spent on and value of medical documentation".

136 Aleksander Peczenik, *Vad är rätt?: om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation*, Institutet för rättsvetenskaplig forskning, (Stockholm: Fritze, 1995).

Olika etiska principer är centrala här.¹³⁷ Fri- och rättigheterna i regeringsformen (1974:152) och lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (EKMR) berör såväl formell som materiell rättssäkerhet. Den formella rättssäkerheten kommer till uttryck i artikel 6 EKMR i form av rätt till domstolsprövning och en rättvis rättegång. Det centrala för dessa bestämmelser är just den enskildes skydd mot godtyckliga eller kränkande ingrepp från statens sida. Den materiella rättssäkerheten märks i artikel 8 EKMR, där det stadgas att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens och att detta skydd får inskränkas i lag om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till bland annat skydd för hälsa. Motsvarande bestämmelse återfinns i 1 kap. 2 § regeringsformen, där det fastslås att det allmänna ska värna om den enskildes privatliv. Vad rätten till privatliv konkret innebär är svårdefinierat. Viss ledning kan sökas i Europadomstolens praxis.¹³⁸ Europadomstolen har i ett par fall bedömt att det stridit mot artikel 8 EMKR att använda uppgifter från patientjournalen i domstolsförhandlingar. Ett fall gällde ett straffrättsligt mål där det framkommit att den tilltalade var HIV-smittad.¹³⁹ Ett annat gällde en skilsmäsoförhandling, där uppgifter ur en patientjournal kom att användas.¹⁴⁰ I ett fall från 2007 konstaterade Europadomstolen också att insamling av patientuppgifter i ett kvalitetsregister utan patientens samtycke stred mot artikel 8, då det inte stod klart i relevant lagstiftning vilken sekretess som gällde och hur uppgifterna skulle användas. Domstolen kritiserade också det faktum att lagstiftningen inte innebar någon förhandsbedömning om de insamlade uppgifterna var relevanta eller nödvändiga för kvalitetsregistrets syfte.¹⁴¹

Skyddet för privatlivet omfattar ett skydd för det som kallas för personlig integritet. I 2 kap. 6 § andra stycket RF stadgas också att var och en är:

...gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

Vad som menas med personlig integritet anges inte i lagtexten och det är överhuvudtaget sparsmakat med försök att ringa in mera specifikt vad det innebär. I förarbetena har kärnan i vad som avses med personlig integritet slagits fast utifrån

137 Lotta Vahlne Westerhäll, "Rättsstatliga aspekter på sjukförsäkringsprocessen med betoning på begreppen sjukdom och arbetsförmåga", *Förvaltningsrättslig Tidskrift*, nr 2 (2012): 201–20.

138 SOU 2008:3 Skyddet för den personliga integriteten : bedömningar och förslag: slutbetänkande.

139 Z. v. Finland (22009/93), Europadomstolen (1997).

140 L.L. v. France, (7508/02), Europadomstolen (2006).

141 L.H. v. Latvia, (52019/07), Europadomstolen (2014).

vad som skyddas av den lagstiftning där begreppet berörs. Kränkningar av den personliga integriteten innebär med detta synsätt intrång i den fredade sfär som enskilde bör vara tillförsäkrad och där ett oönskat ingrepp bör kunna avvisas.¹⁴² Statens medicinetiska råd (SMER) beskriver den personliga integriteten som en rätt som bland annat handlar om att själv förfoga över information om den egna personen; att ha rätten att behålla vissa saker för sig själv.¹⁴³

I sin avhandling om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården har Sandén gjort en omfattande genomgång av hur begreppet har beskrivits i offentliga utredningar under ett halvt sekel tillbaka, men inte heller hon har funnit någon entydig definition. Hon konstaterar dock att även om patientens personliga integritet fortsättningsvis betonats över tid, har allt flera bestämmelser som medger att patientuppgifter kan spridas från offentliga vårdgivare till myndigheter och enskilda införts. Sandén befarar att detta kan leda till såväl ett minskat förtroende som en minskad benägenhet för patienter att söka sig till hälso- och sjukvården.¹⁴⁴

Principer till skydd för rättssäkerhet och integritet

I artikeln om standardiserade dokumentationsformer inom öppen psykiatrisk tvångsvård används några rättssäkerhetsprinciper som är centrala för det internt rättsliga perspektivet.¹⁴⁵ I det perspektivet är den vertikala maktrelationen central; rättssäkerheten är ett skydd mot den offentliga maktutövningen. Inom socialrätten, dit regleringen av hälso- och sjukvården räknas är detta särskilt viktigt, eftersom rättsområdet genomgående kännetecknas av att medborgarna befinner sig i en särskilt utsatt och behövande position som patienter, brukare, klienter etc. I sin lärobok i socialrätt beskriver Kjønstad följaktligen rättssäkerhet som ett honnörssord av samma tyngd som demokrati.¹⁴⁶ I socialrätten läggs alltså stor tyngd vid rättssäkerhetens materiella sida. Detta kan också hänga samman med att socialrätten kännetecknas av stora möjligheter för ansvariga myndigheter att utforma sin verksamhet på det sätt man finner bäst samt utrymme för skönsmässiga bedömningar för de yrkesutövare som är verksamma på det socialrättsliga området.

Legalitetsprincipen innebär att maktutövningen ska vara normbunden och inte godtycklig. I svensk rätt baseras legalitetsprincipen på stadgandet i 1 kap 1 §

142 Proposition 2009/10:80 En reformerad grundlag; betänkande. s. 175.

143 Statens medicinetiska råd SMER, "Integritet", <http://www.smer.se/etik/integritet/>, åtkomstdatum 23 augusti 2019.

144 Ulrika Sandén, *Sekretess och tystnadsplikt inom offentlig och privat hälso- och sjukvård: ett skydd för patientens personliga integritet* (Uppsala: Iustus, 2012).

145 Wendel, "Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård".

146 Asbjørn Kjønstad, *Sosial trygghet og rettssikkerhet under sosialtjenesteloven og barnevernloven* (Bergen: Fagbokforl., 2000).

regeringsform (1974:152) (RF) där det fastslås att den offentliga makten utövas under lagarna. I svensk förvaltningsrätt anses principen innebära att myndigheternas beslutanderätt alltid måste ha något slags författningsstöd och att betungande beslut förutsätter lagstöd. Legalitetsprincipen har betydelse framförallt för den formella rättssäkerheten. På socialrättens område har det emellertid framförts att legalitetsprincipen har en svagare ställning än på andra rättsområden.¹⁴⁷ Detta kan åtminstone delvis förklaras med att besluten på det sociala rättsområdet ofta har karaktären av lämplighetsprövningar, att myndigheterna på området har utrustats med ganska obestämda maktbefogenheter och att det finns ett stort utrymme för en diskretionär bedömning och utformning av välfärdsrätten. Fördelen kan vara att insatser kan anpassas till behoven i det enskilda fallet. Men när utrymmet för en skönsmåsig bedömning ökar, kan också tveksamheten över handläggningens och beslutens riktighet såväl som den enskildes otrygghet öka.

Studien av standardiserade dokumentationsformer illustrerar detta. Regioner och kommuner är skyldiga att ingå övergripande överenskommelser om vårdplanering, men är mycket fria i hur dessa ska utformas. Min studie av de olika mallar för vårdplanering angående öppen psykiatrisk tvångsvård som upprättats i landet visade exempel på inslag som strider mot lagstiftningen och följaktligen mot legalitetsprincipen. Vanligare var dock att den lokala utformningen av vårdplanerna visserligen var inom de ramar som lagstiftningen påbjuder, men att det fanns brister avseende tydlighet och transparens. Den roll som konstruerades för patienten varierade vidare från att likna en med hälso- och sjukvården jämställd part till ett fullständigt underordnat subjekt för vård och tvångsåtgärder.¹⁴⁸ Det är svårt att överblicka vad bristerna i de olika vårdplaneverktygen kan leda till. Bristerna är av formell art och först när man kan påvisa reella konsekvenser i handläggningen av enskilda ärenden är det möjligt att belysa konsekvenserna fullt ut.

En central del av legalitetsprincipen är att felaktig rättstillämpning kan överprövas. Överprövningen som en rättssäkerhetsaspekt framgår bland annat av artikel 6.1 EKMR, där det framgår att var och en ska ha rätt till en prövning av sina civila rättigheter och skyldigheter. Av 8 kap patientdatalagen (2008:355) (PDL) framgår att en patient har rätt att begära rättelse i journalen och att en patientjournal eller delar av den förstörs (mer om detta nedan). Några ärenden av detta slag som rör brister i standardiserade vårdplaner har jag inte funnit. Justitieombudsmannen (JO) har däremot prövat klagomål mot utformningen av en blankett för inhämtande av vårdnadshavares samtycke till vaccination av

147 Fredrik Stertzell, "Legalitetsprincipen", i *Förvaltningsrättsliga principer*, red. Lena Marcusson (Uppsala: Iustus förlag, 2005).

148 Wendel, "Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård".

skolelever mot den s.k. svininfluensan. Enligt blanketten, som var utformad efter anvisningar från Socialstyrelsen, krävdes enbart en vårdnadshavares samtycke. JO fann att en vaccination av detta slag inte är ett sådant vardagligt beslut som en vårdnadshavare normalt sett kan fatta beslut om och att blanketten borde utformats med utgångspunkt i huvudregeln, dvs att båda vårdnadshavarna beslutar om barnets vård och behandling.¹⁴⁹

Att en felaktig uppgift kan rättas framgår av 3 kap 14 § PDL. Enligt 3 kap 8 § PDL har även patienten rätt att begära att det antecknas i journalen om denne anser att en journal innehåller uppgifter som är oriktiga eller missvisande. Men en rättelse eller korrigerings av detta slag innebär inte att den ursprungliga uppgiften försvinner. Enligt 3 kap. 14 § kan inte journalanteckningar tas bort eller göras oläsliga i andra fall än då patientjournalen förstörs. Även om en uppgift i patientjournalen rättas eller korrigeras, innebär det att såväl den ursprungliga noteringen som den nya syns i journalen. En patient som inte är nöjd med att en uppgift finns i journalen kan istället ansöka hos IVO om att en journal helt eller delvis ska förstöras, se 8 kap. 4 § PDL. Förutsättningarna är att godtagbara skäl anförs i ansökan, att uppgifterna uppenbarligen inte behövs för patientens vård och att det från allmän synpunkt uppenbarligen inte finns skäl för att bevara journalen. Samtliga av dessa förutsättningar måste bedömas som uppfyllda för att patientens ansökan ska beviljas. Som exempel på vad som kan utgöra godtagbara skäl anfördes i förarbetena till den tidigare patientjournallagen (1985:562) att uppgifterna i patientens journal rimligen kan medföra en psykisk belastning eller liknande för patienten om de bevaras.¹⁵⁰ Patienten har därmed inte rätt att utan vidare få sin journal eller del av den förstörd. Det förutsätts vara fråga om kränkande, ömtåliga, osanna eller annars missvisande uppgifter för att denna möjlighet ska kunna realiseras.¹⁵¹ Av förarbetena till PDL framgår att godtagbara skäl för att förstöra journalen främst rör uppgifter som inte har med vården av patienten att göra och som därför inte bör stå i journalen, dvs. uppgifter som är helt ovidkommande för vårdsituationen. Om den felaktiga uppgiften avser vården av en patient, så ska en sådan uppgift i första hand rättas i stället för att strykas.¹⁵² Rättspraxis visar att det är mycket svårt för en patient att ha framgång med en ansökan om att dennes patientjournal ska förstöras. Av tidigare praxis framgår att kravet på vad som kan anses vara godtagbara skäl för patientens ansökan har satts tämligen lågt, men villkoren att journalen uppenbarligen inte behövs för patientens vård eller att det av allmänt intresse finns skäl att bevara

149 Justitieombudsmannen, 2011-02-18 Dnr 6626-2009 Kritik mot Socialstyrelsen för utformningen av en blankett för inhämtande av vårdnadshavares samtycke till vaccinering av skolelever mot den s.k. svininfluensan A(H1N1).

150 Proposition 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. s. 49.

151 Proposition 1984/85:189 om patientjournallag m.m. s. 28.

152 Proposition 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s. 264.

journalen sätts å andra sidan högt. Det tycks krävas att det förflutit lång tid sedan behandlingen upphörde eller att de antecknade uppgifterna legat utanför själva syftet med behandlingen för att ansökan ska beviljas.¹⁵³ Senare praxis bekräftar detta. När exempelvis olika yrkesutövare gjort olika bedömningar om patientens journal bör bevaras eller inte, har domstolen beslutat att inte tillmötesgå patientens ansökan om att journalen förstörs.¹⁵⁴ Och även om hälso- och sjukvårdspersonalen varit ense om att uppgifter i patientens journal uppenbarligen inte längre behövs för patientens vård, har domstolen beslutat att den ska bevaras då den legat till grund för beslut hos annan myndighet.¹⁵⁵ Överhuvudtaget tycks samverkan mellan myndigheter ofta ske på bekostnad av enskildas personliga integritet.¹⁵⁶ I materiellt hänseende får man slå fast att skyddet för patientens personliga integritet är litet när det gäller patientens möjlighet att framföra sin syn på vilken dokumentation som är förenlig med kravet på respekt för patientens integritet.¹⁵⁷

En annan gräns för myndighetens skönsrätt utgörs av *objektivitetsprincipen*. Denna framgår av 1 kap 9 § RF och innebär att uppgifterna inom den offentliga förvaltningen ska fullgöras med iakttagande av allas likhet inför lagen samt saklighet och opartiskhet. Objektivitetsprincipen har kompletterats med en omfattande antidiskrimineringslagstiftning. Av 2 kap 13-13 b §§ diskrimineringslagen (2008:567) framgår uttryckligen att diskrimineringsförbudet gäller även inom hälso- och sjukvården. För patientjournalens vidkommande kommer objektivitetsprincipen också till uttryck i 1 kap 2 § PDL där det föreskrivs att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Som en allmän princip gäller att de uppgifter som tillförs en patientjournal ska vara tillräckliga, väsentliga och korrekta.¹⁵⁸

Proportionalitetsprincipen innebär att rättighetsbegränsningar måste prövas utifrån en avvägning mellan motstående intressen och mellan skada och nytta. Wenander beskriver principen som en rättslig mekanism för att vid sidan av ren regel tillämpning föra in en bedömning av rimlighet i förvaltningens agerande.¹⁵⁹

153 RÅ 1989 ref 125 Förutsättningar för förstöring av patientjournal (I III)..

154 Kammarrätten i Stockholm, Mål nr 1822-14, 2015-04-02.

155 Kammarrätten i Stockholm, Mål nr 2389-14, 2015-04-02.

156 Johan Höök, "Integritet och sekretess mellan myndigheter", *Förvaltningsrättslig Tidskrift*, 2009, 243–58.

157 Se dock AD 2018 nr 48, som gällde en tandhygienist som flera gånger i mejl till Migrationsverket lämnat uppgifter om patienter som han behandlat, som var asylsökande, och ifrågasatt deras uppgivna ålder. Arbetsdomstolen fann att det fanns laga skäl för avskedande. I målet var det främst brotten mot tystnadsplikten som lades till vikt för bedömningen, även om hanteringen av patientjournalen nämndes. Det är också oklart vilka konsekvenserna blev för de patienter vars uppgifter lämnades till Migrationsverket.

158 Proposition 1984/85:189 om patientjournal m.m.

159 Henrik Wenander, "Proportionalitetsprincipen i 2017 års förvaltningslag", *Förvaltningsrättslig tidskrift*, nr 3 (2018): 443–56.

Rimlighetsbedömningen förutsätter ett eftersträvansvärt mål, ett medel för att uppnå detta mål och att målet förverkligas på bekostnad av andra intressen. Vad som prövas är således om en rättighetsbegränsning är ett rimligt sätt att uppnå det eftersträvansvärda syftet. Därefter prövas om det inte finns andra alternativ som framstår som lika effektiva. Principen kallas av detta skäl också för det lindrigaste ingreppets princip. Slutligen prövas om begränsningen drabbar så skyddsvärda intressen att den likväl är oproportionerlig. Proportionalitetsprincipen har tillskrivits en ökad betydelse för svensk rätt i och med inkorporeringen av EKMR. Principens implementering i svensk rätt brukar dateras till 1996 då Regeringsrätten i tre avgörande refererade till proportionalitetsprincipen. Andra menar dock att principen var hävdvunnen i svensk rätt även innan EKMRs inkorporering och förekom i såväl lagstiftning som övriga rättskällor.¹⁶⁰ När förvaltningslagen (2017:900) infördes kom proportionalitetsprincipen att regleras i 5 § st 3:

Myndigheten får ingripa i ett enskilt intresse endast om åtgärden kan antas leda till det avsedda resultatet. Åtgärden får aldrig vara mer långtgående än vad som behövs och får vidtas endast om det avsedda resultatet står i rimligt förhållande till de olägenheter som kan antas uppstå för den som åtgärden riktas mot.

Författningsregleringen innebar att det nu står klart att principen gäller i all offentlig verksamhet. Principen gäller såväl vid myndighetsutövning som vid faktiskt verksamhet. Det har tolkats som att den uppdelning mellan myndighetsutövning och faktisk verksamhet som utmärkt svensk förvaltningsrätt är på väg att luckras upp i riktning mot den bredare samsyn som gäller i europarätten.¹⁶¹

Frågan är vilken tillämpning proportionalitetsprincipen kan tänkas ha vid dokumentation inom hälso- och sjukvården. I SOU 2015:31 analyserades skyddet för den personliga integriteten när det gällde tillämpning av reglerna om inhämtning och lagring av uppgifter om elektronisk kommunikation för brottsbekämpande ändamål. Proportionalitetsprincipen gavs ett stort utrymme i analysen och mycket av detta resonemang går att överföra på hanteringen av patientuppgifter, särskilt som lagring av patientuppgifter visat sig medföra stora integritetsproblem.¹⁶²

---

160 Ingrid Helmius, "Proportionalitetsprincipen", i *Förvaltningsrättsliga principer*, red. Lena Marcusson (Iustus förlag, 2005).

161 Henrik Wenander, "Proportionalitetsprincipen i 2017 års förvaltningslag".

162 Jesper Cederberg, "Miljoner 1177-samtal låg oskyddade på internet", *Läkartidningen* 2019;116:FLAD.

Det har också förekommit i europarätten att dokumentation av vård och behandling i enskilda fall har diskuterats i termer av proportionalitet. I *Chave née Jullien v France* (1991) gällde frågan om det var proportionerligt att behålla patientens dokumentation rörande dennes psykiatriska vård. I detta fall, som inte togs vidare till Europadomstolen, befanns dokumentationen vara tillåtlig då syftet var legitimt, dokumentationen kunde vara i patientens eget intresse och även skyddad av stark sekretess.¹⁶³

---

163 *Chave née Jullien v. France* (14461/88) Europarådets kommission för de mänskliga rättigheterna (1991).

Artikel IV

Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat

Artikel IV, *Kommunal familjerådgivning som allmänning – Ett exempel på polycentrisk reglering*, behandlar framväxten av kommunal familjerådgivning utifrån Elinor Orstroms teori om allmänningar och polycentrisk förvaltning. Artikeln tar sin utgångspunkt i det faktum att legitimerade psykoterapeuter inte förväntas dokumentera sin vård och behandling när de arbetar inom den kommunala familjerådgivningen.

I artikeln kombineras traditionell rättsvetenskaplig metod med en socialkonstruktivistisk ansats. Ur ett internt rättsligt perspektiv står det klart att dokumentationsskyldigheten gäller även för dessa yrkesutövare. Om artikeln skulle stannat vid detta faktum hade det enbart inneburit att ett väsentligt fel i rättsordningen identifierats. Luckor eller oklarheter ska fyllas eller rättas till efter den systematik som följer av rättskälleläran och strävan efter att förfina rätten som ett koherent system. Ur ett monocentriskt perspektiv är det inte möjligt att sätta bindande lagstiftning ur spel med ett myndighetsuttalande. Ändå har detta skett, och verksamheten tycks likväl fungera och fortsätta på detta sätt.

Jag visar i artikeln om den kommunala familjerådgivningen som allmänning ett exempel på att rätten i själva verket är pluralistisk. Om man accepterar rättspluralistiska inslag i rätten, handlar istället frågorna som måste utredas om hur denna ordning vuxit fram och hur det kan komma sig att den uppfattas som legitim. Den förklaring som presenteras i artikeln handlar om hur den kommunala familjerådgivningen under lång tid vuxit fram i samverkan med olika huvudmän och professioner som en hybrid mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Brukarna anses varken vara patienter eller klienter inom socialtjänsten. Artikeln bygger på Orstroms teori om allmänningar som förvaltnings- och styrsystem. Poängen med att använda denna teori är att den visar hur normsystem som fått växa fram organiskt, separat från den övergripande centralistiska rätten, kan fungera nog så väl och vara nog så hållbara och effektiva.

På området för kommunal familjerådgivning sker det alltså ett väsentligt avsteg från legalitetsprincipen och antagandet om en rättslig monometri och enhet. Att acceptera mångfald, inkoherens och motsättningar i rätten förutsätter att synen på vad som är auktoritativa rättskällor förändras. Men rättspluralismen är inte absolut; rätten i sin monistiska form faller alltså inte fullständigt. Pluralismen kan yttra sig i olika sammanhang och i olika utsträckning. Det innebär att rätten kan ses som både öppen i vissa avseenden och sluten i andra. Den monistiska rätten kan stå för stabilitet och samtidigt fungera tillsammans med värdemässig, funktionell och innehållslig pluralism.¹⁶⁴

¹⁶⁴ Håkan Gustafsson och Stellan Vinthagen, "Rättens rörelser och rörelsernas rätt", *Tidskrift för Rättsvetenskap* 123, nr 04-05 (2010): 637-93.

Artikel V

Allmänt om artikelns syfte, metod och resultat

Den femte artikeln bygger vidare på resultaten från artikel fyra om den kommunala familjerådgivningen som allmänning.¹⁶⁵ I artikel fem, *Vi dokumenterar inte!*, beskrivs och diskuteras hur regleringen av legitimerade psykoterapeuters yrkesutövning har växt fram ur ett professionsperspektiv, samt psykoterapeuters erfarenheter av att arbeta på ett polycentriskt fält. Vilka förutsättningar har varit avgörande för framväxten av en profession som är undantagen skyldigheten att dokumentera och hur förhåller sig psykoterapeuterna själva till regleringen rörande dokumentation?

I artikeln kombineras juridisk metod med en intervjuundersökning. Professionsperspektivet innebär att framväxten av psykoterapiprofessionen belyses ur ett fältperspektiv, där framväxten sätts i samband med samtida historiska förutsättningar för yrkesgrupper verksamma på fältet för social integration.

Av artikeln framgår att legitimerade psykoterapeuter verksamma inom den kommunala familjerådgivningen bör ses som ett embryo till en ny profession, där den kommunala familjerådgivningen har konstruerats som en separat jurisdiktion för psykoterapeuterna, som något i grunden annorlunda än socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Gränsdragningarna har gjorts utifrån såväl utbildning och arbetsuppgifter som klienttyp. Arbetsuppgifterna är särskilda gentemot övrig socialtjänst och arbetsuppgiften är koncentrerad till samtal med människor som varken är sjuka eller föremål för någon socialtjänstutredning. Den systemteoretiska inriktningen utgör grunden för det kunskapsföreträde som sammanhör med ställningen som profession.

I rättsligt hänseende består det mest iögonfallande särdraget i att skyldigheten att dokumentera satts ur spel genom ett icke-bindande uttalande från Socialstyrelsen. Detta exempel på en polycentrisk reglering legitimeras genom psykoterapeuternas strävan efter att alla människor ska kunna garanteras ett absolut integritetsskydd, oberoende av status för övrigt. Den pragmatiska lösningen av dokumentationsfrågan ger alltså uttryck för ett starkt professionellt etos.

Intervjuundersökningen

Rekrytering och urval

I artikeln analyseras intervjuer med fyra legitimerade psykoterapeuter. Rekryteringen av informanter inleddes med att jag kontaktade en person som några år tidigare, under en föreläsning på psykoterapeutprogrammet, gjort mig

¹⁶⁵ Lotta Wendel, "Kommunal familjerådgivning som allmänning - Ett exempel på polycentrisk reglering", *Nordisk socialrättslig tidskrift* 17-18 (2018): 165-91.

uppmärksam på den osäkerhet som råder rörande dokumentationsfrågan bland legitimerade psykoterapeuter verksamma inom socialtjänstens öppna verksamhet. Denne kontaktade sedan personer ur sitt professionella nätverk för att förhöra sig om det fanns intresse av att medverka i min undersökning. Vid positivt intresse förmedlades kontakt med mig. Någon informant föll bort då denne huvudsakligen var verksam inom annan del av socialtjänsten.

Rekryteringen har alltså skett genom den praktiska strategin att hitta kontakter som brukar kallas snöbollsmetoden. Metoden kan beskrivas som ett sätt att finna nya informanter genom hänvisningar från kontakter som redan etablerats på det fält som man studerar.¹⁶⁶ Metoden gör det svårt att kontrollera att urvalet av informanter verkligen är lämpligt utifrån studiens frågeställning. I mitt fall har detta inte varit något problem; jag har noga kontrollerat att de tillfrågade informanterna har de erfarenheter jag har efterfrågat. Flera informanter föll bort av detta skäl, trots att intresset att delta i studien var stort, eftersom osäkerheten kring dokumentationsfrågan engagerar psykoterapeuter verksamma inom familjerådgivningen.

Intervjuerna

Artikeln baseras på kvalitativa forskningsintervjuer, syftande till att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening.¹⁶⁷ Intervjuerna har strukturerats efter en översiktlig intervjumall, men jag har lämnat mycket stor frihet för informanterna att själva utveckla teman som de funnit relevanta i sammanhanget. Intervjuerna har alla varit bokade på förhand och skett på olika platser: i universitetets lokaler, på café och hotell. Samtliga platser har framstått som neutrala och allmänna mötesplatser och valts efter att informanten fått välja.

Samtliga intervjuer har varat i drygt en timme. Tre av fyra intervjuer har spelats in och vid samtliga har jag gjort anteckningar under och efter intervjun, både för att minnas vilka frågor jag velat återkomma till och vilka särskilda teman som jag borde uppmärksamma vid den efterföljande analysen. De tre inspelade intervjuerna har transkriberats. Vid den fjärde gjordes särskilt noggranna anteckningar.

Intervjuerna har varit förhållandevis enkla att genomföra, främst för att de inte har berört något som informanterna uppfattat som känsligt eller laddat. I efterhand kan jag tänka att jag inte varit tillräckligt väl förberedd inför dem. Dessa fyra intervjuer är de första forskningsintervjuer jag genomfört. Intervjuerna gjordes i inledningsfasen av arbetet med artikeln och hade förmodligen kunnat

166 Karin Widerberg, *Kvalitativ forskning i praktiken* (Lund: Studentlitteratur, 2002).

167 Steinar Kvale, Svend Brinkmann, och Sven-Erik Torhell, *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Lund: Studentlitteratur, 2014).

fördjupas om den teoretiska bakgrunden till artikeln beforskats grundligare innan intervjuerna genomfördes. Trots detta blev utfallet gott. Informanterna uppvisade ett stort intresse och engagemang för såväl dokumentationsfrågan som för de frågor som rörde psykoterapin som professionellt fält. Frågorna tycktes framstå som mycket relevanta för informanternas praktiska verksamhet.

Bearbetning och analys

De transkriberade intervjuerna respektive anteckningarna från den fjärde intervjun lästes igenom i sin helhet vid upprepade tillfällen. Det främsta syftet var att söka efter gemensamma teman och centrala tankar som flera informanter gav uttryck för. I denna sökning använde jag också de teman som jag noterat redan under enskilda intervjuer för att undersöka om de kom till uttryck även vid andra intervjuer.

Därefter strukturerade jag resultatet efter de teman som fanns i intervjumallen med tillägg för de som informanterna själva gett uttryck för.

Studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet

Frågor om studiens tillförlitlighet handlar om huruvida studien undersöker det som är avsett att undersökas; om den har genomförts på ett godtagbart vis och om frågor och svar är relevanta, tydliga och trovärdiga.¹⁶⁸ I föreliggande studie kan jag inte se någon annat än att tillförlitligheten är oproblematisk. Ämnet har belysts på ett tydligt sätt, det finns inga band mellan mig och informanterna som kan påverka frågorna eller svaren. Ämnet har inte uppfattats som kontroversiellt på något avgörande vis, informanterna har inte behövt förhålla sig till några maktrelationer eller något annat förhållande som kan ha påverkat svaren.

Generaliserbarheten eller överförbarheten, det begrepp som lämpligare används inom kvalitativ forskning, handlar om i vilken utsträckning resultatet är giltigt och representativt för andra grupper eller situationer.¹⁶⁹ Undersökningen bygger inte på något representativt eller slumpmässigt urval. Resultatet från en liten kvalitativ studie som min kan inte generaliseras till andra sammanhang och det har heller inte varit syftet. Det kan likväl vara tillförlitligt. Resultatet från intervjuerna är i linje med den information och diskussion som återfinns på psykoterapeuternas professionella fora och de uppfattningar som framförts när jag träffat legitimerade psykoterapeuter i andra sammanhang, vid undervisning och tillfälliga möten.

---

168 Kvale, Brinkmann, och Torhell.

169 Monica Granskär, Birgitta Höglund-Nielsen, och Berit Lundman, "Kvalitativ innehållsanalys", i *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, red. Monica Granskär och Birgitta Höglund-Nielsen (Lund: Studentlitteratur AB, 2012), 187–96.

Etiska överväganden

Vid intervjuerna har jag iakttagit de fyra huvudkrav som brukar ställas i syfte att tillgodose ett rimligt etiskt skydd för de personer som deltar i forskningsprojekt: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.¹⁷⁰ Informanterna har således fått fullständig information om syftet med intervjuerna och på vilket sätt deras personuppgifter och den insamlade informationen i övrigt kommer att hanteras. De har lämnat sitt samtycke och informerats om rätten att återkalla samtycket när som helst. Den insamlade materialet har enbart använts för den aktuella artikeln och finns på lösenordsskyddad dator som enbart jag har tillgång till.

Undersökningen är inte av sådant slag att någon forskningsetisk prövning varit aktuell.

---

170 Vetenskapsrådet, *Forskningsetiska principer* (Stockholm: Vetenskapsrådet, 2002).

SLUTSATSER OCH FRÅGOR FÖR FRAMTIDEN

Som konstaterades vid genomgången av tidigare forskning ovan saknas i stort sett forskning rörande rättsliga perspektiv på frågor som rör professioners skyldigheter att dokumentera vård och behandling. Denna avhandling fyller en del av denna kunskapslucka.

Hur regleringen rörande skyldigheten att dokumentera patientens vård och behandling har uppstått och vilka överväganden som gjordes i samband med detta behandlas i avhandlingens två inledande artiklar.

Avhandlingens andra artikel – *När läkare blev skyldiga att föra patientjournal. En studie av introduktionen av 1963 års läkarinstruktion* – visar hur den rättsligt reglerade dokumentationsskyldigheten inom hälso- och sjukvården växte fram succesivt, där vissa läkare verksamma inom vissa specialiteter var de första att bli föremål för en sådan skyldighet. Det huvudsakliga syftet med att införa reglerna om skyldighet att föra patientjournal hade inte med patientens vård och behandling att göra. När samtliga läkare med 1963-års läkarinstruktion i realiteten kom att bli skyldiga att föra patientjournal, var syftet inte att åstadkomma en bättre vård och behandling av patienten. Den nya regleringen var istället en anpassning till förändringar i regleringen avseende arkivverksamhet, och patientjournalernas betydelse för administration, utvärdering och forskning var det som stod i centrum. Patientintresset är frapperande osynligt i den rättsliga diskursen och märks enbart i läkares motstånd mot den föreslagna dokumentationsskyldigheten.

Sverige anses vara ett av de länder där styrformen NPM har fått störst genomslag inom offentlig förvaltning.¹⁷¹ Den dokumentstyrning som inbegrips i styrformen brukar i tid placeras till det nyliberala uppsvinget i västvärlden från 1980-talet och framåt.¹⁷² En viktig slutsats i avhandlingen är att formerna för

171 Christopher Pollitt och Geert Bouckaert, *Public management reform: a comparative analysis: new public management, governance, and the neo-Weberian state* (Oxford: Oxford University Press, 2011).

172 Agevall, Jonnergård, och Krantz, *Frihet under ansvar eller ansvar under tillsyn? Om dokumentstyrning av professioner*.

dokumentationsstyrning märks i lagstiftningen betydligt tidigare än så. Det är sannolikt att NPM inte hade kunnat införas lika framgångsrikt utan denna tidiga form av dokumentationskrav vars syfte var att tillgodose administrativa och ekonomiska behov i hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Slutsatsen överensstämmer med resultaten av sådan forskning som behandlat mera allmänna diskurser rörande styrning av hälso- och sjukvård.¹⁷³

Framväxten av dokumentationsskyldigheten för även andra professioner inom hälso- och sjukvården än läkare behandlas i avhandlingens första artikel: *Patientjournalen – för vård och behandling eller styrning och kontroll? En rättshistorisk översikt*. I denna artikel diskuterar jag i vilken utsträckning dokumentationsskyldigheten har betraktats som en inomprofessionell fråga, när regleringen växte fram. I artikeln särskiljs alltså mellan sådan dokumentationsskyldighet som tar sikte direkt på patientens vård och behandling och där professionen förväntas tillämpa sin expertkunskap å ena sidan, och dokumentation som huvudsakligen sker i andra administrativa syften å den andra. När andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården än läkare blev föremål för reglerade dokumentationsskyldigheter, kom dessa främst i uttryck i myndighetsföreskrifter av tillämpningskaraktär och formulerades i en anda av att yrkesutövaren i första hand skulle följa läkares respektive tandläkares anvisningar. Det är oklart i vad mån dessa yrkesgrupper blev skyldiga att dokumentera patientens vård och behandling. I vart fall finns det ingenting i författningens utformning som tyder på att yrkesgrupperna förväntas tillämpa sin professionella expertkunskap. Istället ger regleringens utformning en tydlig beskrivning av semi-professionernas historiskt underordnade ställning inom hälso- och sjukvården.

Regleringen för psykologers journalföring avviker dock här, genom en tydligt konstruerad dokumentationsskyldighet som är självständigt konstruerad i förhållande till ansvarig läkare. I perspektivet av att professioner är verksamma i ett professionellt landskap, betraktas psykologerna som en av flera yrkesgrupper verksamma på fältet för social integration.¹⁷⁴

I avhandlingens fjärde och femte artikel – *Kommunal familjerådgivning som allmänning – Ett exempel på polycentrisk reglering* samt *Vi dokumenterar inte! Vi dokumenterar inte! Om legitimerade psykoterapeuter inom kommunal familjerådgivning*, behandlas en annan grupp på fältet för social integration, nämligen de legitimerade psykoterapeuter som arbetar inom kommunal familjerådgivning. Sammantaget antyder de tre artiklarna att yrkesgrupper på detta fält särbehandlas i regleringshänseende. Både det faktum att psykologers journalföring

173 Hans Hasselbladh, Eva Bejeröth, och Rolf Å Gustafsson, *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård* (Lund: Academia Adacta AB, 2008).

174 Brante, "The professional landscape: The historical development of professions in Sweden".

inledningsvis behandlades som ett uttryck för professionens speciella expertkunskap, som att dokumentationsskyldigheten i praktiken har bortfallit för legitimerade psykoterapeuter inom kommunal familjerådgivning är exempel som stödjer den tanken. Mina resultat rörande den rättsliga regleringen i denna del styrker den forskning som betraktar framväxten av psykoterapi som ett speciellt område i professionshänseende.¹⁷⁵

Att det är fråga om ett starkt och självständigt professionellt fält kan också vara en förklaring till det faktum att dokumentationsskyldigheten bortfallit för de legitimerade psykoterapeuterna inom kommunal familjerådgivning genom ett icke-bindande uttalande från Socialstyrelsen. I avhandlingens fjärde artikel beskrivs detta som ett uttryck för rättslig polycentri; regleringens legitimitet vilar på andra faktorer än myndighetens ställning i förhållande till normgivningsmakten. En sådan legitimitetsgivande faktor kan vara just den starka professionella bas som Socialstyrelsens uttalande förutsätter och vilar på.

I dokumentstyrningen inom hälso- och sjukvården kan också i övrigt märkas motstridiga normer. Min genomgång av tidigare forskning visar att inte minst formerna för dokumentation riskerar att undergräva målet att uppnå en god vård och behandling för patienten. Påbudna former för dokumentation, organisations- och effektivitetsmål samt professionella gränsdragningar och intressen ger alla upphov till andra normer än de som uttrycks i den dokumentationsskyldighet som författningen påbjuder. Dessa motstridiga normer förtjänar fortsatt forskning.

Först med 1984 års patientjournal kom dokumentationen av vård och behandling att bli en allmän skyldighet inom hälso- och sjukvården och från ett patientperspektiv är det slående att patienten betraktas som ett skyddsvärt objekt först vid denna tid. Bara i regleringen av den psykiatriska tvångsvården hade dokumentationens betydelse av rättssäkerhetsgarantier för patienten tidigare uppmärksammas. I avhandlingens tredje artikel – *Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård* – behandlas dokumentationsformens rättsliga konsekvenser för patienterna. I kappan finns också en översiktlig rättssäkerhetsanalys av dokumentationsskyldigheten från ett patientperspektiv. Men dokumentationsskyldighetens formers betydelse för patienten behöver genomlysas ytterligare.

När jag samlade in materialet till avhandlingens tredje artikel fick jag i flera fall vårdplanemallar som enbart tog sikte på barn och underåriga som vårdas inom psykiatrin. Några allmänna mallar tycktes inte finnas i dessa fall. Det visade sig senare att Sveriges kommuner och landsting (SKL) hade presenterat

---

175 Lennart G Svensson och Eva Johnsson, "Social integration as professional field: Psychotherapy in Sweden", *Professions and Professionalism* 3, nr 2 (2013).

utbildningsmaterial och utlyst medel i syfte att förbättra den psykiatriska vården för unga (projektet PSYNK).¹⁷⁶ Konsekvensen av detta var att flera landsting och kommuner valt att helt fokusera på unga och underlåtit att utveckla samverkansmaterial för övriga patienter. Detta kan mycket väl vara en tydlig konsekvens av att vården styrs genom marknadsorienterade organisationsformer.

Om och i så fall hur externa beslut om medelsfördelning tillmätts större betydelse för hur vården utformas och organiseras än lagreglerade skyldigheter för vårdgivare och personal är en viktig fråga. Resultatet av en sådan studie skulle inte minst ha betydelse för hur patientens rättsliga ställning gestaltar sig.

En annan överraskande slutsats vid arbetet med den tredje artikeln var att i flera fall speglade det insamlade materialet inte en uppdelning mellan tvångsvård å ena sidan och vård med samtycke å den andra. En sådan uppdelning framstår som naturlig och rationell ur ett rättsligt perspektiv eftersom den sätter patientens självbestämmande och rättssäkerhet i centrum. Istället visade mallarna för vårdplanering på en uppdelning mellan rättspsykiatrisk vård å ena sidan och all annan psykiatrisk vård å den andra. Det enda skäl jag kan finna till en sådan uppdelning är att den speglar skillnaden mellan vård som huvudsakligen beslutas av domstol och vård som beslutas av läkare. Det är en ologisk uppdelning ur patientens perspektiv, eftersom det materiella innehållet i den öppna tvångsvården: särskilda villkor, samverkansformer etc., regleras med samma regler oavsett var vården beslutas. Ur ett professionsperspektiv är däremot en sådan uppdelning naturlig och den utgör ytterligare ett exempel på att professionella intressen och överväganden påverkar hur författningen i realiteten kommer till uttryck för oss alla, yrkesutövare inom hälso- och sjukvården såväl som patienter.

Den rättsliga regleringen skapar både hinder och möjligheter för hälso- och sjukvårdsorganisationen, professionerna och patienten. Det är viktigt att på djupet analysera hur dokumentationskraven kan implementeras i verksamheten för att fungera optimalt. Hur kan man balansera effektivitetskrav mot den professionella autonomin och rättssäkerhet för patienten? Standardiseringarna sjösätts i en verksamhetskultur där socialt skapade normer påverkar implementeringen. Konsekvenserna av detta samspel bör bli föremål för ytterligare forskning.

---

176 Se <http://www.skil.se/psynk>, åtkomstdatum 7 november 2013.

ENGLISH SUMMARY

This dissertation fills part of the existing knowledge gap regarding the relationship between the legal obligation to document medical care and treatment on the one hand, and the professional practice, conditions and identities of professionals on the other.

The dissertation consists of five sub-projects resulting in research articles. Two relate to the historical emergence of an obligation for physicians and other professions to document medical care and treatment in Swedish healthcare. The fact that the legal obligation for licensed psychotherapists within municipal family counselling to document their interventions has lapsed, even though the legislation clearly prescribes such an obligation, is analysed in two articles. One article concerns how standardized forms of documentation affect the patient's legal position.

The results show that the form of governance known as New Public Management has been preceded by regulations regarding the obligation of documentation, which are clearly intended to meet financial and organizational goals. This may have contributed to the fact Sweden is one of the countries where New Public Management has influenced the public administration the most. Regulation regarding the obligation to document medical care and treatment with the articulated claim to fulfil aims directly related to providing good care and treatment of the patient did not emerge until 1985, when the Patient Journal Act (1985:562) was introduced.

The findings in the dissertation also suggest that professional interests may influence how the obligation to document medical care and treatment is implemented. This may explain the polycentric nature of the regulation regarding licensed psychotherapists' obligation to document interventions in municipal family counselling. Here, the traditionally monistic types of regulation have been

waived, in favour of soft law from the administrative authority in the field: The National Board of Health and Welfare.

Finally, the thesis concludes that the effects of the regulations regarding the obligation to document medical care and treatment, and the forms of implementation of the obligation, are of crucial importance for the patient's legal position. Further research is needed in order to highlight and better understand the processes that are at play when the regulations are enforced and implemented amongst health care professionals. Also, we need to better understand how these processes affect the legal position of the patient as well as her overall experience of being an object of medical care.

POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANFATTNING

Denna avhandling fyller en del av det existerande kunskapsgapet som rör relationen mellan den författningsreglerade skyldigheten att dokumentera medicinsk vård och behandling å ena sidan, och professioners praktik, villkor och identiteter å andra sidan.

Avhandlingen består av fem delprojekt som resulterat i lika många artiklar. I två artiklar behandlas den historiska framväxten av en skyldighet att dokumentera medicinsk vård och behandling för läkare och andra professioner. I två behandlas vidare det faktum att dokumentationsskyldigheten för legitimerade psykoterapeuter inom kommunal familjerådgivning i praktiken har bortfallit, trots att den tydligt framgår av den rättsliga regleringen. En artikel rör slutligen hur standardiserade dokumentationsformer påverkar patientens rättsliga ställning.

Resultaten visar att den form av styrning som kallas New Public Management har föregåtts av regler om dokumentationsskyldighet, som har införts med det tydliga syftet att tillgodose ekonomiska och organisatoriska mål. Detta kan ha bidragit till det faktum att Sverige är ett av de länder där New Public Management har fått starkast fäste i den offentliga förvaltningen. Först när patientjournalagen (1985:562) infördes, kom syftet att tillgodose målet med en god vård och behandling för patienten att bli det centrala i dokumentationsregleringen.

Resultaten i avhandlingen tyder också på att professionernas intressen och ställning kan påverka hur skyldigheten att dokumentera medicinsk vård och behandling implementeras. Detta kan förklara den polycentriska karaktären av normerna rörande legitimerade psykoterapeuters skyldighet att dokumentera interventioner inom kommunala familjerådgivning. Här har den traditionell

monistiska lagstiftningen övergivits, till förmån för soft-law från den centrala förvaltningsmyndigheten, Socialstyrelsen.

En sammanfattande slutsats är att regleringen rörande dokumentationsskyldigheten och hur den hanteras av professionerna har en avgörande betydelse för patientens rättsliga ställning.

Det behövs mera forskning för att belysa och bättre förstå de processer som pågår när författning implementeras i professionernas verksamhet. Hur processerna påverkar såväl patientens erfarenheter av vård och behandling som hennes rättsliga ställning är ytterligare en fråga som behöver belysas.

REFERENSER

Litteratur

- Abbott, Andrew Delano. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1988.
- Agevall, Lena, och Karin Jonnergård. "Management by documents – a risk of de-professionalizing?" I *In Tension Between Organization and Profession. Professionals in Public Service*, redigerad av Carola Aili, Lars-Erik Nilsson, Lennart G Svensson, och Pamela Denicolo, 33–55. Lund: Nordic Academic Press, 2007.
- Agevall, Lena, Karin Jonnergård, och Joakim Krantz. *Frihet under ansvar eller ansvar under tillsyn? Om dokumentstyrning av professioner*. Växjö: Linnaeus University Press, 2017. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1071021/FULLTEXT01.pdf>.
- Ahrne, Göran, och Peter Svensson. "Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen". I *Handbok i kvalitativa metoder*, redigerad av Göran Ahrne och Peter Svensson. Malmö: Liber, 2011.
- Allwood, Carl Martin. "Distinktionen mellan kvalitativ och kvantitativ ansats". I *Kvalitativa metoder i arbetslivsforskning: 24 forskare visar hur och varför*, redigerad av Jitka Lindén, Gunnela Westlander, och Gunnar Karlsson. Uppsala: Rådet för arbetslivsforskning, 1999.
- Andersson, Ulrika. *Hans (ord) eller hennes? En könsteoretisk analys av straffrättsligt skydd mot sexuella övergrepp*. Lund: Bokbox, 2004.
- Angerer, Peter, och Matthias Weigl. "Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review". *Professions and Professionalism* 5, nr 1 (2015). <https://doi.org/10.7577/pp.960>.
- Anskär, Eva. *Time flies in primary care. A study on time utilisation and perceived psychosocial work environment*. Linköping Studies in Health Sciences, Thesis No. 136, 2019. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1302279/FULLTEXT01.pdf>.
- Anskär, Eva, Malou Lindberg, Magnus Falk, och Agneta Andersson. "Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings". *BMC Health Services Research* 18, nr 1 (2018): 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2948-6>.
- Aronsson, Gunnar, Eva Bejerot, och Annika Härenstam. "Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare". *Läkartidningen* 109, nr 48 (2012): 2216–19.

- Arora, Anshul, Ashish Garg, Vrinda Arora, Munaza Rizvi, och Ninad Desai. "National Survey of Pediatric Care Providers: Assessing Time and Impact of Coding and Documentation in Physician Practice". *Clinical Pediatrics* 57, nr 11 (2018): 1300–1303. <https://doi.org/10.1177/0009922818774341>.
- Atwal, Anita, och Kay Caldwell. "Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration?" *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, nr 4 (2002): 360–67. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00101.x>.
- Bejerot, Eva. "Patienten i centrum – ett tvingande styrningsideal". I *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*, redigerad av Hans Hasselbladh, Eva Bejerot, och Rolf Å. Gustafsson, 137–54, 2008.
- Berg, Marc, och Geoffrey Bowker. "The multiple bodies of the medical record: Towards a sociology of an artifact". *Sociological Quarterly* 38, nr 3 (1996): 513–37.
- Berg, Marc, och Paul Harterink. "Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice". *Body & Society* 10, nr 2–3 (2004): 13–41. <https://doi.org/10.1177/1357034x04042931>.
- Beronius, Mats. *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia – eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi*. Symposion bibliotek, 99-0818918-2. Stockholm ; B. Östlings bokförl. Symposion, 1994.
- Bibler Coutin, Susan. *Qualitative Research in Law and Social Sciences*, 2012.
- Böckmann, Britta, och Katja Heiden. "Extracting and transforming clinical guidelines into pathway models for different hospital information systems". *Health Information Science and Systems* 1, nr 1 (2013): 1–8. <https://doi.org/10.1186/2047-2501-1-13>.
- Boex, James R., och Peter J. Leahy. "Understanding residents' work: Moving beyond counting hours to assessing educational value". *Academic Medicine* 78, nr 9 (2003): 939–44. <https://doi.org/10.1097/00001888-200309000-00022>.
- Brante, Thomas. "Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället". Johanneshov: MTM, 2014.
- . "The professional landscape: The historical development of professions in Sweden". *Professions and Professionalism* 3, nr 2. <https://doi.org/10.7577/pp.558>.
- Bringselius, Louise. "Vad är tillitsbaserad styrning och ledning?" I *SOU 2018:38 Styra och leda med tillit. Forskning och praktik*, redigerad av Louise Bringselius, 61–84, 2018.
- Britten, Nicky, Lucy Moore, Doris Lydahl, Oncel Naldemirci, Mark Elam, och Axel Wolf. "Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care". *Health Expectations* 20, nr 3 (2017): 407–18. <https://doi.org/10.1111/hex.12468>.
- Cadieux, Dani C., och Mark Goldszmidt. "It's not just what you know: junior trainees' approach to follow-up and documentation". *Medical Education* 51, nr 8 (2017): 812–25. <https://doi.org/10.1111/medu.13286>.
- Carlsson, Eva, Margareta Ehnfors, och Anna Ehrenberg. "Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties". *Journal of Interprofessional Care* 24, nr 3 (2010): 298–310. <https://doi.org/10.3109/13561820903011976>.

- Cederberg, Jesper. "Miljoner 1177-samtal låg oskyddade på internet". *Läkartidningen*, 2019:116:FLAD.
- Clynch, Neil, och John Kellett. "Medical documentation: Part of the solution, or part of the problem? A narrative review of the literature on the time spent on and value of medical documentation". *International Journal of Medical Informatics* 84, nr 4 (2015): 221–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.12.001>.
- Craig, Barbara L. "Hospital Records and Record-Keeping, c. 1850-c. 1950. Part I: The Development of Records in hospitals". *Archivaria* 29 (1989).
- . "Hospital Records and Record-Keeping, c. 1850-c. 1950. Part II: The Development of Record-Keeping in Hospitals". *Archivaria* 30 (1990).
- Dahm, Marie Fogelberg, och Barbro Wadensten. "Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records - A questionnaire study". *Journal of Clinical Nursing* 17, nr 16 (2008): 2137–45. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02377.x>.
- Dean, Mitchell. *Governmentality: power and rule in modern society*. Thousand Oaks, Calif.:Sage, 2009.
- Einarsdóttir, Torgerdur. *Läkaryrket i förändring: en studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*. Monograph from the Department of Sociology, University of Gothenburg, 1100-3618 ; 63. Göteborg, 1997.
- Ekman, Inger, Karl Swedberg, Charles Taft, Anders Lindseth, Astrid Norberg, Eva Brink, Jane Carlsson, m.fl. "Person-centered care – Ready for prime time". *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10, nr 4 (2011): 248–51. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>.
- Ekman, Stig, Per Thullberg, och Klas Åmark. *Metodövningar i historia: historisk teori, metod och källkritik*. Lund: Studentlitteratur, 1993.
- Erlingsdóttir, Gudbjörg, och Cecilia Lindholm. "When patient empowerment encounters professional autonomy: The conflict and negotiation process of inscribing an eHealth service". *Scandinavian Journal of Public Administration* 19, nr 2 (2015): 27–48. <http://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa/article/view/3142>.
- Fairclough, Norman, och Ruth Wodak. "Critical Discourse Analysis". I *Discourse Studies: A multidisciplinary Introduction*, redigerad av Teun van Dijk, 258–84. London: Sage, 1997.
- Foucault, Michel. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge, 1989.
- . *The history of sexuality Vol. 1 The will to knowledge*. Harmondsworth: Penguin, 1990.
- Foucault, Michel, Graham Burchell, Colin Gordon, och Peter Miller. *The Foucault effect: studies in governmentality: with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1991.
- Frändberg, Åke. "Om rättssäkerhet". *Juridisk tidskrift*, nr 2 (2000): 269–80.

- Fransson, Ola. "Förtroendet för professioner". I *Tillit och förtroende. Ständiga utmaningar för de professionella*, redigerad av Ola Björngren Cuadra, Carin & Fransson. Polen: Gleerups, 2012.
- Gräns, Minna. "Om interaktiv rättsdogmatik". I *Interaktiv rättsvetenskap: en antologi*, redigerad av Minna Gräns och Staffan Westerlund, 59–74. Uppsala: Uppsala universitet, 2006.
- Granskär, Monica, Birgitta Höglund-Nielsen, och Berit Lundman. "Kvalitativ innehållsanalys". I *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, redigerad av Monica Granskär och Birgitta Höglund-Nielsen, 187–96. Lund: Studentlitteratur AB, 2012.
- Gustafsson, Håkan. *Rättens polyvalens: en rättsvetenskaplig studie av sociala rättigheter och rättssäkerhet*. Lund: Sociologiska institutionen, Univ., 2002.
- Gustafsson, Håkan, och Stellan Vinthagen. "Rättens rörelser och rörelsernas rätt". *Tidskrift för Rettsvitenskap* 123, nr 04–05 (2010): 637–93.
- Hacking, Ian. *The Social Construction of What? The President and Fellows of Harvard College*, 1999. <https://larvalsubjects.files.wordpress.com/2011/01/hacking-the-social-construction-of-what2.pdf>.
- Hall, Pippa. "Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers". *Journal of Interprofessional Care* 19, nr SUPPL. 1 (2005): 188–96. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>.
- Hallin, Karin, och Ella Danielson. "Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study". *International Journal of Nursing Studies* 44, nr 7 (2007): 1221–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.011>.
- Hans Hasselbladh, Eva Bejeröth, och Rolf Å Gustafsson. *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta AB, 2008.
- Helmus, Ingrid. "Proportionalitetsprincipen". I *Förvaltningsrättsliga principer*, redigerad av Lena Marcusson. Iustus förlag, 2005.
- Hess, Volker. "Bookkeeping madness. Archives and filing between court and ward". *Rethinking History* 22, nr 3 (2018): 302–25. <https://doi.org/10.1080/13642529.2018.1486958>.
- . "Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725-1830)". *Medizinhistorisches Journal* 45, nr 3–4 (2010): 293–340.
- Hindle, Don, och Anne Marie Yazbeck. "Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey." *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association* 29, nr 1 (2005): 94–104. <https://doi.org/10.1071/AH050094>.
- Höök, Johan. "Integritet och sekretess mellan myndigheter". *Förvaltningsrättslig Tidsskrift*, 2009, 243–58.
- Hunter, Billie, och Jeremy Segrott. "Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways". *International Journal of Nursing Studies* 45, nr 4 (2008): 608–25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.04.001>.

- Jansson, Bengt. "Standardization and expert knowledge". I *World of standards*, redigerad av Nils Brunsson och Nils Jacobsson, 40–49. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Jareborg, Nils. "Rättsdogmatisk som vetenskap". *Svensk juristtidning*, nr 3 (2004): 1–10.
- Jonnergård, Karin, och Joakim Krantz. "Tråkigt på jobbet". *Socialvetenskaplig tidskrift* 3–4 (2017): 261–79.
- Kjønstad, Asbjørn. *Sosial trygghet og rettssikkerhet under sosialtjenesteloven og barnevernloven*. Bergen: Fagbokforl., 2000.
- Kleinman, Jan. "Rättsdogmatisk metod". I *Juridisk metodlära*, redigerad av Fredric Korling och Mauro Zamboni. Lund: Studentlitteratur, 2013.
- Korling, Fredric, och Mauro Zamboni. *Juridisk metodlära*. Lund: Studentlitteratur, 2013.
- Kossmann, Susan P., och Sandra L. Scheidenhelm. "Nurses' perceptions of the impact of electronic health records on work and patient outcomes". *CIN - Computers Informatics Nursing* 26, nr 2 (2008): 69–77. <https://doi.org/10.1097/01.NCN.0000304775.40531.67>.
- Kvale, Steinar, Svend Brinkmann, och Sven-Erik Torhell. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur, 2014.
- Larson, Magali Sarfatti. *The rise of professionalism: monopolies of competence and sheltered markets*. New Brunswick: Transaction Publishers, 2013.
- Lind, Johan. "Högsta domstolen och frågan om doktrin och motiv som rättskälla". *Juridisk tidskrift*, nr 2 (1996/97): 352–370.
- Malmö högskola, fakultetsstyrelsen för Hälsa och samhälle, Hälsa och samhälle Allmän studieplan för utbildning på forskarnivå, Beslut 2015-06-02 Dnr: HS64-2015/1187.
- Marcusson, Lena. "Förvaltningsrättens rättssäkerhetstänkande". *Förvaltningsrättslig tidskrift*, nr 3 (2010): 241–54.
- Molander, Anders, och Lars Inge Terum. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget, 2008.
- Moran, James. "A tale of two bureaucracies: asylum and lunacy law paperwork". *Rethinking History* 22, nr 3 (2018): 419–36. <https://doi.org/10.1080/13642529.2018.1486957>.
- Morén, Stefan. "Dokumentationens roll i socialt arbete – Perspektiv och utvecklingsmöjligheter". *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 4 (1999): 329–42.
- Niklasson, Birgitta, och Jenny de Fine Licht. "Förbättrings- och värdegrundsarbete i hälso- och sjukvård - en fallstudie av Landstinget i Kalmar län". I *SOU 2018:38 Styra och leda med tillit. Forskning och praktik*, redigerad av Louise Bringselius, 85–114, 2018.
- 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, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, 2007.
- Nordgren, Lars. *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Lund studies in economics and management, 0284-5075 ; 77. Lund: Lund Business Press, 2003.
- Nordquist, Richard. "Förarbetenas rättskällestatus – ett historiskt perspektiv". *Juridisk publikation*, nr 1 (2011): 141–47.

- Nordström, Erik, Irene Josephson, Berith Hedberg, och Sofia Kjellström. "Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda?" *Socialvetenskaplig tidskrift* 23, nr 1 (2016): 37–57. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:944371/FULLTEXT01.pdf>.
- Olivares Bøgeskov, Benjamin, och Søserr Lone Smilla Grimshaw-Aagaard. "Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation". *Nordic Journal of Nursing Research* 39, nr 1 (2019): 9–19. <https://doi.org/10.1177/2057158518773906>.
- Olsen, Lena. "Rättsvetenskapliga perspektiv". *Svensk juristtidning*, nr 2 (2004): 105–45.
- Pain, Tilley, Gail Kingston, Janet Askern, Rebecca Smith, Sandra Phillips, och Leanne Bell. "How are allied health notes used for inpatient care and clinical decision-making? A qualitative exploration of the views of doctors, nurses and allied health professionals". *Health Information Management Journal* 46, nr 1 (2017): 23–31. <https://doi.org/10.1177/1833358316664451>.
- Peczenik, Aleksander. "Juridikens allmänna läror". *Svensk juristtidning*, nr 3 (2005): 249–72.
- . "Om den förvaltningsrättsliga forskningen och rättsdogmatiken". *Förvaltningsrättslig Tidsskrift*, nr 2 (1990): 41–52.
- . *Vad är rätt? : om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation*. Institutet för rättsvetenskaplig forskning. Stockholm: Fritze, 1995.
- Petersson, Lena, och Gudbjörg Erlingsdóttir. "Open notes in swedish psychiatric care (part 1): Survey among psychiatric care professionals". *Journal of Medical Internet Research* 20, nr 6 (2018). <https://doi.org/10.2196/10521>.
- . "Professionernas farhågor om införandet av eJournal inom vuxenpsykiatri i Region Skåne", Conferencepaper: NORDPRO konferensen, Lund, 28 oktober 2016.
- Pollitt, Christopher, och Geert Bouckaert. *Public management reform: a comparative analysis: new public management, governance, and the neo-Weberian state*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- Risse, Guenter B., och John Harley Warner. "Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history". *Social History of Medicine* 5, nr 2 (1992): 183–205. <https://doi.org/10.1093/shm/5.2.183>.
- Rose, Nikolas S. "Government and Control". *British Journal of Criminology* 40, nr 2 (01 mars 2000): 321–39. <https://doi.org/10.1093/bjc/40.2.321>.
- . *Powers of freedom reframing political thought*. Cambridge, United Kingdom ; Cambridge University Press, 1999. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511488856>.
- . *The politics of life itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Oxford: Princeton University Press, 2007.
- Rose, Nikolas S, Pat O Malley, och Mariana Valverde. "Governmentality". *Annual Review of Law and Social Science*, vol. 2 (2006): 83–104.
- Rose, Nikolas S, och Peter Miller. "Political power beyond the state: problematics of government". *The British Journal of Sociology* 43, nr 2 (1992): 173–205.

- Sakata, Knewton K., Laurel S. Stephenson, Ashley Mulanax, Jesse Bierman, Karess Mcgrath, Gretchen Scholl, Adrienne McDougal, David T. Bearden, Vishnu Mohan, och Jeffrey A. Gold. "Professional and interprofessional differences in electronic health records use and recognition of safety issues in critically ill patients". *Journal of Interprofessional Care* 30, nr 5 (2016): 636–42. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1193479>.
- Sandén, Ulrika. *Sekretess och tystnadsplikt inom offentlig och privat hälso- och sjukvård: ett skydd för patientens personliga integritet*. Uppsala: Iustus, 2012.
- Sandgren, Claes. "Är rättsdogmatiken dogmatisk?" *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 118, nr 4–5 (2005): 648–56.
- . "Om empiri och rättsvetenskap Del I". *Juridisk tidskrift*, nr 3 (1995): 726–748.
- . "Om empiri och rättsvetenskap Del II". *Juridisk tidskrift*, nr 4 (1995): 1035–1059.
- . "Om teoribildning och rättsvetenskap". *Juridisk tidskrift* 16, nr 2 (2005): 297–333.
- Sciulli, David. "Structural and Institutional Invariance in Professions and Professionalism". I *Sociology of professions. Continental and Anglo-Saxon Traditions*, redigerad av Lennart Svensson och Julia Evetts, 33–74. Borås: Daidalos, 2010.
- Shoolin, J., L. Ozeran, C. Hamann, och W. Bria. "Association of Medical Directors of Information Systems Consensus on Inpatient Electronic Health Record Documentation". *Applied Clinical Informatics* 04, nr 02 (2013): 293–303. <https://doi.org/10.4338/aci-2013-02-r-0012>.
- Skogsås, Bente. "Conflicts and ambivalences: A case study of clinical pathways in Norway". *Journal of Social Work Practice* 25, nr 3 (2011): 335–49. <https://doi.org/10.1080/02650533.2011.597182>.
- Socialstyrelsen. "Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2018.", 2018.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Tidig upptäckt av symtomgivande cancer. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 222*. 2014.
- Statens medicinetiska råd. *Integritet. SMER*. <http://www.smer.se/etik/integritet/>, åtkomstdatum 23 augusti 2019.
- Stertz, Fredrik. "Legalitetsprincipen". I *Förvaltningsrättsliga principer*, redigerad av Lena Marcusson. Uppsala: Iustus förlag, 2005.
- Svensson, Lennart G, och Eva Johnsson. "Social integration as professional field: Psychotherapy in Sweden". *Professions and Professionalism* 3, nr 2 (2013). <https://doi.org/10.7577/pp.559>.
- Svensson, Peter. "Teorins roll i kvalitativ forskning". I *Handbok i kvalitativa metoder*, redigerad av Göran Ahrne och Peter Svensson. Malmö: Liber, 2011.
- Törnqvist, Jeanette, Eva Törnqvist, och Inger Jansson. "Double documentation in electronic health records". *Nordic Journal of Nursing Research* 36, nr 2 (2016): 88–94. <https://doi.org/10.1177/2057158515625368>.
- Törnqvist, Eva, Susan Wilhelmsson, och Lis Karin Wahren. "Electronic nursing documentation in primary health care". *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, nr 3 (2004): 310–17. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00282.x>.

- Torres, Yasaira Rodriguez, Jordan Huang, Melanie Mhlstin, Mark S. Juzych, Heidi Kromrei, och Frank S. Hwang. "The effect of electronic health record software design on resident documentation and compliance with evidence-based medicine". *PLoS ONE* 12, nr 9 (2017): 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185052>.
- Vahlne Westerhäll, Lotta. "Rättsstatliga aspekter på sjukförsäkringsprocessen med betoning på begreppen sjukdom och arbetsoförmåga". *Förvaltningsrättslig Tidskrift*, nr 2 (2012): 201–20.
- Varpio, Lara, Judy Rashotte, Kathy Day, James King, Craig Kuziemy, och Avi Parush. "The EHR and building the patient's story: A qualitative investigation of how EHR use obstructs a vital clinical activity". *International Journal of Medical Informatics* 84, nr 12 (2015): 1019–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.09.004>.
- Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer*, Stockholm: Vetenskapsrådet, 2002.
- Welinder, Carsten. "Något om motivens betydelse för lagtolkning". *Svensk juristtidning*, nr 78–89 (1953): 78–89.
- Wenander, Henrik. "Proportionalitetsprincipen i 2017 års förvaltningslag". *Förvaltningsrättslig tidskrift*, nr 3 (2018): 443–56.
- Wendel, Lotta. "Kommunal familjerådgivning som allmänning - Ett exempel på polycentrisk reglering". *Nordisk socialrättslig tidskrift* 17–18 (2018): 165–91.
- . "Standardiserade dokumentationsformer och rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård". *Förvaltningsrättslig tidskrift*, nr 1 (2015): 62–87.
- . "Vi dokumenterar inte! Vi dokumenterar inte!" *manus*, 2019.
- Widerberg, Karin. *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur, 2002.
- Winther Jørgensen, Marianne, och Louise Phillips. *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage, 2002.
- Wodak, Ruth, och Martin Reisigl. "Discourse and Racism". *The Handbook of Discourse Analysis*. Wiley Online Books, 09 oktober 2015. <https://doi.org/doi:10.1002/9781118584194.ch27>.

Offentligt tryck

- Inrikesdepartementets huvudarkiv, konseljakt 1963-05-10 nr. 57.
- Direktiv 2017:119. Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen
- Proposition 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl., Proposition 2007/08:126 Patientdatalag m.m.
- Proposition 2009/10:80 En reformerad grundlag : betänkande.
- SOU 2006:82. Patientdatalag.
- SOU 2008:3 Skyddet för den personliga integriteten: bedömningar och förslag: slutbetänkande.
- SOU 2015:20. Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. Betänkande av Utredningen om betalningsansvaren.

SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvård.

SOU 2018:47. Med tillit växer handlingsutrymmet - tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.

Rättsfall

Z. v. Finland (22009/93), Europadomstolen (1997).

L.L. v. France, (7508/02), Europadomstolen (2006).

L.H. v. Latvia, (52019/07), Europadomstolen (2014)

Chave née Jullien v France (14461/88) Europarådets kommission för de mänskliga rättigheterna (1991).

Justitieombudsmannen. Dnr 6626-2009 2011-02-18, Kritik mot Socialstyrelsen för utformningen av en blankett för inhämtande av vårdnadshavares samtycke till vaccinering av skolelever mot den s.k. svininfluensan A(H1N1).

Arbetsdomstolen 1994:98. Per B i Örebro mot Läkargruppen Sjukvård i Örebro Aktiebolag.

Kammarrätten i Stockholm. Mål nr 1822-14, 2015-04-02.

Kammarrätten i Stockholm. Mål nr 2389-14, 2015-04-02.

RÅ 1989 ref 125 Förutsättningar för förstöring av patientjournal (I – III).

Övrigt

Vårdguiden 1177. "Din journal".. <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/sa-skyddas-och-hanteras-dina-uppgifter/din-journal/>. Åtkomstdatum 30 april 2019.

Clinical pathways till Sverige. <https://odehammar.wordpress.com/2007/05/15/clinical-pathways-till-sverige/>. Åtkomstdatum 9 juni 2019.

Jeanette om journal via nätet, <https://www.youtube.com/watch?v=QIVGpsJMnO8>. Åtkomstdatum 29 juli 2019.

Sveriges kommuner och landsting, "Uppdrag psykisk hälsa". <http://www.skl.se/psynk>. Åtkomstdatum 7 november 2013.

ORIGINALARTIKLAR I-IV

I

Patientjournalen – för vård och behandling eller styrning och kontroll?

En rättshistorisk översikt.

Inledning

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

Dokumentationen av den enskilde patientens vård och behandling är egentligen något kvalitativt annorlunda än övrig dokumentation, eftersom den är direkt relaterad till och helt avgörande för hälso- och sjukvårdspersonalens praktik. De olika yrkesutövarna kan beskrivas som professioner, det vill säga som centrala och betydelsefulla grupper i samhället där de tillskrivs en särskild roll som förmedlare och tolkare.³ Avgörande för professionens ställning är graden av självstyre. Specialiserat självständigt arbete nära professionens kunskapskärna ger hög status och rutinartade arbetsuppgifter ger låg. Professionsteoretikern Abbott anger dokumentation som ett exempel på en rutinartad arbetsuppgift.⁴ Han fördjupar sig inte i vilken typ av dokumentation som avses. Dokumentation av vård och behandling, som yrkesutövaren helt kontrollerar, borde rimligen vara ett uttryck för status. Dokumentation av vård och behandling är ett sätt att föra

---

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

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

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

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

fram sin professionella särart och företrädare i kunskapshänseende. På detta sätt blir patientens journal ett direkt uttryck för att den som dokumenterar är bärare och tillämpare av en speciell kunskap. Problemet är att dokumentation av vård och behandling inte uppfattas på detta sätt. Istället betraktas denna dokumentation som en del av den allmänna byråkratiska bördan.

Syftet med denna artikel är att undersöka hur skyldigheten att dokumentera vård och behandling har växt fram inom hälso- och sjukvården i Sverige och i vilken utsträckning dokumentationsskyldigheten har betraktats som en inomprofessionell fråga. Artikeln bygger på en kronologisk genomgång av rättslig reglering rörande skyldigheten att föra patientjournal, fram till och med 1985, då journalföring blev en generell lagreglerad skyldighet.⁵

Tidigare forskning

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

Det andra spåret bär en tydlig prägel av Foucault. Här ses främst till innehållet i dokumentation och hur patienter, sjukdomar och samhällsförhållanden skrivs fram där.⁹ I denna anda argumenterar Berg & Bowker för patientjournalens styrka som källmaterial.¹⁰ Berg & Harterink

---

⁵ Patientjournallag (1985:562).

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

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

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

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

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

har analyserat hur patienten förkroppsligas i amerikanska patientjournaler vid 1900-talets början.¹¹ Moran har diskuterat framväxten av regleringen rörande dokumentation vid psykiatriska institutioner i Canada.¹² I Sverige har Beronius använt Foucault för en studie om hur befolkningen framträdde i de rapporter som provinsialläkarna var skyldig att dokumentera och rapportera.¹³

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

De två spåren

Den administrativa förvaltningsstaten börjar byggas under 1600-talet. Sjukvårdsväsendet regleras offentligt genom 1688-års medicinalordningar, där den första ansatsen till reglerad dokumentation inom hälso- och sjukvården bestod av att läkares rätt att förskriva läkemedel etablerades. Tiden utmärktes av professionella strider över olika verksamhetsområden, där rätten att bedriva näring var det som stod på spel. Genom 1688-års medicinalordningar etablerade staten en gräns mellan läkare och apotekare. Den första gruppen skulle ägna sig åt att behandla skador och sjukdomar, medan den andra fick ensamrätt på att bereda och försälja läkemedel. I 1688 års medicinalordningar fastslogs under punkten XXIV att farliga medikamenter enbart fick lämnas ut efter läkares förskrivning. Genom stadgandet etablerades läkarnas fria förskrivningsrätt. Detta första tecken på en reglering av dokumentation av administrativ karaktär, var ett resultat av den hierarkiska ordning mellan olika yrkesgrupper och det företräde för läkare

---

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

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

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

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

som 1688 års medicinalordningar implementerade.¹⁵ Medicinalordningarna innebar att ett offentligt övervakningssystem hade etablerats på hälso- och sjukvårdens område, men någon skyldighet att föra noteringar rörande enskildas patientens vård och behandling inbegreps alltså inte. Den dokumentation som spårats utgjorde små handskrivna anteckningar, endast avsedda som stöd för läkarens eget minne.¹⁶

Under seklet därpå etablerades däremot en särskild roll för läkarna i arbetet att dokumentera befolkningens hälsa och leverne.¹⁷ Från 1755 ålades provinsialläkaren att sända årsrapporter om hälsotillståndet i sitt distrikt till Collegium Medicum. Provinsialläkarnas fortlöpande rapporter var en del i ett större sammanhang av centralförvaltningens informationsinsamling om hälsotillståndet i riket. Provinsialläkarnas skyldighet omfattade att årligen rapportera vilka sjukdomar som förekommit i provinsen, antalet sjuka och avlidna samt redogöra för vilka mediciner som visat sig mest effektiva.¹⁸ I jämförelse med övrig kartläggning av befolkningen menar Beronius att provinsialläkarnas registrering var betydligt mera individuellt präglad. Rapporterna härrörde från direkt observation av enskilda individer och miljöer. Vid registreringen nöjde sig provinsialläkaren inte heller med att se och notera utan rapporterade också att de försökte upplysa och skapa förståelse bland allmogen på det sätt som instruktionen påbjöd.¹⁹ Det var emellertid fortfarande inte fråga om en skyldighet att dokumentera vården av den enskilda patienten.

Den första ansatsen till en norm rörande det andra spåret, dokumentation av den enskilda patientens vård, förlägger Nilsson till Nils Roséns avhandling från 1730 om medicinsk journalskrivning. I avhandlingen förespråkas en helhetssyn och ett fullständighetskrav på den medicinska dokumentationen, baserad på 18 punkter som tar sikte på såväl patientens egna förutsättningar, sjukdomshistoria och behandling, som en generell kartläggning av patientens geografiska omgivning, klimatet, befolkningens levnadssätt och kosthållning. Roséns kriterier är allsidiga och speglar både kårens samhällsuppgift vid tiden – att dokumentera och kategorisera befolkningen i stort – och en helhetssyn på patienten och hans eller hennes individuella

---

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

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

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

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

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

förutsättningar.²⁰ Det är rimligt att anta att Rosén förde ut sin syn på journalföring bland sina studenter på Uppsala universitet, när han senare övertog Linnés professur i medicin där. Det första systematiska journalföringssystemet tycks dock ha introducerats först något decennium senare när Serafimerlasarettet i Stockholm öppnade år 1752.²¹

Dokumentationsskyldigheter vid lasarett och kurhus

Den första författningen gällande dokumentation av hälso- och sjukvård introducerades genom en instruktion för landets länslasarett från 1817.²² Enligt instruktionen blev landets länslasarett i landet skyldiga att dokumentera samtliga patienter i en gemensam rulla. Patienternas hemvist, diagnos, rumsnummer, inskrivningsdag och utskrivningsdag skulle noteras. Anledningen till utskrivningen skulle också noteras; frisk, förbättrad, obotlig eller död. Skyldigheten att dokumenterade ålades sjukvårdsinrättningen, inte enskilda yrkesutövare. I praktiken var det sjukhusets högste tjänsteman, sysslomannen, som hade ansvar för att rullan fördes korrekt och den skulle förvaras på sjukhusets expedition. Dokumentation tog helt sikte på sjukhusets organisatoriska behov och hade lite att göra med den faktiska vården och behandlingen.

År 1864 utfärdades nya instruktioner för direktorer, läkare och sysslomän vid landets lasarett och kurhus.²³ Genom denna författning överlämnades ansvaret för lasaretten på landstingen som inrättats året innan. Avgörande för landstingens inrättade var försöken att reformera den politiska styrningen av den offentliga förvaltningen.²⁴ Den nya regleringen av hälso- och sjukvården hade följaktligen en ekonomisk/administrativ karaktär. 1863 utfärdade Sundhetskollegiet nationella direktiv om standardformulär för sjukjournalerna vid länslasaretten.²⁵ Även detta standardiseringsinitiativ tog sikte på annat än den patientnära vården och behandlingen och syftet

---

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

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

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

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

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

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

tycks istället ha varit att bidra till effektiv ekonomiredovisning och tillförlitlig medicinsk statistik vid lasaretten och i riket i övrigt.²⁶

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

Att författning som reglerade dokumentationen av den patientnära vården saknades betyder inte att sådan dokumentation inte fanns. Nilsson har tvärtom visat att de anvisningar för hur patientens behandling borde dokumenteras som Rosén hade initierat, kom att få stor betydelse för den medicinska praktiken.³⁰ Det finns all anledning att anta att de anteckningar som gjordes inom vården betraktades som en naturlig och självklar del av yrkesutövningen och det än så länge var en del av yrkesutövningen som helt kontrollerades av yrkesutövarna själva.

Dokumentationen av patienters vård och behandling blir enskilda yrkesutövares skyldighet

Först – läkare inom psykiatrin

Den första tydligt bindande regleringen avseende dokumentation av enskilda patienters vård introducerades inom den psykiatriska tvångsvården. Under 1800-talet började de stora statliga sinnessjukhusen ta form och 1858 infördes en stadga för verksamheten där.³¹ I stadgan införs begreppet sinnessjuk och synen på vad som utgör psykisk sjukdom börjar närma sig den som

---

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

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

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

²⁹ Stadgan (1960: 114) angående enskilda sjukhem.

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

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

gällde för fysiska sjukdomar. Stadgan har beskrivits som ett avgörande steg mot en modern lagstiftning i det att rättsliga krav ställdes på själva beslutet om psykiatrisk vård.³²

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

Sedan provinsialläkare

1890 års läkarinstruktion bekräftade den ordning som etablerats redan med 1688 års medicinalordningar, nämligen att behörighet att utöva läkaryrket beslutades av förvaltningsmyndigheten. I 1890 års läkarinstruktion formulerades detta i 55 § som att behörighet tillkom den som avlagt medicinsk licentiatexamen eller av Kungl. Maj:t erhållit särskild tillåtelse att utöva läarkonsten i riket.³³

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

Vad journalen skulle innefatta framgår inte av instruktionen. Fokus låg istället, i såväl 38 § som i instruktionen för övrigt, på administrativ dokumentation. Rapporteringsskyldigheterna till Medicinalstyrelsen och andra myndigheter var omfattande. I 36 § framhålls betydelsen av att alla utlåtanden, intyg och upplysningar som skulle lämnas, skulle vara så fullständiga, tydliga och

---

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

³³ SFS 1890 N:r 58 Kongl. Maj:ts nådiga instruktion för läkare, som äro för helso- och sjukvården inom visst område anstälde, äfvensom för andre som utöfva läkarekonsten.

välgrundade som möjligt. I paragrafen återfinns också ett sekretessbrytande stadgande; provinsialläkare borde äga tillgång till alla handlingar som kunde tjäna som upplysning i ärenden. Av 37 § framgår vad som skulle gälla för det fall patienten själv önskade ett intyg. Paragrafen är formulerad som skyldighet för provinsialläkaren att vara tydlig och att basera intyget på en undersökning av patienten.

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

I den öppna vården fortsatte den enskilde läkaren att ha egen kontroll över dokumentationen över den enskilda patientens vård och behandling. I läkarinstruktionen, såväl som i övrig författning, saknades som framgått ovan, regler om vad som skulle dokumenteras, men även regler rörande hur dokumentationen skulle förvaras, gallras och arkiveras. Dokumentationsskyldigheten var inte heller sanktionerad. Att ställa läkare till svars för bristande dokumentation var alltså vanskligt.

Läkare i öppen vård blir skyldiga att föra patientjournal

Genom 1963 års läkarinstruktion blev samtliga läkare verksamma i den öppna vården individuellt ålagda att föra journal.³⁴ Av förarbetena till instruktionen framgår att den inte primärt syftade till att förbättra förutsättningarna för god vård. Istället var det behovet av anpassningar till arkivregleringen som var den akuta anledningen till den föreslagna journalföringsskyldigheten. Det var alltså rent administrativa intressen som var avgörande. Utredarna bakom förslaget till läkarinstruktion beskrev tidens patientjournaler som svåröverskådliga och kortfattade diagnoser till stöd för läkarens minne, helt individuellt utformade.³⁵

Bland läkarna var motståndet starkt mot en obligatorisk journalföringsskyldighet. Det framfördes att man var osäker över om uppgifterna i en journal verkligen skulle ha ordentligt sekretesskydd.

---

³⁴ Allmänna läkarinstruktionen (1963:341).

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

Det uppgavs också förekomma att patienter inte önskade att deras vård och behandling skulle dokumenteras, att patienter lämnade uppgifter som inte lämpade sig för journalföring och att patienter skulle undvika att söka hjälp hos läkare om journalföringen blev obligatorisk. Detta argument betonades särskilt från läkare verksamma inom psykiatri.³⁶

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

Övriga professioners skyldigheter att dokumentera vård och behandling växer fram

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

Framöver började Medicinalstyrelsen och senare Socialstyrelsen utfärda föreskrifter som riktade sig mot dessa professioner och inbegrep någon form av dokumentationsskyldighet. Barnmorskor förväntades genomföra vissa medicinska arbetsuppgifter, men först 1955 ålades barnmorskor en

---

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

³⁷ Lotta Wendel, "När läkare blev skyldiga att föra patientjournal. En studie av introduktionen av 1963 års läkarinstruktion.", under utgivning i *Arkiv, Samhälle och Forskning*, 2019.

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

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

skyldighet att dokumentera vård och behandling.⁴⁰ Denna skyldighet utsträcktes decenniet därpå till att omfatta även distriktssköterskor med utbildning i förebyggande mödravård.⁴¹ För distriktssköterskan gällde det att ”över sin verksamhet föra dagbok enligt av Medicinalstyrelsen fastställt formulär”⁴². Det är oklart hur patientnära dessa anteckningar förväntades vara. Tandhygienister och tandsköterskor blev skyldiga att dokumentera sin vård och behandling under 1981 och här talades uttryckligen om en skyldighet att föra journal.⁴³

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

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

---

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

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

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

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

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

Dokumentation av vård och behandling blir en allmän skyldighet

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

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

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

---

⁴⁵ Patientjournalag (1985:562).

⁴⁶ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

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

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

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

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

Sammanfattande slutsatser

Fram till 1963 års läkarinstruktion överlämnades frågan om vad patientjournalen närmre skulle innehålla helt till den enskilda behandlande läkaren. Den reglering som fanns tog sikte på sådan dokumentation som hade med den administrativa styrningen av hälso- och sjukvården att göra. Läkarna protesterade kraftigt mot att införa en generell skyldighet att föra patientjournal. De anförde det var en fråga som professionen själv borde råda över och att skyldigheten riskerade att skada de patienter som inte ville att deras vård skulle dokumenteras. När dokumentationsskyldigheter började synas i författning för andra yrkesutövare inom hälso- och sjukvården, kom dessa främst i uttryck i myndighetsföreskrifter av tillämpningskaraktär. Regleringen för psykologers journalföring avviker dock här, genom en tydligt konstruerad dokumentationsskyldighet som är självständigt konstruerad i förhållande till ansvarig läkare.

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

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

III

LOTTA WENDEL

När läkare blev skyldiga att föra patientjournal. En studie av introduktionen av 1963 års läkarinstruktion.

I artikeln analyseras förarbetena inför 1963 års läkarinstruktion med fokus på vilka argument som användes för och emot förslaget att göra journalföring av patienters vård och behandling till en obligatorisk uppgift för läkare. Argumenten sätts i relation till styrningen av dokumentation inom hälso- och sjukvården, som den uppfattas idag.

Inledning

När den allmänna läkarinstruktionen (1963:341) infördes kom journalföring att i praktiken bli obligatorisk för samtliga läkare. Framväxten av en generell skyldighet för läkare att föra patientjournal har ett nära samband med de överväganden som ledde fram till allmänna arkivstadgan (1961:590) och därtill hörande gallringsreglering. Den växande offentliga förvaltningen och den dokumentation som följde därav hade medfört stora utrymmesproblem. Samtidigt växte insikten

om dokumentationens betydelse. Allmänna arkivstadgan ersatte sju äldre författningar och innebar ett helhetsgrepp på frågan om vilka handlingar inom det offentliga som skulle gallras och vilka som skulle bevaras. Riksarkivet blev den centrala förvaltningsmyndigheten och landsarkiven tillsynsmyndigheter.¹ Arkivstadgan byggde på principen om att varje gallringsbestämmelse var ett undantag och endast det som i författning uttryckligen var gallringsbart fick utgallras.² Vad som skulle gallras ut skulle bedömas utifrån handlingarnas rättsliga betydelse, deras betydelse för administrationen/verksamheten samt deras värde för forskningen.³

Idag regleras journalföringen i patientdatalag (2008:355). Där framhålls att patientjournalens främsta syfte är att bidra till en god och säker vård av patienten, men att den även är en informationskälla för patienten, viktig för uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt för forskning. Dessa intressen ska tillgodoses samtidigt som patientens rätt till integritet ska skyddas.⁴ I dagens lagstiftning samsas alltså såväl dokumentation som har med vård och behandling av den enskilda patienten att göra, som dokumentation som berör administration av hälso- och sjukvård.

Förarbetena inför 1963 års läkarinstruktion speglar i detta avseende en brytningstid. Fram till dess var dokumentation av vård och behandling en medicinsk fråga som läkarna själva rådde över. Vid införandet av 1963 års läkarinstruktion försökte läkarna själva hålla fast vid ställningen som en stark och autonom yrkesutövare medan lagstiftaren istället betonade läkarens roll som en av flera länkar i den offentliga förvaltningen. Patienten är påtagligt frånvarande i denna kraftmätning.

1. Ulrika Geijer & Håkan Lövblad, *Arkivlagen: en kommentar*. Norstedts juridik. Stockholm 2018.

2. Allmänna arkivstadgan (1961:590) 15 §.

3. Lars Nilsson, ”Gallringsfrågan”, *Arkiv, samhälle och forskning* 1970:1, s 16–29.

4. Patientdatalag (2008:355) 3 kap. 2 §.

Offentlig styrning och kontroll över den medicinska journalen är idag en helt avgörande förutsättning för den styrform som kommit att kallas för New Public Management, som innebär ökad dokumentation för utvärdering, och mätande av prestation och effektivitet.⁵ Sverige anses vara ett av de länder där styrformen fått störst inflytande över offentlig förvaltning.⁶ Inte minst därför är det särskilt intressant att undersöka hur den obligatoriska skyldigheten att föra patientjournal konstituerades.

Syfte och frågeställningar

Den historiska framväxten av en skyldighet att dokumentera vård och behandling av patienter har inte tidigare varit föremål för forskning och syftet med denna artikel är att belysa hur skyldigheten att föra patientjournal utvecklades mot ett obligatorium för läkare. Framförallt undersöks hur läkare och lagstiftare talar om patientjournalen och skyldigheten att föra sådan. Vilken betydelse tillskrivs patientjournalens rättsliga, verksamhetsmässiga och forskningsmässiga betydelse? Frågorna undersöks hur introduktionen av en journalföringsskyldighet ter sig ur ett professionsperspektiv. Det innebär en undersökning av hur läkarna som profession förhöll sig till förslaget om obligatorisk journalföring: på vilka sätt försökte man ta kontroll över frågan och normbildningen på området? Vilken syn hade professionen på patientens journal och vilka syften skulle den användas för?

Materialet är av traditionellt rättsvetenskapligt snitt och består alltså av relevanta rättskällor: författning och förarbeten. Den centrala

5. Julia Evetts, "A new professionalism? challenges and opportunities", *Current Sociology* 2011:4, s. 406–22; Johan Alvehus & Thomas Andersson, *Styrning och professionellt inflytande i offentliga organisationer. Sveriges kommuner och landsting*, Stockholm 2017; Andreas Liljegren & Karolina Parding, "Ändrad styrning av välfärdsprofessioner - exemplet evidensbaserad i socialt arbete", *Socialvetenskaplig tidskrift* 2010:3, s. 270–88.

6. Christopher Pollitt & Geert Bouckaert, *Public management reform: a comparative analysis: new public management, governance, and the neo-Weberian state*, Oxford University Press, Oxford 2011.

brytpunkten består av införandet av den allmänna läkarinstruktionen (1963:341), då obligatorisk journalföring för första gången diskuterades och behandlades som en rättslig fråga. Vid genomgång av materialet används en övergripande diskursanalys.⁷ Här innebär det att vilka argument, berättelser och beskrivningar som var gångbara vid tidpunkten, undersöks på ett övergripande plan i syfte att få en föreställning av processerna bakom produktionen av de diskursiva ramarna.⁸ Införandet av 1963 års läkarinstruktion uppfattas här som ett diskursivt brott, det vill säga en punkt där en diskurs får företräde framför en annan.⁹

Vid undersökningen av diskurserna vid införandet av 1963 års läkarinstruktion läggs mycket stor vikt vid studiet av förarbetena till denna instruktion. De består av korta departementspromemorior och remissyttranden från olika intresseorganisationer och myndigheter. Alltsammans återfinns i konseljaktens.¹⁰ Förarbetena till 1963 års läkarinstruktion har, såvitt kunnat utrönas, inte tidigare varit föremål för forskning.

Tiden före 1963 års läkarinstruktion behandlas översiktligt. Denna del av artikeln bygger på information som funnits i senare förarbeten, men även sekundärlitteratur om den medicinska dokumentationens historia används.¹¹ Efter att 1963 års läkarinstruktion infördes skedde sedan inga

7. Karin Widerberg, *Kvalitativ forskning i praktiken*, Studentlitteratur, Lund 2002.

8. Mats Börjesson & Eva Palmblad, *Diskursanalys i praktiken*, Liber. Malmö 2007, s. 11.

9. Diskursbegreppet används för att beskriva hur något representeras i språket. Begreppet används inte som ett teoretiskt begrepp, utan som ett analytiskt verktyg. Winther, Jørgensen och Phillips definierar diskurs som ”en entydig fixering av betydelse inom ett bestämt område”. Den betydelse som vid varje tillfälle uppfattas som den ”sanna” och ”riktiga” kan sägas uppnå hegemoni. Se Marianne Winther Jørgensen, Louise Phillips & Sven-Erik Torhell, *Diskursanalys som teori och metod*. Studentlitteratur. Lund 2000, s. 39 och 134.

10. Inrikesdepartementets huvudarkiv, konseljaktens 1963-05-10 nr. 57, Riksarkivet.

11. Se framförallt Inga Nilsson, *Medicinsk dokumentation genom tiderna: en studie av den svenska patientjournalens utveckling under 1700-talet, 1800-talet*

större rättsliga förändringar innan tillkomsten av patientjournalagen (1985:562). De grundläggande syftena med denna reform beskrivs som de kommer till uttryck i rättskällorna.

Professionsperspektivet

Med professioner avses yrken som utför tjänster vilka är baserade på teoretisk kunskap förvärvad genom specialiserade utbildningar.¹² Professioner uppfattas som centrala och betydelsefulla grupper i samhället där de tillskrivs en särskild roll som förmedlare och tolkare. Professioner är alltså samtidigt ett uttryck för en särskild expert-kultur, som de är ett sätt att fylla behovet av viss kunskap.¹³

Sociologen Andrew Abbott har särskilt intresserat sig för hur professioner uppstår och etableras i förhållande till andra yrkesgrupper. Potentiellt kan ofta flera yrkesgrupper utföra vissa arbetsuppgifter och i professionaliseringsprocessen ingår ofta att etablera kontroll över ett verksamhetsområde. Abbott kallar det kontrollerade området för jurisdiktion. Denna institutionaliseras genom att professionen erhåller ensam kontroll över vissa avgränsade arbetsuppgifter. I den mån en profession har etablerat en egen jurisdiktion kan professionen sägas vara en politiskt konstituerad yrkesgrupp. Yrkesgruppen har tillerkänts sin ställning på grundval av förtroende för gruppens kompetens, lämplighet och goda intentioner.¹⁴

Dokumentation av hälso- och sjukvård har en särställning i förtroendehänseende. Den som har makten över dokumentationen har också

---

och 1900-talet. Enheten för medicinens historia, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, Lund 2007.

12. Anders Molander & Lars Inge Terum, Profesjonsstudier, Universitetsforlaget, Oslo 2008.

13. Molander & Terum, s. 14 ff.

14. Andrew Delano Abbott, The system of professions: an essay on the division of expert labor. University of Chicago Press. Chicago 1988; Molander & Terum, Profesjonsstudier; Ola Fransson, "Förtroendet för professioner", i Carin Björngren Cuadra & Ola Fransson (red), Tillit och förtroende. Ständiga utmaningar för de professionella, Gleerups, Malmö 2012.

möjlighet att kontrollera vilket avtryck som verksamheten lämnar efter sig. Jurisdiktionen över den medicinska dokumentationen är alltså central för möjligheten att påverka utövarnas professionella ställning. Reglering som begränsar möjligheten att dokumentera efter eget skön begränsar således den professionella autonomin.

Länge handlade studiet av professioner om att identifiera vilka egenskaper som kännetecknade dessa till skillnad från andra yrkesgrupper. En sådan egenskap, vilken ofta beskrivs som ett avgörande karaktäristikum, är professionens närhet till teoretisk kunskap, inte enbart avseende insikt i en viss vetenskap utan också i kontrollen över tillämpningen av densamma.¹⁵ Professionerna uppfattas rent av som de huvudsakliga bärarna och tillämparna av vetenskaplig kunskap.¹⁶ I enlighet med detta synsätt blir medicinsk dokumentation också en dokumentation av professionens speciella förhållande till medicinsk vetenskap. Patientjournalens konkreta innehåll är ett direkt uttryck för den medicinska praktiken. Journalen är ett arbetsredskap, men också ett sätt att förevisa den medicinska praktiken. Reglering som stadgar formerna för och innehållet i dokumentationen, innebär följaktligen också att möjligheten att förevisa sin professionella kunskapskärna begränsas för yrkesutövarna.

För Abbott utmärks alltså professionen främst genom hur den lyckas dominera och kontrollera vissa kunskapsfält eller jurisdiktioner. Konkurrensen mellan olika professioner visar sig i konflikter om vad som ska falla inom respektive jurisdiktion och var gränserna mellan dessa ska dras. Inom jurisdiktionen kan det finnas underordnade

15. Abbott, David Sciulli, "Structural and Institutional Invariance in Professions and Professionalism", i Lennart Svensson & Julia Evetts (red), *Sociology of professions. Continental and Anglo-Saxon Traditions*, Daidalos, Borås 2010, s. 33–74; Thomas Brante, *Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*, Liber, Stockholm 2014.

16. Thomas Brante, "State Formations and the Historical Take-off of Continental Professional Types: the Case of Sweden", i Lennart Svensson & Julia Evetts (red), *Sociology of professions. Continental and Anglo-Saxon Traditions*, Daidalos, Borås 2010, s. 75–122.

grupper, som tillsammans med professionen upprätthåller ett komplext mönster av maktrelationer.¹⁷

Jurisdiktionen kan också ha fått ett rättsligt erkännande, genom att professionen tillerkänts legala monopol på vissa typer av titlar, anställningar eller arbetsuppgifter. Abbott, som har studerat flera professioner i en anglosaxisk kontext, menar att jurisdiktioner kommer till uttryck i flera olika dimensioner, varav den rättsliga är en. I den rättsliga dimensionen kan jurisdiktionen utmanas på tre sätt: i författningshänseende, i domstolarna samt slutligen, i administrativt och organisatoriskt avseende.¹⁸ Dispyter över en jurisdiktion kan lösas på flera sätt: en profession kan få full jurisdiktion, en annan grupp kan tillerkännas en underordnad roll. Jurisdiktionen kan också delas upp, efter gränser som kopplas till utbildning, arbetsuppgifter, klienttyp eller något annat.¹⁹

En utgångspunkt för denna artikel har varit att skillnader mellan olika grupper av läkare bör beaktas. Medan en provinsialläkare arbetade självständigt och i en miljö som främjade långvariga personliga kontakter med patienterna gällde det motsatta för en läkare verksam inom den slutna kroppssjukvården. Rimligen hade detta konsekvenser också för hur man uppfattade journalföringen. Det finns alltså anledning att studera olika läkargrupperns professionella strävanden var för sig. Enligt Abbott visar sig en professions interna differentiering på fyra sätt: Intern stratifiering (statusskillnader), differentierat klientel, skillnader i arbetets organisering samt skillnader avseende karriärmönster. Uttrycken är inte exkluderande, tvärtom samverkar och förstärker de varandra. Analytiskt är det dock värdefullt att separera dem.²⁰

17. Abbott.

18. Abbott, s. 63-66.

19. Abbott, s. 69 ff.

20. Abbotts tematisering har gjorts utifrån amerikanska förhållanden, dvs med läkare som professionella yrkesutövare på en marknad. Systematiseringen fungerar likväl för att skilja mellan olika medicinska specialiteter i professionshänseende. Karriärmönster kommer inte att beröras vidare här. Se Abbott; Torgerdur Einarsdóttir, *Läkaryrket i förändring: en studie av den medicinska professionens*

Den interna stratifieringen inom en profession kännetecknas inledningsvis av att de som arbetar centralt i den renaste professionella miljön också har högst status. Abbott använder renhetsmetaforen på två sätt. Dels handlar det om graden av inomprofessionell verksamhet runt om yrkesutövaren. Ju mer kontakter med andra yrkesgrupper och klienter en yrkesutövare har, desto lägre inomprofessionell status.²¹ Med detta synsätt applicerat på mitt material hamnar tjänsteläkarna, alltså provinsial- och stadsläkarna, vilka arbetade ensamma, nära patientklientelet och delvis med administrativa uppgifter, i underordnad ställning. Sjukhusläkarna är placerade i en professionellt renare miljö, där det hela tiden erbjuds kontakt med kollegor. Överst finns den läkare som har ledningsfunktion inom sjukhusvården.

Larson har beskrivit motsvarande konkurrens om status mellan generalister och specialister, där specialisterna avgick med segern, framförallt efterhand som sjukhusvården byggts ut.²²

Den andra betydelsen av renhetsmetaforen tar sikte på vilken patientkategori yrkesutövaren möter. Professionella som är verksamma på institutioner vilka är avsedda för grupper med traditionellt låg status får också en inomprofessionell låg status. Exempel på sådana grupper är psykiskt sjuka och kriminella.²³ Applicerat på mitt material har alltså läkare verksamma på psykiatriska inrättningar lägre status än övriga sjukhusläkare, låt vara att professionen likväl har högt anseende i samhället för övrigt.

Differentierat klientel påverkar även yrkesutövarens interna stratifiering. Yrkesutövares status inte bara påverkas av verksamheten vid den institution man är verksam vid, utan differentieras ytterligare

---

heterogenisering och könsdifferentiering. Monograph from the Department of Sociology, University of Gothenburg. Göteborg 1997, s. 21-25.

21. Abbott, s. 118.

22. Magali Sarfatti Larson, *The rise of professionalism : monopolies of competence and sheltered markets*. Transaction Publishers. New Brunswick (1977) 2013, s. 160-165.

23. Abbott, s. 20-21.

och enligt Abbot i högre grad, av klienteletts närmare sammansättning. Yrkesutövarens status påverkas av om klienterna är välutbildade och välorganiserade, om var och av vem tjänsterna efterfrågas och hur den individuella klienten förhåller sig till yrkesutövarens kunskapsbas. Ju färre kompromisser i den professionella kunskapen som måste göras, desto högre status bland kollegorna.²⁴

Med skillnaderna i arbetets organisering avser Abbot en rad olika faktorer. Är det fråga om verksamhet som oberoende profession eller som anställd, är yrkesutövaren verksam i en organisation som styrs av professionen själv eller kontrolleras arbetet av andra? Den viktigaste faktorn avseende arbetets organisering är dock skillnaden mellan rutinartade arbetsuppgifter å ena sidan och specialiserade arbetsuppgifter å den andra. Som exempel på rutinartade medicinska arbetsuppgifter nämner Abbott intressant nog, utöver injektioner och sårrengöring, även dokumentationen av patientens berättelse.²⁵

Medicinsk dokumentation - historisk bakgrund

Den initiala regleringen av läkarnas verksamhet hänger nära samman med uppbyggnaden av den svenska staten från 1600-talet och framåt. Perioden fram till 1850-talet har kallats pre-professionell, och utmärks av att den medicinska praktiken inledningsvis är oreglerad, oorganiserad och heterogen, till att alltmera bli föremål för reglering och centraliserad styrning.²⁶ Regleringen av medicinsk dokumentation förändrades på motsvarande sätt från att inledningsvis helt vara en fråga för den enskilde läkaren, till att omfattas av allt mera detaljerad offentlig kontroll.

Vid 1700-talets mitt ålades provinsialläkaren att sända årsrapporter om hälsotillståndet i sitt distrikt till den centrala förvaltningsmyndigheten. I de årliga berättelserna beskrevs vilka sjukdomar som förekommit

24. Abbott, s. 122-124.

25. Abbott, s. 126.

26. Carina Carlhed, "The rise of the professional field of medicine in Sweden", *Professions and Professionalism* 2013:2.

inom läkarens verksamhetsområde, antalet sjuka och avlidna samt vilken behandling som visat sig mest effektiv. Även om rapporterna kunde innehålla uppgifter om enskilda, var det inte fråga om en skyldighet att dokumentera vården av enskilda patienter.²⁷ Den läkardokumentation av enskildas vård och behandling som spårats utgjorde små handskrivna anteckningar, endast avsedda som stöd för läkarens eget minne.²⁸

Det första kända samlade ansatsen rörande dokumentation av vården av enskilda patienter har tillskrivits Nils Rosén (senare adlad Rosén von Rosenstein), som år 1730 disputerade på en avhandling om medicinsk journalskrivning. Avhandlingen framstår som inspirerad av Carl von Linnés systematiseringsprojekt och Rosén återvände senare till Uppsala där han kom att efterträda Linnés professur i medicin. I sin avhandling framhöll Rosén betydelsen av att dokumentationen av patientens vård är fullständig; halvdana och ofullständiga beskrivningar gör mera skada än nytta, menade han. För att råda bot på detta presenterade Rosén en lista med 18 punkter som han menade varje läkare borde följa.²⁹

Roséns kriterier är allsidiga och tar sikte på såväl patientens egna förutsättningar, sjukdomshistoria och behandling, som en generell kartläggning av patientens geografiska omgivning, klimatet, befolkningens levnadssätt och kosthållning. Kriterierna speglar alltså både kårens samhällsuppgift vid tiden – att dokumentera och kategorisera befolkningen i stort – och en helhetssyn på patienten och hans eller hennes individuella förutsättningar. Syftet med dokumentationen enligt kriterierna

27. Mats Beronius, *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia - eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi*, Brutus Östlings bokförlag Symposion bibliotek, Stockholm 1994; Sten Landahl, ”Provinsialläkarnas årsberättelser i medicinalstyrelsens arkiv. Några anteckningar om det äldre beståndet”, i *Archivistica et Mediavistica*. Eernesto Nygren Oblata, Stockholm 1956; Anna Prestjān, ”State’s Medical Experts in Local Practice: Provincial Doctors View of Themselves as Public Health Promoters: an Example from the Swedish Countryside, 1880-1920”, *Hygiea Internationalis* 2010:1, s. 98–113.

28. Inga Nilsson & Peter Nilsson, ”Medicinsk dokumentation genom tiderna”, *Läkartidningen* 2003:51–52. s. 4304–4306.

29. Nilsson & Nilsson; Nilsson.

är emellertid även professionellt. Rosén riktar sig till kollegorna och beskriver syftena i vi-form; Vi lär oss särskilja sjukdomar som är svåra att hålla isär för varandra, Vi avslöjar orsakerna till dem, Vi förmår säkrare och bättre bilda oss en uppfattning om sjukdomens utgång, Vi upptäcker läkemedlens verkan och vi förvärvar en vana att använda desamma med klokhet. Rosén avslutar med förhoppningen att läkarna ska höja sin konst till en sådan grad av säkerhet, att den inte står tillbaka för någon annan vetenskap.³⁰

Nilsson & Nilsson framhåller att dessa kriterier har präglat journalföringen också under de följande århundradena.³¹

Roséns kriterier för god journalföring tog alltså sikte på dokumentation av den patientnära vården och utvecklingen av en professionell samsyn avseende denna. Fortfarande fanns det ingen offentlig reglering som tog sikte på denna typ utav dokumentation. Dokumentation som sammahörde med sjukhusens övergripande administration kom dock att introduceras under det kommande seklet. Det första systematiska system för dokumentation av detta slag tycks dock ha introducerats när Serafimerlasarettet i Stockholm öppnade år 1752.³² Vid landets länslasarett infördes vidare år 1817 en skyldighet att dokumentera samtliga patienter i en gemensam rulla.³³ Patienternas hemvist skulle noteras, diagnos, rumsnummer, inskrivningsdag och utskrivningsdag. Anledningen till utskrivningen skulle också noteras; Frisk, förbättrad, obotlig eller död. Det var sysslomannen som hade ansvar för att denna rulla fördes och den skulle förvaras på expeditionen.³⁴

Sysslomannen var sjukhusets högsta tjänsteman. Alla som var verksamma på sjukhuset och som inte deltog i vården av patienter

30. Kriterier och syften beskrivs av Nilsson & Nilsson. Tolkningen är författarens.

31. Nilsson & Nilsson.

32. Nilsson, s. 45 ff.

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

34. Ibid.

var underställda honom.³⁵ Den dokumentation av patientuppgifter som föreskrevs i regleringen för länslasaretten betraktades alltså överhuvudtaget inte som en medicinsk fråga. Det är tveksamt om uppgiften att dokumentera heller närmade sig den medicinska professionen då sundhetskollegiet år 1863 utfärdade nationella direktiv om standardformulär för patientdokumentationen vid länslasaretten.³⁶ Nilsson menar att såväl detta standardiseringsinitiativ som det som tidigare introducerats vid serafimerlasarettet, i första hand tog sikte på annat än den patientnära vården och behandlingen. För dokumentationen vid Serafimerlasarettet var ekonomiredovisningen det centrala och sundhetskollegiet tycks i första hand haft behovet av medicinsk statistik för handen när man konstruerade sitt standardformulär.³⁷

Det centrala standardformulär, vars första version presenterats av sundhetskollegiet år 1863, kom att implementeras rättsligt först genom en ändring i lasaretsstadgan år 1901, vilken förpliktigade lasaretten att utöver de tidigare uppgifterna i patientrullan, föra sjukjournal, operationsjournal och obduktionsjournal i enlighet med vad Medicinalstyrelsen föreskrev.³⁸ Ett par decennier senare kom samma skyldighet att föra patientjournal inom den psykiatriska vården att läggas överläkarna.³⁹

35. NEO samt Sysslomannen – Långbro sjukhus. <http://langbrosjukhus.se/sysslomannen-pa-langbro-sjukhus/>. 2019-01-30.

36. Formulär nr 25, Formulär för sjukjournal. Utfärdat av Kungliga Sundhets. Collegium den 13 april 1863.

37. Nilsson, s. 74 ff.

38. Svensk författningssamling 1901 nr 83. Kongl. Maj:ts Nådiga lasaretsstadga; gifven Stockholms slott den 18 Oktober 1901. I kap 1§ p 11. Konstruktionen med en skyldighet för sjukhusen att dokumentera i enlighet med vad den centrala förvaltningsmyndigheten föreskrev behölls i den senare sjukhusstadgan. Se sjukhusstadgan SFS 1959:494, 35§.

39. Stadgan för sinnessjukvården SFS 1929:328.

Introduktionen av en generell skyldighet att föra patientjournal

Översynen av läkares skyldigheter föranleddes av att landstingen skulle bli huvudman för hälso- och sjukvården år 1963. När landstingen hade inrättats år 1862 var inte syftet att dessa skulle ha hand om hälso- och sjukvård. Landstingens tillkomst var istället en del av ett större statsrättsligt reformarbete där landstingen ansågs tillgodose ett behov av ett parlamentariskt organ på länsnivå. Först vid inrättandets slutskede kom lasarettsväsendet att bli en landstingsfråga.⁴⁰ Landstingens åliggande att bedriva sjukvård lagfästes först i 1928 års sjukhuslag och även den reglering som följde därpå var det otydligt hur långt skyldigheten sträckte sig och vad den egentligen innefattade. I 1959 års sjukhuslag kom åliggandet att preciseras som en skyldighet att ombesörja sjukhusvård, för alla bosatta inom landstingskommunen, i den mån ingen annan huvudman erbjöd sådan vård. 1959 års sjukhuslag innebar även att gemensamma regler rörande landstingens organisation infördes och att den statliga tillsynen och kontrollen över landstingens verksamhet underlättades.⁴¹ Detta medförde i sin tur att behovet av en enhetlig och överskådlig dokumentationen inom sjukvården uppmärksammades.

Vid denna tid hade den medicinska praktiken etablerats som profession, med såväl en stark legitimitet för den vetenskapliga kunskap som professionen kontrollerade som en välorganiserad professionell organisation och i övrigt stark ställning.⁴² Men att anpassa landstingen för hälso- och sjukvårdsuppgiften innebar att de organisatoriska förutsättningarna för de olika läkarspecialiteterna förändrades. Främst märktes detta för tjänsteläkarna: provinsialläkare och stadsläkare, vilka skulle överföras från staten till landstingen. Såväl provinsialläkare som

40. Rolf Å Gustafsson, Traditionernas ok: den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv. Esselte studium. Solna 1987..

41. Lotta Vahlne Westerhäll, Den starka statens fall?: en rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000. Norstedts juridik, Stockholm 2002, s. 386-394.

42. Carlhed.

stadsläkare var allmänläkare och tillhandahöll vård inom sitt geografiska område. Specialistvården var istället koncentrerad till landstingens sjukhus. När sjukhusväsendet hade expanderat under efterkrigstiden hade tjänsteläkarväsendet försvagats i motsvarande mån. Tjänsteläkarnas arbete var hårt och isolerat med omfattande jourpass, eftersom dessa läkare oftast var ensamt ansvariga för sjukvården inom sitt distrikt. Unga läkare föredrog tjänster vid det expansiva sjukhusväsendet och patienternas förtroende för sjukhusvården kom också att öka, på bekostnad av den vård som tjänsteläkarna erbjöd.⁴³ Att år 1963 överföra ansvaret för tjänsteläkarna till landstingen var ett försök att lösa den uppkomna situationen. Provinsialläkarmottagningarna kom att rustas upp och man övergick även till mottagningar med två eller flera läkare. Förändringen genomfördes trots ett kraftigt motstånd från de statligt anställda sjukhusläkarna, som befarade att deras villkor skulle försämrats.⁴⁴ När samtliga offentligt anställda läkare kom att få samma huvudman, ansågs det naturligt att se över om regleringen av de olika grupperna kunde förändras till ett mera uniformt regelsystem.

Regleringen av dokumentationsskyldigheten hanterades i två steg. Först uppmärksammades provinsialläkarnas och den dåvarande läkarinstruktionen justerades till att inkludera en skyldighet för provinsialläkare att föra journal. Strax därefter beslöts att hela läkarinstruktionen skulle ses över och den nya läkarinstruktionen kom att innehålla ytterligare bestämmelser rörande dokumentation och hantering av arkivhandlingar. De två stegen behandlas i det följande.

Provinsialläkarnas dokumentation uppmärksammas

I slutet av 1950-talet utsåg Riksarkivet och Medicinalstyrelsen två utredare, vilka skulle utreda frågan om provinsialläkarnas diarieföring, arkivbildning och arkivvård samt därtill hörande förhållanden.

43. Per G Swartling, "Den svenska allmänmedicinens historia", *Läkartidningen* 2006:24, s. 1950–1953.

44. Swartling.

År 1959 var utredningen klar.⁴⁵ Den omedelbara anledningen till översynen hade inte med vård och behandling att göra. Istället var det byråkratin som skulle moderniseras. Att utredarna var tjänstemän vid de båda förvaltningsmyndigheterna Riksarkivet och Medicinalstyrelsen förstärker intrycket av att utredningen skulle tillgodose den offentliga förvaltningens behov, snarare än sådana som rörde vården av individuella patienter. Den dåvarande läkarinstruktionen från 1930 innehöll inte några allmänna skyldigheter för enskilda läkare att föra journal över vård och behandling av patienter.⁴⁶ Den faktiska journalföring som förekom skedde istället på läkarens eget initiativ och anteckningarna var något som denne själv kontrollerade. Det fanns visserligen allmänna skyldigheter om att journal skulle föras inom den slutna vården, men dessa skyldigheter var formulerade som åligganden för sjukvårdsanstalten och tog sikte på ekonomisk administration och medicinsk statistik.⁴⁷

Provinsialläkarnas handlingar omfattades inte heller av den då gällande arkivstadgan (1946:427) och detta skulle avhjälpas med utredarnas förslag, som innebar dels att provinsialläkare skulle föra journaler i den öppna vården på samma sätt som gjordes vid lasaretten samt dels att upprättade handlingar skulle betraktas som arkivhandlingar och hanteras på samma sätt som övriga offentliga arkivhandlingar. Förslaget innebar att 38 § i 1930 års läkarsinstruktion skulle få en ny lydelse:

1. Av provinsialläkare skola föras

a) diarium över inkommande och utgående handlingar

b) koncept (kopior) till avlätna skrivelser samt

c) journaler över behandlade patienter.

Diarium, koncept och journaler som avser ärenden rörande könssjukdomar skola föras särskilt.

45. R. Swedlund & Gösta Cedergren, V.P.M. angående provinsialläkarnas arkiv, juli 1959, Konseljakt 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

46. Allmän läkarinstruktion utfärdad den 19 december 1930:442.

47. Inrikesdepartementets framställning angående provinsialläkarnas arkiv. Dnr M1112, Konseljakt 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Medicinalstyrelsen äga fastställa formulär till diarium och journaler.

2. Vid provinsialläkares avgång skall det till tjänsten hörande arkivet överlämnas till efterträdaren eller den som under vakans uppehåller tjänsten. Därest provinsialläkare, som avgått från tjänsten, bedriver fortsatt läkarverksamhet i orten, må han dock under tid som första provinsialläkaren bestämmer förfoga över honom i tjänsten förda journaler, under förutsättning att han på begäran låter den tjänstgörande provinsialläkaren taga del av desamma.

Står provinsialläkartjänst obesatt, ankommer på första provinsialläkaren att tillse, att arkivet förvaras på betryggande sätt.⁴⁸

Begreppet journal definierades varken i utredningen eller i lagförslaget, men man tycks ha haft såväl läkares medicinska anteckningar som mera administrativa noteringar i åtanke.⁴⁹ Utredarna gjorde en allmän bedömning av hur läkarnas patientjournaler såg ut i landet och beskrev dem som oordnade och helt individuellt utformade minnesanteckningar, inkluderande kortfattade diagnoser. De bedömde att anteckningarna var svåra att bearbeta vetenskapligt. Som ett första steg i att bringa ordning i denna mängd av personliga minnesanteckningar borde en allmän utsortering, en avställning, organiseras. Den blev säkerligen besvärlig, menade utredarna, men var alldeles nödvändig.

Förslaget rörande avställning tog helt och hållet sikte på att anteckningarna rörande patienten skulle bli lätta att organisera och hantera. Provinsialläkarna föreslogs bli skyldiga att föra patientjournal på kort som skulle tillhandahållas av Medicinalstyrelsen. Korten skulle indelas i tre grupper: allmänna journalkort, journalkort för myndigheternas personalläkare (verksläkare) samt kort för patienter med könssjukdomar. Journalkorten kunde ordnas efter namn eller födelsedatum. Avlidnas kort skulle avställas och om korten organiserades efter födelsedatum skulle årligen 80-åringars kort avställas. Om korten ordnades efter

48. Ibid.

49. Begreppet journal definierades i lagtext först när patientjournallagen (1985:562) infördes. Se Proposition 1984/85:189 om patientjournallag m.m.

namn skulle korten för personer som flyttat från distriktet avställas, så snart flytten blev känd för provinsialläkaren. Dessutom skulle samtliga journalkort gås igenom vart femte år och kort för patienter som inte besökt läkaren under tio år skulle då avställas. De avställda korten skulle förvaras årsvis i särskilda lådor.

Utöver patienternas journaler omfattade provinsialläkarnas arkiv en rad olika handlingar. Med dagens reglering skulle en stor del av dessa handlingar räknas som delar av patientens journal.⁵⁰ Det gäller bland annat sådan förteckning över fosterbarn som provinsialläkare skulle hålla enligt lag om fosterbarnsvård den 6 juni 1902 (nr 63) och lag om samhällets barnavård och ungdomsskydd den 6 juni 1924 (nr 361) samt sådana uppgifter om enskilda som pastorer var skyldiga att lämna till provinsialläkare enligt stadgan angående sinnessjukvården (1929 nr 328). Journaler över ympningar ställdes också vid sidan av patientjournalerna av utredarna.

Utredarna betonade att för att säkra den allmänna förvaltningens och forskningens behov, måste provinsialläkarnas omfattande och otidsenliga handlingar gallras och omhändertas av landsarkiven för en trygg förvaring.⁵¹

Själva utgallringen skulle sedan ske tio år räknat från utgången av det år, under vilken patienten avlidit, fyllt 80 år eller avflyttat från distriktet eller 20 år från utgången av det år, under vilket patienten sista gången besökt läkaren. För arkivens fortlevnad föreslogs även att provinsialläkare som lämnade sina tjänster skulle bli skyldiga att överlämna arkivet till efterträdare eller om detta inte var möjligt komma överens med landsarkivet om annan förvaring.

50. Se 1 kap 3 § patientdatalag (2008:355), där en journalhandling definieras som: Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av patient och som innehåller uppgifter om patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.

51. Inrikesdepartementets framställning angående provinsialläkarnas arkiv. Dnr M1112, Konseljakt 1963-05-10, nr. 57, Riksarkivet.

Svenska provinsialläkarföreningen kommenterade utredningen i ett remissvar.⁵² Föreningen motsatte sig mycket av den registrering och administration som föreslogs; uppgifterna dokumenterades redan på andra håll, menade man, eller så det borde räcka med de uppgifter som framgick av årsberättelserna rörande hälsoläget i provinsen, som läkarna redan var skyldiga att upprätta.

I synnerhet när det gällde uppfattning om vad en patientjournal är, hade föreningen en annan uppfattning än utredarna. ”Utredningsmännen synes utgå ifrån att av provinsialläkaren förda journalerna är arkivhandling”, skriver provinsialläkarföreningen som istället menar att bestämmelserna om det är oklara. De hänvisar till att endast journaler avseende könssjukdomar uttryckligen benämns som arkivhandlingar i den dåvarande läkarinstruktionen. Föreningen framhåller också särskilt tidens ledande doktrin, Bastmans Medicinalförfattningar från 1950, där patientjournalen inte betraktades som en arkivhandling, utan som läkarens enskilda minnesbok.

Provinsialläkarföreningens framhöll att patientjournalen borde uppfattas som en del i läkarens professionella verktygslåda och även som läkarens personliga egendom. Varje läkare borde också fortsättningsvis få dokumentera patientens vård efter individuellt skön, hur svår läsbara och otydliga den än kunde vara. Varje läkare skulle ha rätt att lägga upp journalföringen som man önskade och några rigorösa bestämmelser rörande journalföring borde inte införas. Föreningen var också negativ till att läkare skulle behöva avhända sig journalerna till eventuella efterträdare. Provinsialläkare borde istället få behålla sina journalkort så länge man önskade.

Sveriges läkarförbundet instämde med provinsialläkarnas bedömning och yrkade särskilt på att provinsialläkare skulle behålla rätten att alltid disponera journalerna och styra över deras utformning.⁵³

52. Svenska Provinsialläkarföreningen, Till Kungl. Medicinalstyrelsen, Yttrande över P.M. angående provinsialläkarnas arkiv, april 1959, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

53. Sveriges läkarförbund, Remissvar över P.M. angående provinsialläkarnas

Medicinalstyrelsen avrådde från förslaget om att journalerna regelmässigt skulle överlämnas till provinsialläkares efterträdare. Så länge en provinsialläkare önskade behålla journalerna och den tillträdande läkarens arbete inte förhindrades, borde företrädaren få handha dem så länge han önskade. Det finns ingen anledning att påskynda journalernas återgående till arkivet, menade styrelsen.⁵⁴

Vid det efterföljande regeringssammanträdet den 6/6 1961 tycks lagstiftaren ha tagit intryck av de kritiska remissvaren. Resultatet av utredningen blev alltså att 38 § läkarinstruktionen kom att inkludera en skyldighet för provinsialläkare att föra journal, men läkarnas möjligheter att behålla journalerna som sina egna inskränktes inte.

I regeringsprotokollet gjordes också en marginalanteckning om att den nya arkivstadgan förväntades träda i kraft den 1/1 1962. De närmare föreskrifterna rörande gallring fick vänta till denna stadga hade trätt i kraft. Riksarkivet kom senare samma år att med stöd av arkivstadgan besluta att journalerna i provinsialläkarnas arkiv från och med årgång 1890 skulle gallras enligt följande: journaler över behandlade patienter tio år efter att patienten avlidit, flyttat från läkarens distrikt eller uppnått 80 år, eller tjugo år efter det att patienten senast besökt läkaren. Föreskrifterna gällde under förutsättning att det inte fanns speciella skäl att bevara handlingarna under längre tid.⁵⁵

1963 års läkarinstruktion

Att provinsialläkarna hade blivit skyldiga att föra patientjournal bedömdes emellertid inte tillräckligt. Andra läkare i öppenvården hade fortfarande ingen sådan skyldighet. Detta föranledde tillsammans med förändringar som hade med det förändrade huvudmannskapet för hälso- och sjukvården att göra, en allmän översyn av läkarinstruktionen.

arkiv, 12 september 1960, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

54. Medicinalstyrelsens underdåniga skrivelse ang provinsialläkarnas arkiv, inte daterad, Konseljaktens 1963-05-10, nr. 57, Riksarkivet.

55. Riksarkivets gallringsbeslut nr 7 (1962), tryckt i Medicinalförfattningar 34/1962.

I och med detta kom journalföringsfrågan att utredas på nytt. Förslaget till ny allmän läkarinstruktion bereddes vid inrikesdepartementet.⁵⁶

Utgångspunkten för förslaget var ett behov av enhetliga bestämmelser, en enhetlig disposition och generella allmänna skyldigheter. Man ville, så långt det var möjligt, frångå systemet med särlagstiftning för olika subspecialiteter och befattningar bland läkarna och istället hitta ett mera unisont sätt att reglera professionen på. Att huvudmannaskapet hade överförts till landstingen hade också aktualiserat behovet av nya och tydligare regler för Medicinalstyrelsens tillsyn.

Inrikesdepartementet menade att det var en påtaglig brist att det fortfarande inte fanns någon generell skyldighet att föra journal inom övrig öppen vård, vare sig för organisationer eller för de som arbetade vid dessa. Korrekt journalföring bedömdes vara en betydelsefull förutsättning för att god vård skulle kunna ges och korrekta intyg och uppgifter förmedlas. Journalanteckningar förutsattes också vara nödvändiga vid utredning av disciplinärenden.

Utredarna föreslog att en 4 § skulle införas i den nya läkarinstruktionen där varje läkare, vare sig han var anställd eller enskilt utövade läkaryrket, skulle åläggas att för patient i öppen vård föra journal i enlighet med de anvisningar som meddelades av Medicinalstyrelsen.

Skyldigheten skulle sanktioneras på samma sätt som övriga skyldigheter i den föreslagna instruktionen, vilket reglerades i förslagets 12 § och innebar att om en läkare handlade i strid mot sina åligganden, skulle denne dömas till dagsböter, såvida inte förseelsen var straffbelagd enligt annan författning.

Förslaget togs på mera omfattande remissrunda än det tidigare förslaget som enbart gällde provinsialläkares journalföring. Merparten av instanserna tillstyrkte inledningsvis förslaget om obligatorisk journalföring. Medicinalstyrelsen framhöll att det var en anmärkningsvärd brist att skyldighet att föra patientjournal inte redan fanns trots att journalskrivning får anses höra till god läkarvård.

56. Inrikesdepartementet rättsavdelningen, PM med förslag till ny allmän läkarinstruktion, Dnr 3523/62, 6.11.62, Konseljakt 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Polismästaren i Stockholm och andra myndigheter från rättsväsendet var också odelat positiva. Journalerna bedömdes vara helt nödvändiga vid utredningar av brott mot narkotikalagstiftningen och myndigheterna efterlyste detaljerade anvisningar från Medicinalstyrelsen om hur journal skulle föras, så att nödvändig information verkligen fanns i journalerna.⁵⁷

Övriga remissinstansers yttrande uttrycker avsevärda förbehåll. Medicinalstyrelsen ville undanta de fall från journalföringsskyldigheten då vården inte tillhandahölls yrkesmässigt, exempelvis då vård gavs i nödsituationer eller vid informella familjesammanhang. Enligt styrelsen var det rent av tveksamt om en patient-läkare-situation överhuvudtaget hade uppkommit i dessa situationer. Medicinalstyrelsen framhöll också att det fanns situationer där personer i behov av psykiatrisk vård ställt som villkor för undersökning och behandling att journal överhuvudtaget inte fördes. I sådana fall borde inte en formell skyldighet komma i vägen för behövlig vård och behandling. Det är tydligt av remissutlåtandet att Medicinalstyrelsen betraktade journalföringsplikten som en fråga myndigheten borde besluta om och kontrollera. Styrelsen föreslog också att regleringen av journalföringsskyldigheten skulle modifieras med följande tillägg: ”att beträffande patient i öppenvård föra journal i den omfattning och i enlighet med de anvisningar i övrigt som meddelas av Medicinalstyrelsen”.⁵⁸

Även från Sveriges läkarförbund uttrycktes betydande tveksamhet gentemot den föreslagna journalföringsplikten. Förbundet kunde se betydelsen av en skyldighet att föra journal och framhöll att i praktiken gjorde redan praktiskt taget samtliga läkare minnesanteckningar över lämnad vård och behandling. Någon skyldighet ville man däremot inte se. Förbundet använde sekretessen som skäl för sin hållning. Om patienten uppfattade att den enskilda läkaren hade en ovillkorlig skyldighet att föra patientjournal, som i förekommande fall i en eller annan form kunde

57. Inrikesdepartementet, Sammanställning över remissyttranden över PM med förslag till allmän läkarinstruktion, Konseljakt 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

58. Ibid.

komma att utnyttjas mot patienten och kränka den sekretess som denne med rätta skulle kunna räkna med, kunde det medföra att patienten rent av underlät att söka vård. Det förekom också, enligt förbundet, att patienten bestämt uttalade att hon eller han inte önskade att journal skulle föras och ställde detta som krav för konsultation. Läkarförbundet uppgav att det var en situation som enskilt praktiserande psykiatriker ofta ställdes inför och förbundet menade också att mycket av det som patienten yppade vore direkt olämpligt att anteckna i en journal.⁵⁹

Sveriges läkarförbund ansåg generellt att bestämmelser om journalföring och arkivhantering överhuvudtaget inte borde fattas på någon högre normgivningsnivå, i detta fall regeringsnivå. Istället var det alldeles tillräckligt om det uppdrogs åt Medicinalstyrelsen att efter samråd med läkarförbundet meddela de rekommendationer och anvisningar som eventuellt kunde anses behövliga. Man ville försäkra sig om en flexibel skyldighet att föra patientjournal, med omfattande möjligheter för läkaren själv att göra undantag. Den föreslagna regleringen uppfattade man som alltför dominerad av syftet att underlätta den disciplinära tillsynen av läkare.⁶⁰

I remissrundan inkom också ett yttrande från Svenska psykiatriska föreningen, som sände en kommentar angående förslaget till läkarinstruktion på eget initiativ.⁶¹ I yttrandet diskuteras inte journalföringsplikten vidare, istället utvecklade den psykiatriska föreningen motsvarande tankar som Läkarförbundet, fast nu avseende eventuell skyldighet att skriva intyg och lämna uppgifter till myndigheter. Bland psykiatrikerna fanns starka farhågor om att patienterna inte skulle komma att vända sig till dem med förtroende om den information

59. Ibid. Läkarförbundet begärde en egen överläggning med inrikesdepartementet så att, som man uttrycker det, frågorna blir ordentligt belysta. I marginalen till denna skrivning har någon kommenterat önskemålet med ett stort rött utropstecken. Ingenting i konseljakten tyder på att ett sådant möte kommit till stånd.

60. Ibid.

61. Svenska psykiatriska föreningen, Yttrande över förslaget till allmän läkarinstruktion, 20 maj 1963, Konseljakten 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

de lämnade kunde tänkas föras vidare. Förtroendeförhållandet mellan patient och läkare beskrevs som en av grundstenarna i behandlingen. Uppgiftsskyldigheter kunde allvarligt skada denna relation och därmed även möjligheten att effektivt hjälpa den vårdsökande människan. Den psykiatriska föreningen föreslog därför att uppgifts- och intygsskyldighet enbart skulle gälla i den utsträckning som Medicinalstyrelsen föreskrev. Att reglera dessa frågor på en högre normgivningsnivå utan möjlighet att göra vissa undantag skulle leda till att ett avsevärt antal patienter skulle avskräckas från att vända sig till läkare, menade medlemmarna i den Svenska psykiatriska föreningen. Psykiatrikerna vände sig också mot att olika sub-professioner skulle regleras på ett likartat vis. En generell uppgifts- och intygsskyldighet tog inte hänsyn till läkarnas olika institutionella miljöer. Inom psykiatrin borde patienterna kunna garanteras att inga uppgifter lämnades ut.

I den allmänna läkarinstruktion som trädde i kraft 1963 infördes i 4 § p 2 den bestämmelse som ursprungligen föreslagits, nämligen att beträffande varje patient i öppen vård skulle varje läkare, vare sig anställd eller enskilt verksam, föra journal i enlighet med de anvisningar som meddelades av Medicinalstyrelsen.

Varken Sveriges läkarförbund eller Svenska psykiatriska föreningen fick alltså gehör för sina viktigaste synpunkter. Resultatet blev att samtliga läkare i praktiken blev skyldiga att föra journal över vård och behandling. Det var dock enbart för läkare som vårdade patienter i öppen vård som detta författningsreglerades som ett direkt personligt åliggande. För läkare verksamma inom den slutna vården följde motsvarande skyldighet av avtal eller på grundval av ett delegerat ansvar. Enligt paragrafens lydelse skulle dock skyldigheten uppfyllas i enlighet med Medicinalstyrelsens närmre anvisningar. Det innebar att det konkreta innehållet i skyldigheten fortfarande kom att domineras av en myndighet där läkarprofessionen hade ett avgörande inflytande.

Patientjournalerna och gallringsfrågan efter 1963 års läkarinstruktion

Av en utredning från 1960-talets slut framgår att gallringsfrågan fortsatte att vara ett problem.⁶² De gallringsregler som införts några år tidigare för provinsialläkare var minimiregler om hur länge journalerna skulle sparas och det hade visat sig att någon utgallring i realiteten knappast skedde. I praktiken valde alltså provinsialläkare att behålla journalerna. Några regler för utgallring av patientjournaler i den slutna vården fanns överhuvudtaget inte. Utredningen hade tillsatts för att dokumentationen inom hälso- och sjukvården växte i mycket stor omfattning. Lagstiftaren ville hitta en enhetlig lösning på arkivproblemet och försäkra sig om att arkivbildningen och arkivvården skedde på ett omsorgsfullt sätt.

I utredningen om arkiven inom hälso- och sjukvården redovisas en intressant undersökning bland landets läkare. Eventuella gallringsbestämmelser skulle baseras på överväganden utifrån handlingarnas rättsliga betydelse, deras betydelse för administrationen/verksamheten samt deras värde för forskningen. En enkätundersökning bland landets läkare genomfördes i syfte att få en bild av läkares uppfattning om patientjournalernas betydelse i dessa avseenden. Enkäten sändes till överläkare vid tre universitetskliniker, samtliga regionsjukhus och centrallasarett, elva mindre lasarett, läkare vid tre sjukstugor, två sanatorier, fem fristående sjukhus för långvarigt sjuka, en socialläkare, en läkare vid centralstyrelse för vård och undervisning av psykiskt utvecklingsstörda samt slutligen några läkare med erfarenhet av medicinhistorisk forskning. Av 525 tillfrågade läkare svarade 338.⁶³

Undersökningens resultat kan läsas som kraftfull argumentation för patientjournalernas medicinska betydelse och att de bör uppfattas som något läkaren själv råder över. Journalernas betydelse ur rättslig synpunkt bedömdes vara liten och kortvarig. Överhuvudtaget ifrågasattes vad det rättsliga intresset innebar. Betydelsen ur medicinsk och i

62. SOU 1968:53 Arkiv inom hälso- och sjukvård.

63. SOU 1968:53, s. 37-40.

synnerhet vetenskapligt perspektiv ansågs däremot vara långvarigt, för en del läkare så långvarigt att journalerna överhuvudtaget inte borde gallras. Drygt hälften av dem som besvarade enkäten menade att journalerna borde behållas för all framtid. Ett par av läkarna som har denna uppfattning motiverar den kraftfullt: "... journalerna innehåller skatter av vetande om vår tids människor. Ingen tid ska någonsin ha haft ett sådant underlag för fortsatta studier av människosläktets utveckling. Det vore ansvarslöst att göra sig av med detta material." En annan läkare är av den uppfattning att en utgallring av journalmaterialet borde jämföras med "vad som gjordes efter 1527 års riksdag, när den rena evangeliska läran infördes i landet, när klostren stängdes, munkarna fördrevs och alla gamla böcker brändes. Följden av detta blev att vi i stort sett saknar handskrifter från den äldre medeltiden."⁶⁴

Det talas inte längre om patientjournalerna som läkarens personliga egendom i denna utredning. Men den kraftfulla diskursen mot någon utgallring överhuvudtaget tyder på en stark uppfattning bland läkare av en rätt till dessa handlingar.

1985 år patientjournallag

Först genom införandet av patientjournalagen (1985:562) (PjL) kom skyldigheten att föra patientjournal att bli ett personligt åliggande för samtliga läkare, och dessutom för all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Integritetsskyddet var en central utgångspunkt när patientdatalagens föregångare, patientjournalagen (1985:562), infördes 1986.⁶⁵ Men den initiala anledningen till reformen var, intressant nog, densamma som för översynen av läkarinstruktionen, nämligen en propå från riksarkivet om behovet av en översyn av arkiv- och gallringsbestämmelserna.⁶⁶ Målsättningen vid konstruktionen av

64. SOU 1968:53, s. 42.

65. Rikard Friberg von Sydow, "Patientjournalen mellan integritet och datorisering", Arkiv, samhälle och forskning 2017:1, s. 6–26.

66. SOU 1984:73, Patientjournalagen: Huvudbetänkande av journalutredningen, s. 25.

regleringen var annars att tillgodose de vid tiden allt mera framträdande kraven på en starkare ställning för patienten. Lagstiftaren avsåg att följa den utvecklingslinje som man menade hade inletts med införandet av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och möta patientens intresse av en god och säker vård liksom patientens integritets- och rättssäkerhetsintressen.⁶⁷ Denna övergripande hänsyn märks inte minst i att journalen i lagstiftningen började benämnas *patientjournalen*.

I propositionen beskriver lagstiftaren att det finns nya förväntningar på personalens beteende och att den tidigare rollfördelningen, där patientens beteende förväntades kännetecknas av passivitet och läkarens av auktoritet, inte längre var aktuell. Med patientjournallagen avsåg lagstiftaren istället att tillgodose behovet av en mer jämbördig rollfördelning mellan patient och personal.⁶⁸

I förarbetena till patientjournallagen märks inte längre enskilda yrkesutövares vilja att skydda patientens integritet, exempelvis genom att motarbeta en skyldighet att dokumentera känsliga uppgifter om patienten. Vid denna tid var det istället självklart att uttrycka respekt för patientens ställning direkt i lagstiftningen, som exempelvis kravet på att innehållet ska föras med respekt för patienten (4 § patientjournalagen) eller som legalt utkrävbara rättigheter som rätten att ta del av sin journal (10-11 §§ patientjournalagen). Läkares, såväl som andra yrkesgruppers professionella intressen, kom överhuvudtaget inte till uttryck i förarbetena. Professionernas intresse var helt enkelt inte längre en fråga som hade något uttryckligt diskursivt liv där.

Dokumentationsskyldighet och profession - Två diskursiva teman

På ett övergripande plan tycks diskurserna i förarbetena till 1963 års läkarinstruktion präglas av två olika teman som är i konflikt och samspel med varandra i olika avseenden. Det första rör frågan om hur långt läkarens autonomi skulle sträcka sig. Dokumentation av vård och behandling ansågs i enlighet med detta tema vara en självklar del

67. Direktiv 1980:76 Patientjournal m.m.

68. Proposition 1984/85:189, s. 9-10.

av läkarens personligt disponerade verktygslåda och av detta följde en självklar äganderätt. I argumenten för att bevara kontrollen över journalen åberopades om och om igen att en obligatorisk journalföringsplikt riskerade att skada en förtroendefull relation med patienten. Detta tema var starkast bland läkare som var verksamma utanför institutionerna, som provinsialläkare eller privatpraktiserande psykiatriker. De arbetade självständigt med långvariga patientkontakter och såg som sin hippokratiskt grundade uppgift att skydda patienten på ett paternalistiskt vis. Det innebar bland annat att dessa läkare ansåg att skyddet för patienten var starkare om läkaren tilläts bevara sina personliga minnesanteckningar efter eget skön så länge han önskade, än om generella dokumentationsbestämmelser och gallringsregler infördes.

Det andra temat präglas av en vision om att hälso- och sjukvården skulle organiseras som andra offentliga verksamheter, med en effektiv förvaltningsrationalitet. Här argumenterades för att journalen borde föras på särskilda standardiserade kort och att särreglering för subspecialiteter var till nackdel för en ändamålsenlig dokumentation och arkivering. I dessa argument är läkaren en opersonlig och utbytbar del i hälso- och sjukvårdsbyråkratin.

Genomgående är patienten osynlig, som något annat än motiv för läkarens starka autonomi.

Journalen – från administration till medicinsk dokumentation

I ett historiskt perspektiv är det tydligt att regleringen av journalen gått från att vara en administrativ uppgift som omfattades av lasarettens ansvar, till att med patientjournallagens införande 1985 helt och hållet vara ett åliggande för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Skyldigheten kom också att förändras från att ha omfattat främst organisatoriska frågor till att även inkludera den rent medicinska dokumentationen av enskilda patienters vård och behandling.

Det är intressant att notera att varken det första steget mot obligatorisk skyldighet att föra journal som togs i och med 1963 års läkarinstruktion

eller det slutgiltiga steget som 1985 års patientjournallag, i första hand initierades på grundval av några ställningstaganden rörande vård och omsorg. Det har istället i första hand varit samhällets intresse av effektiva dokumentationsrutiner och en fungerande arkivbildning som legat bakom införandet av en obligatorisk dokumentationsskyldighet. Patientens intressen är överhuvudtaget påtagligt frånvarande i förarbetena innan 1985 års patientjournallag var påtänkt och kommer enbart till uttryck i professionsföreträdarnas paternalistiska syn på att och hur läkarna själva bäst tillgodoser patientens intressen.

Betydelsen av en fullgod dokumentation av samhällsnyttig verksamhet tycks alltså ha varit ett centralt intresse i lagstiftningshänseende långt innan hälso- och sjukvårdsregleringen anpassades efter de principer som är vägledande för styrformen New Public Management.

Dokumentationsskyldighet och intern professionell differentiering

Framväxten av en obligatorisk journalföringsskyldighet följerväldigt nära Abbotts beskrivning av den interna stratifieringen inom en profession. Det framstår alltså inte som någon tillfällighet att provinsialläkarna var den första gruppen att bli skyldiga att föra patientjournal. I enlighet med Abbotts renlighetsmetaforer kan tjänsteläkarna uppfattas som gruppen med lägst inomprofessionell status. Tjänsteläkarna arbetade i regel ensamma utan inomprofessionella kontakter och hade omfattande kontakter med andra yrkesgrupper och patienter. De administrativa uppgifter som tjänsteläkarna hade – vissa anmälningsskyldigheter och registrering av statistiska uppgifter – innebar också att tjänsteläkarna kom i kontakt med grupper med låg status i samhället, såsom missbrukare och fosterbarn.

Nästa steg var att reglera journalföringsskyldigheten för övriga läkare som var verksamma i den öppna vården. Även detta rörde i första hand läkare med privat praktik och få inomprofessionella kontakter. I den slutna vården var journalföringsskyldigheten kopplad till organisation och inte till individ, förutom vad gällde den psykiatriska vården där

chefsläkaren hade det övergripande ansvaret för patientjournalen. När slutligen samtliga legitimerade yrkesgrupper blev skyldiga att föra patientjournal år 1985 innebar det också att läkarna förlorade möjligheten till övergripande jurisdiktion över dokumentationen. Varje yrkesgrupp skulle istället dokumentera just sin del av sjukvården; läkarnas dokumentation begränsades till att omfatta den direkt medicinska vården. Dokumentationen av övriga gruppers professionella kärnverksamhet tillskrevs samma vikt i lagstiftningen.

Jurisdiktionen över dokumentationen

Diskurserna i förarbetena till regleringen av journalföringsskyldigheten illustrerar frågan om vem som ska råda över dokumentationen av enskilda patienters vård och behandling. När skyldigheten att dokumentera inte enbart rörde uppgifter som knöts till administrationen av vård och behandling, innebar det att läkarnas makt över patientens journal beskars. Inledningsvis betraktade läkarna patientens journal som sin egen egendom, ett arbetsredskap som den behandlande läkaren ansåg sig ha fullständig personlig förfoganderätt över. Tanken på att journalerna skulle överlämnas till efterträdare eller myndighet när praktiken avslutades framstod som ett ohemult krav. Att insistera på äganderätt till patientjournalen var dock en hopplös strategi eftersom en sådan ordning aldrig skulle gå att förena med en offentligt organiserad arkivverksamhet.

En återkommande strategi för att behålla jurisdiktionen över patientjournalen var också att yrka på att all reglering borde placeras på myndighetsnivå. På det sättet skulle normbildningen placeras hos Medicinalstyrelsen, en organisation dominerad av professionen själv. Någon generell reglering på riksdags- eller regeringsnivå vill man inte veta av. Denna strategi passade dåligt i en tid som präglades av storskaliga och generella lösningar på samhällets problem.

Den tredje strategin som användes för att behålla kontrollen över patientens journal och undvika en obligatorisk journalföringsskyldighet var att hänvisa till lojaliteten mot patienten. Denne önskade inte

alltid att lämna uppgifter som dokumenterades, hette det. Patienten kunde rent av undvika att söka vård och behandling om hon fick klart för sig att alla uppgifter om vården och behandlingen dokumenterades. Denna strategi kunde ha fungerat under en period, men efter hand som synen på relationen mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal förändrades kom också rollen som patientens beskyddare att bli obsolet. När 1985 års patientjournallag infördes var synen på patientens ställning istället den att hon, som jämbördig part, skulle tillerkännas legala rättigheter istället för att vara beroende av enskilda läkares goda vilja och omdöme. Genom införandet av 1985 års patientjournallag får man alltså säga att läkarna förlorade den övergripande jurisdiktionen över patientens journal.

1963 års läkarinstruktion och den professionella självbilden

De läkare som inledningsvis bemötte förslagen om obligatorisk skyldighet att föra journal tycks ha gjort det utifrån ett etos baserat på fullständig professionell autonomi och lojalitet gentemot patienten. Läkarna vill behålla makten över journalföringen såväl som själva journalen i sig och det starkaste argumentet hänför sig till betydelsen av patientens förtroende. Patienter kunde komma att undvika att söka vård om det fanns ett obligatorium att föra journal.

Beskrivningen stämmer överens med den bild av läkares etos som Motzi Eklöf har förmedlat efter att ha studerat läkaretik och moral i ett historiskt perspektiv. Långt in på 1900-talet dominerades föreställningen om den ideala läkaren av de tankar som Israel Hwasser, professor i medicin i Uppsala, gav uttryck för vid mitten av 1800-talet. Hwasser ansåg att läkaren skulle ha en central position i samhället och hävda traditionella värden. Framförallt skulle han inte vara någon effektiv kugge i ett ekonomiskt maskineri. Istället skulle relationen till patienten stå i centrum och relationen skulle grundas på förtroende och inlevelse.⁶⁹ Läkaryrket ansågs kräva en speciell personlighet, en bestämd uppsättning

69. Motzi Eklöf, *Läkares ethos: studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890-1960*. Linköping studies in arts and science. Linköping 2000.

personliga egenskaper och en särskild moralisk kompass, inriktad på ett behålla patientens förtroende.⁷⁰

Denna paternalistiska hållning fick ge vika när patientjournalagen infördes. Patientjournalagen ger uttryck för en helt annorlunda syn på patientens rättsliga ställning och en mera jämbördig maktrelation mellan patient och personal.⁷¹ Ansvar för att tillgodose att patientens rättigheter och integritet skyddades blev en fråga om lagreglering.

Bejerot har analyserat styrningsidealet ”Patienten i centrum” utifrån olika reglerings- och policydokument från 1990-talet. Hon beskriver hur styrningsidealet innebär en udd riktad mot läkarnas autonomi, monopolisering av patientkontakterna och därmed mot läkarens ställning som talesman för patientens behov. För Bejerot innebär etableringen av diskursen om patienten i centrum bland annat att relationen mellan patient och läkare omformas till att likna andra relationer mellan yrkesverksamma och kunder i ett tjänstesamhälle. Från att ha varit en grupp som kontrollerade uttolkningen av patientens behov kom läkarna att förvandlas till en yrkesgrupp bland andra.⁷² Ett annat sätt att beskriva detta diskursiva brott är att regleringen gick från tilltrobaserad till misstrobaserad styrning, där den tidigare regleringsformen förutsatte att läkaren upprätthöll en förtroenderelation mellan läkare och patient, medan den senare istället bygger på att överordnade myndigheter kontrollerar att yrkesutövarna gör vad de ska, exempelvis att tillgodose de rättigheter klienter och patienter tillerkänns i lagstiftningen. Den implicerar därmed ett misstroende mot professionens suveräna autonomi.⁷³

70. Karin Johannisson, *Medicinens öga: sjukdom, medicin och samhälle - historiska erfarenheter*, Norstedt, Stockholm 1990, Fransson.

71. Proposition 1984/85:189, s. 9-10.

72. Eva Bejerot, ”Patienten i centrum - ett tvingande styrningsideal”, i Hans Hasselblad, Eva Bejerot & Rolf Å. Gustafsson (red), *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*, Academia Adacta AB. Lund 2008, s. 137–154; Lars Nordgren, *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, Lund studies in economics and management, Lund 2003.

73. Montin, Stig, ”Från tilltrobaserad till misstrobaserad styrning. Relationen

Sammanfattande slutsatser

I denna artikel studeras det diskursiva brott som skedde avseende journalföringsskyldigheten vid införandet av 1963 års läkarinstruktion. De första stegen mot reglering av dokumentation, omfattade enbart administrativ och organisatorisk dokumentation och att läkarna länge behöll kontrollen över dokumentationen av vård och behandling av individuella patienter. Men med 1963-års läkarinstruktion förändrades detta.

Den kritik och det motstånd som läkarkåren försökte mobilisera var inte tillräckligt för att behålla makten över dokumentationen av vård och behandling av enskilda patienter. Istället medförde 1963-års läkarinstruktion att samtliga läkare verksamma i den öppna vården blev individuellt ålagda att föra journal över vården av patienter och läkare verksamma i den slutna vården blev indirekt ålagda genom påbudet att det vid alla sjukvårdsinrättningar skulle föras journal. I och med 1985 års patientjournallag var åliggandet utsträckt till att omfatta samtlig personal med legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården. Ur ett professionsperspektiv innebar detta en nivellering och att läkares journalföring inte längre betraktades som något annorlunda jämfört med andra yrkesgruppers dokumentation.

Som framgått ovan anses Sverige vara ett av de länder i världen där styrformen New Public Management fått störst genomslag i den offentliga förvaltningen.⁷⁴ Att den offentligt reglerade kontrollen av läkares dokumentation varit etablerad sedan lång tid tillbaka kan vara en delförklaring till detta. Utan en tidig offentlig styrning och kontroll över den medicinska dokumentationen hade det inte varit möjligt att så framgångsrikt införa denna styrform inom svensk hälso- och sjukvård. Dokumentationsivern som ofta förknippas med NPM tycks alltså inte vara en fullständigt ny erfarenhet. Det finns istället en betydande överensstämmelse mellan formerna för

mellan stat och kommun och styrning av äldreomsorg”, Nordisk administrativ tidskrift 2015:1 s. 58–75.

74. Pollitt & Bouckaert.

statlig styrning sedan väldigt lång tid tillbaka och de som vi erfar idag.⁷⁵

75. Hans Hasselbladh, "Institutionell transformation", i Hans Hasselbladh, Eva Bejeroth & Rolf Å Gustafsson (red), Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård, Academia Adacta AB, Lund 2008, s. 25-38.

Källor och litteratur

Abbott, Andrew Delano, *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, University of Chicago Press, Chicago 1988.

Alvehus, Johan & Andersson, Thomas, ”Styrning och professionellt inflytande i offentliga organisationer”, Sveriges kommuner och landsting 2017.

Bejerot, Eva, ”Patienten i centrum - ett tvingande styrningsideal”, i Hans Hasselbladh, Eva Bejerot, och Rolf Å. Gustafsson (red), *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*, Academia Adacta AB, Lund 2008, s. 137–154.

Beronius, Mats, *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia - eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi*, Brutus Östlings bokförlag Symposion, Stockholm 1994.

Brante, Thomas, *Den professionella logiken: hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*, Liber, Stockholm 2014.

Brante, Thomas, ”State Formations and the Historical Take-off of Continental Professional Types: the Case of Sweden”, i Lennart Svensson & Julia Evetts (red), *Sociology of professions. Continental and Anglo-Saxon Traditions*, Daidalos, Borås 2010, s. 75–122.

Börjesson, Mats, och Eva Palmblad, *Diskursanalys i praktiken*, Liber, Malmö 2007.

Carlhed, Carina, ”The rise of the professional field of medicine in Sweden”, *Professions and Professionalism* 2013:2.

Direktiv 1980:76 Patientjournal m.m. Stockholm: Socialdepartementet.

Einarsdóttir, Torgerdur, *Läkaryrket i förändring: en studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*, Monograph from the Department of Sociology, University of Gothenburg. Göteborg 1997.

Eklöf, Motzi, *Läkarens ethos : studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890-1960*. Linköping studies in arts and science. Linköping 2000.

Evetts, Julia, "A new professionalism? challenges and opportunities", *Current Sociology* 2011:4, s. 406–422.

Fransson, Ola, "Förtroendet för professioner", i Carin Björngren Cuadra & Ola Fransson (red), *Tillit och förtroende. Ständiga utmaningar för de professionella*, Gleerups, Polen 2012.

Friberg von Sydow, Rikard, "Patientjournalen mellan integritet och datorisering", *Arkiv, samhälle och forskning* 2017:1, s. 6–26.

Geijer, Ulrika, och Håkan Lövsblad, *Arkivlagen: en kommentar. Norstedts juridik*. Stockholm 2018.

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

Hasselbladh, Hans, "Institutionell transformation", i Hans Hasselbladh, Eva Bejeröth & Rolf Å. Gustafsson (red), *Bortom New Public Management - Institutionell transformation i svensk sjukvård*, Academia Adacta AB, Lund 2008, s. 25-38.

Inrikesdepartementet, Sammanställning över remissyttranden över PM med förslag till allmän läkarinstruktion, Inrikesdepartementets huvudarkiv, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Inrikesdepartementet rättsavdelningen, PM med förslag till ny allmän läkarinstruktion, Dnr 3523/62, 6.11.62, Inrikesdepartementets huvudarkiv, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Inrikesdepartementet, Framställning angående provinsialläkarnas arkiv. Dnr M1112, Inrikesdepartementets huvudarkiv, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Johannisson, Karin. *Medicinens öga: sjukdom, medicin och samhälle - historiska erfarenheter*, Norstedt, Stockholm 1990.

Landahl, Sten, "Provinsialläkarnas årsberättelser i medicinalstyrelsens arkiv. Några anteckningar om det äldre beståndet", i *Archivistica et Mediavistica*, Ernesto Nygren Oblata, Stockholm 1956.

Larson, Magali Sarfatti, *The rise of professionalism: monopolies of competence and sheltered markets*, Transaction Publishers. New Brunswick (1977) 2013.

Liljegren, Andreas & Parding, Karolina, "Ändrad styrning av välfärdsprofessioner - exemplet evidensbaserad i socialt arbete". Socialvetenskaplig tidskrift 2010:3, s. 270–88.

Molander, Anders, och Lars Inge Terum, Profesjonsstudier, Universitetsforlaget, Oslo 2008.

Nilsson, Inga och Nilsson, Peter, "Medicinsk dokumentation genom tiderna", Läkartidningen 2003:51–52, s. 4304–4306.

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

Nilsson, Lars, "Gallringsfrågan", Arkiv, samhälle och forskning 1970:1, s. 16–29.

Nordgren, Lars, Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position, Lund studies in economics and management, Lund 2003.

Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert, Public management reform: a comparative analysis: new public management, governance, and the neo-Weberian state, Oxford University Press, Oxford 2011.

Prestjan, Anna, "State's Medical Experts in Local Practice: Provincial Doctors View of Themselves as Public Health Promoters: an Example from the Swedish Countryside, 1880-1920", Hygiea Internationalis 2010:1, s. 98–113.

Proposition 1984/85:189 om patientjournallag m.m.

Sciulli, David, "Structural and Institutional Invariance in Professions and Professionalism", Lennart Svensson & Julia Evetts (red), Sociology of professions, Continental and Anglo-Saxon Traditions, Daidalos, Borås 2010, s. 33–74.

SOU 1968:53 Arkiv inom hälso- och sjukvård.

SOU 1984:73 Patientjournallagen: Huvudbetänkande av journalutredningen.

Stig, Montin, ”Från tilltrobaserad till misstrobaserad styrning. Relationen mellan stat och kommun och styrning av äldreomsorg”. Nordisk administrativ tidskrift 2015:1, s. 58–75.

Svenska Provinsiälläkarföreningen, Till Kungl. Medicinalstyrelsen, Yttrande över P.M. angående provinsiälläkarnas arkiv, april 1959, Inrikesdepartementets huvudarkiv, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Svenska psykiatriska föreningen, Yttrande över förslaget till allmän läkarinstruktion, 20 maj 1963, Inrikesdepartementets huvudarkiv, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Sveriges läkarförbund, Remissvar över P.M. angående provinsialläkarnas arkiv, 12 september 1960, Inrikesdepartementets huvudarkiv, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Swartling, Per G, ”Den svenska allmänmedicinens historia”, Läkartidningen 2006:24, s. 1950–1953.

Swedlund, R. & Cedergren, Gösta, V.P.M. angående provinsiälläkarnas arkiv, juli 1959, Inrikesdepartementets huvudarkiv, Konseljaktens 1963-05-10, nr 57, Riksarkivet.

Vahlne Westerhäll, Lotta, Den starka statens fall?: en rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000, Norstedts juridik, Stockholm 2002.

Widerberg, Karin, Kvalitativ forskning i praktiken, Studentlitteratur, Lund 2002.

Winther Jørgensen, Marianne, Phillips, Louise & Torhell, Sven-Erik, Diskursanalys som teori och metod, Studentlitteratur, Lund 2000.

III

Förvaltnings- rättslig tidskrift

Särtryck ur FT 2015 1

Standardiserade
dokumentationsformer och
rättssäkerhet vid öppen psykiatrisk
tvångsvård

Av Lotta Wendel

STANDARDISERADE DOKUMENTATIONSFORMER OCH RÄTTSSÄKERHET VID ÖPPEN PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD*

av Lotta Wendel

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Under 1990-talet påbörjades en omfattande förändring av hälso- och sjukvårdens organisation, styrsystem och kontrollformer i Sverige. Förändringarna är inte unika för hälso- och sjukvården, utan har skett i olika former vid offentligt organiserade verksamheter inom stat och kommun. Centralt för dessa förändringar är målet att öka kostnadseffektivitet och kvalitet inom verksamheterna. För att uppnå dessa mål har nya metoder och standarder för att mäta och utvärdera verksamheten införts, ofta inspirerade av de styrningsformer som gäller inom marknadsorienterad privat verksamhet. Inom hälso- och sjukvården märks förändringen inte minst rättsligt, genom en rad författningar som införts i syfte att främja kvalitetsarbete. Kvalitetsarbetet innebär i sin tur omfattande krav på dokumentation och standardiserade rutiner, avsedda att underlätta mätning och utvärdering av olika insatser.¹ Styrformernas verkningar inom hälso- och sjukvården har undersökts från flera olika vetenskapliga perspektiv.² Däremot har styrformernas rättsliga konsekvenser knappast analyserats.

1.2 Syfte

I denna artikel beskrivs och analyseras en undersökning av hur patientens rättssäkerhet kommer till uttryck i sådana dokument som är typiska för den styrform som beskrivs ovan. Analysen är koncentrerad till området för öppen

---

* Artikeln har peer review-granskats.

¹ Bejerot, Eva & Hasselbladh, Hans, Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården, *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, årg 9, nr 2, 2003.

² Se exempelvis Nordgren, Lars, *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, 2003, Bejerot, Eva & Hasselbladh, Hans, Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården, *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, årg. 9, nr 2, Berlin, Johan, *Beställarstyrning av hälso- och sjukvård: om människor, marginaler och miljoner*, 2006 samt Hasselbladh, Hans et al. (red.) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008.

psykiatrisk tvångsvård. Valet av undersökningsområde gjordes med hänsyn till att ingen rättsordning är bättre än det skydd som tillhandahålls de allra mest skyddsvärda. Patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården är särskilt sårbara i flera avseenden. I en välfärdsstat som den svenska, där hälso- och sjukvård fortfarande huvudsakligen är en offentlig tjänst snarare än en vara som köps på en marknad, uppfattas den rättsliga relationen mellan patienten och det allmänna som en offentligrättslig relation, reglerad av förvaltningsrättslig författning. Det allmänna förväntas följaktligen tillhandahålla adekvat skydd för patienten, i egenskap av skyddsvärd och sårbar part.³ Det hör till sakens natur att patienter i allmänhet kan ha svårt att tillvarata sina rättigheter. En patient som tvångsvårdas är dessutom omhändertagen emot sin vilja eller saknar förmåga att ta ställning till vården. Genom tvångsomhändertagandet har patientens mest fundamentala fri- och rättigheter alltså begränsats helt eller delvis. En förutsättning för att en patient ska tvångsomhändertas inom den psykiatriska vården är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, vilket inte sällan innebär en förvrängd verklighetsuppfattning. Detta innebär ytterligare en sårbarhetsfaktor. Likväl kan man anta att den rättsliga positionen för en patient som tvångsvårdas på en sluten psykiatrisk klinik är tydlig, i den meningen att patienten verkligen är underkastad distinkta och påtagliga begränsningar av olika slag, till skillnad mot den patient som är föremål för ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Tvångsvård i öppenvård framstår som en begreppsmässig motsättning och även i sin tillämpning har det visat sig vara en vårdform som kännetecknas av otydlighet. Den rättsliga regleringen av själva tvånget i den öppna tvångsvården har kritiserats för att vara ofullständig och missvisande.⁴ Erfarenheten visar dessutom att för den patient som tvångsvårdas i öppenvården framstår linjen mellan öppen vård å ena sidan och integrerade tvångskomponenter å den andra, som otydlig och svårgripbar.⁵ En ytterligare faktor som kan göra patientens rättsliga ställning mera sårbar vid öppen psykiatrisk tvångsvård är att denna vård, till skillnad från den slutna vården, kan ske i samverkan mellan två vårdgivare, landsting och kommun. Vid samverkan kring patienten är det särskilt viktigt att huvudmännen är tydliga gentemot såväl varandra som

---

³ Rynning, Elisabeth, Still no Patients' Act in Sweden. Reasons and Implications. I: Rynning, Elisabeth & Hartlev, Mette. (red.) *Nordic Health Law in a European Context: Welfare state perspectives on Patients' Rights and Bioethics*, 2011, s. 122–136.

⁴ Vahlne Westerhäll, Lotta, Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård – Är lagstiftningen om öppen psykiatrisk tvångsvård rättssäker? *Juridisk tidskrift*, 24 (2012–13) (4) s. 827–844.

⁵ Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens slutrapport – Nationell tillsyn av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning 2009–2011*, 2012.

patienten rörande vem som ansvarar för vilka inslag i vården. Ansvar för patienten riskerar annars att ”falla mellan stolarna”. Detta är en huvudanledning till de rättsliga fordringarna på samverkan, vilka märks i de lagstadgade kraven på gemensamma överenskommelser om vårdplanering.⁶ Dessa infördes efter att Nationell psykiatrisamordning, den så kallade Miltonutredningen, i sitt slutbetänkande bedömt att kommuner och landsting dittills inte gjort tillräckligt för att åstadkomma ett gemensamt ansvarstagande för de grupper som behöver hjälp från båda huvudmännen.⁷ Detta är ytterligare en anledning till valet av undersökningsföremål.

Sammantaget visar flera faktorer på att dokumentationen inom den öppna psykiatriska tvångsvården är ett mycket komplext område där det finns anledning att undersöka om patientens grundläggande rättssäkerhetsintressen tillgodoses.

Det centrala dokumentet i den öppna psykiatriska tvångsvården är den samordnade vårdplan som ska fogas till en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.⁸ I syfte att effektivisera dokumentationen och utvärderingen av densamma har den samordnade vårdplanen varit föremål för olika former av standardiseringsåtgärder.⁹ Syftet med undersökningen har varit att undersöka hur utformningen av standardiserade vårdplaner förhåller sig till klassiska rättssäkerhetsprinciper.¹⁰ Hur väl tillgodoser utformningen av standardiserade vårdplaner inom öppen psykiatrisk tvångsvård kraven på transparens, objektivitet, likabehandling och legalitet?

1.3 Material och metod

För att undersöka hur utformningen av standardiserade vårdplaner inom öppen psykiatrisk tvångsvård förhåller sig till klassiska rättssäkerhetsprinciper begärdes dokumentationsmaterial ut från samtliga 21 landsting i landet.¹¹ Materialet samlades in under hösten 2013. Efter två påminnelser svarade

---

⁶ 8 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) samt 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL).

⁷ SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Se även prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

⁸ Se 7 § lagen (1991:1138) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) samt 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

⁹ Sveriges kommuner och landsting. *Cirkulär 09:4 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting m.m.*

¹⁰ Marcusson, Lena (red.), *Offentlighetsprinciper*, 2012.

¹¹ Begreppet landsting används genomgående och inkluderar i denna artikel såväl landsting som regioner.

samtliga utom Landstinget Blekinge samt Landstinget Gävleborg. Det innebär att material från 19 landsting ingår i underlaget.

Tre typer av material efterfrågades, nämligen;

1. *Generella överenskommelser* mellan landsting och kommuner angående samordnad vårdplanering vid psykiatrisk tvångsvård. För det fall landstinget eller regionen inte ingått någon sådan generell överenskommelse efterfrågades istället motsvarande dokument avseende vård enligt HSL.
2. Mallar/blanketter avsedda för *samordnad vårdplanering* enligt LPT och LRV.
3. Mallar/blanketter avseende *särskilda villkor* vid öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT och LRV.

Juridisk metod användes i syfte att klarlägga gällande rätt på området för vårdplanering inom den öppna psykiatriska tvångsvården. Den traditionella rättskälleläran har emellertid getts en bredare innebörd, då även olika typer av uttalanden från, tidigare tillsynsmyndigheten numera kunskapsmyndigheten, Socialstyrelsen har tillmätts en normativ tyngd.¹² Till styrelsens uppgifter hör bland annat att: utforma evidensbaserade riktlinjer för åtgärder inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten och att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde.¹³ Utan att vara formellt bindande har Socialstyrelsens riktlinjer och anvisningar en mycket stor betydelse för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det framgår bland annat av förarbeten och doktrin att skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet oftast förutsätter att yrkesutövaren följer de riktlinjer och anvisningar som beslutas av Socialstyrelsen.¹⁴

När innehållet i gällande rätt klarlagts komparerades detta med det insamlade dokumentationsmaterialet, för att se om utformningen har skett i enlighet med kraven i gällande rätt. Det innebär att lagstiftningen och dess syften, kunskapsmyndighetens anvisningar och råd samt uppfattningar i doktrin använts för att belysa det insamlade dokumentationsmaterialet. Utöver detta har det insamlade materialet också granskats utifrån ett traditionellt rätts-

---

¹² Socialstyrelsens tillsynsverksamhet flyttades under 2013 till den nya myndigheten Inspektionen för vård och omsorg. Se prop. 2012/13:20 *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

¹³ 3 § 10–11 förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁴ Skyldigheten att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet regleras för närvarande i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL). Den närmre innebörden av begreppet är inte fullständigt klarlagd, men beskrivs i exempelvis i Axelsson, Ewa, *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård. En medicinträttslig studie*, 2011, s. 229–241.

säkerhetsperspektiv. Det är fråga om en kvalitativ ansats med en rättssociologisk prägel. En övergripande diskursanalys har gjorts på materialet i sin helhet.¹⁵

1.4 Några begrepp

Det råder en betydande begreppsförvirring när det gäller olika former för dokumentation av vård och omsorg. Framväxten av utökade dokumentationsrutiner i lagstiftning och praktik har skett utan någon samordning eller generell samsyn.¹⁶

Att terminologin inte är samordnad har uppmärksamrats och inom ramen för det förslag till psykiatrilagstiftning som är under beredning när detta skrivs, föreslås att Socialstyrelsen ska se över terminologin i syfte att göra denna enhetlig och överskådlig.¹⁷

I denna artikel används begreppet *standardiserad vårdplan* för sådana mallar och blanketter som är upprättade för att kunna fungera som ram för och underlag vid upprättandet av en vårdplan för en enskild patient. När en standardiserad vårdplan används för en enskild patient blir det en *individuell vårdplan*. En *samordnad vårdplan* är en plan som är upprättad i samverkan mellan landsting och kommun.

2. Bakgrund – Svensk hälso- och sjukvård och New Public Management

I forskningen hänförs de olika förändringarna som sedan 1990-talet inträffat i organisationen av välfärdsadministrationen till begreppet New Public Management (NPM). Termen används för att beskriva styrformer för olika offentliga institutioner, som trots att de fortfarande är offentligt finansierade och organiserade genom skatter har organiserats i enlighet med metoder och modeller baserade på en ideologi om marknadsmässighet. Ofta innebär det att stora verksamheter organiserats i mindre specialiserade enheter med eget kostnadsansvar. Verksamheter kan även vara organiserade som en intern marknad, där enheter köper och säljer varandras varor och tjänster. Verksam-

---

¹⁵ Se exv. Widerberg, Karin, *Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur 2002, s. 168 ff.

¹⁶ Begreppet *samordnad individuell vårdplan* (SIP) förbehålls i verksamheterna för planer som upprättats med stöd av SoL och HSL. Motsvarande vårdplaner som upprättats med stöd av LPT respektive LRV kallas alltså enbart samordnade vårdplaner. (se Socialstyrelsen, *Begreppsdiagram planer inom vård och omsorg*).

¹⁷ Se SOU 2012:7 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*, s. 465 ff.

heterna är kontinuerligt föremål för utvärdering och rationalisering i syfte att uppnå kostnadseffektivitet. Det innebär att verksamheten även måste organiseras och samordnas på ett sådant sätt att jämförelser och utvärderingar underlättas, exempelvis genom standardiserade former för dokumentation.¹⁸

Förändringen i riktning mot dessa styrformer inom människobehandlande organisationer har varit föremål för omfattande forskning, hittills främst från ekonomer, sociologer och statsvetare. Området har däremot inte behandlats ur rättsligt perspektiv, även om en del studier har genomförts med en lyhördhet för rättsliga frågor.¹⁹ Det har också uppmärksammat att förändringen från en monocentrisk administration i riktning mot en polycentrisk sådan, vilket innebär en styrning av det offentliga genom decentraliserade institutioner, vilka var och en tillämpar rätten på sitt sätt.²⁰

Begreppet New Public Management (NPM) brukar tillskrivas Christopher Hood, som använde det under tidigt 1990-tal för att beskriva hur idéer om en fiktiv marknad användes som utgångspunkt vid transformationen av den offentliga administrationen.²¹ Utvecklingen mot NPM-influerade styrsystem påbörjades i anglosaxiska länder under sent 1970-tal och tidigt 1980-tal. Nyordningen byggde på specifika historiska förutsättningar. Transformationen var en reaktion mot den snabba tillväxten av offentlig administration under 1900-talet. Den offentliga administrationen uppfattades allmänt vid tiden som ineffektiv, icke-flexibel, dyr och inte särskilt användarvänlig. Den första nationen där den offentliga administrationen organiserades i enlighet med marknadens rationalitet var Storbritannien, där reformen initierades av den dåvarande premiärministern Margret Thatcher. Andra nationer i samväldet följde efter detta exempel. Eftersom förändringarna betraktades som framgångsrika, kom de att implementeras i nästan samtliga OECD-länder.²² Sverige betraktas som ett av de länder där NPM haft allra störst inflytande

¹⁸ Hasselbladh, Hans et al. (red.) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008.

¹⁹ Se exempelvis Carney, Terry, *Mental Health Law in Postmodern Society: Time for New Paradigms? Psychiatry, Psychology and Law* Volym 10, Issue 1, 2003, Hasselbladh, Hans et al. (red.) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008 samt Nordgren, Lars, *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, 2003.

²⁰ Zahle, Henrik, Polycentri i retskildelære. I: *Festskrift til Tørstein Eckhoff*. Oslo: Tano. 1986 samt Petersen, Hanne, Zahle, Henrik (red.), *Legal polycentricity: consequences of pluralism in law*. Aldershot: Dartmouth. 1995.

²¹ Hood, Christopher, A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, Volym 69, Issue 1, 1991 s. 3–19.

²² Grüning, Gemod, *Grundlagen des New Public Management: Entwicklung, theoretischer Hintergrund und wissenschaftliche Bedeutung des New-Public-Management aus Sicht der politisch-administrativen Wissenschaften USA*. ManagementWissen. 2000.

över offentlig förvaltning.²³ Inom svensk offentlig förvaltning märks inflytandet framförallt när det gäller rutiner för dokumentation, utvärdering och tillsyn, inom hälso- och sjukvården såväl som inom den offentliga förvaltningen i övrigt. Ordningen för dokumentation vid vårdplanering är ett sådant exempel.²⁴

Jag bedömer att fyra aspekter av NPM är av särskild relevans för bedömningen av hur väl de standardiserade vårdplanerna inom psykiatrisk tvångsvård tillgodoser rättssäkerhetsmässiga grundkrav.

Transparensen riskerar att äventyras i den *samverkan* mellan landsting och kommun som sker inom ramen för den öppna psykiatriska tvångsvården. Samverkan mellan myndigheter innebär alltid en risk för att det blir otydligt vem som är ansvarig för olika delar av vården av patienten. I psykiatrisk tvångsvård gäller detta särskilt för upprätthållandet av de särskilda villkor som vården kan vara förenad med.

För det andra har förändringen i riktning mot decentraliserad vård också skett parallellt med en övergång till ett marknadsorienterat språkbruk och, om inte i realiteten, så till föreställningar om, en *kontraktuell relation* mellan patient och vårdgivare. Detta har skett samtidigt med ett återkommande betonande av styrningsidealet *patienten i centrum*. Detta ideal har influerat regleringen och baseras på en föreställning om patienten som rationell, beslutsförmögen och ansvarsfull på samma sätt som medborgare förväntas vara på andra samhällsområden. Att vara patient på detta vis förutsätter också en förmåga att hävda sina rättigheter på ett sätt som kan vara svårt för en orolig, sjuk eller förvirrad person.²⁵ Detta är särskilt relevant för patienterna inom den psykiatriska tvångsvården, vilka i många fall varken kan eller får välja mellan olika alternativa vårdinsatser. Att tillskriva patienten en sådan aktiv roll kan innebära att likabehandlingen riskeras, eftersom patienter som är svaga och förvirrade och inte förmår hävda sin rätt, missgynnas.

För det tredje har målsättningen att skapa en effektiv och utvärderbar administration en avgörande inverkan på dokumentationen av vården, inte minst i form av vårdplanering. *Standardiserade dokumentationsmodeller* har kritiserats för sin statiska form och för svårigheterna att anpassa formen till sådana unika omständigheter och förutsättningar, som kan aktualiseras i det enskilda fallet. Standardiserade former för dokumentation tenderar att få ett

---

²³ Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert, *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Third ed, Great Britain: Oxford University Press, 2011.

²⁴ Hasselbladh, Hans et al. (red.) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008.

²⁵ Bejerot, Ewa. Patienten i centrum – ett tvingande styrningsideal. I: Hasselblad et al. (red.): *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*, 2008, s. 137–154.

eget liv, där det blir viktigare att fylla i en formell blankett på riktigt vis än att applicera professionellt kunnande och grannliga reflektion vid vården av en enskild patient.²⁶

Slutligen har standardiserade dokumentationsformer en direkt inverkan på hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att använda sitt professionella skön. Med Ronald Dworkins metafor är skön (discretion) som hålet i en flotyrtkokt munk.²⁷ Skön är alltså ett relativt begrepp, som är beroende av de gränser som omger beslutsfattandet. Inom forskningen om professioner betraktas skön som något mycket centralt.²⁸ Förmedlingen av välfärdstjänster karaktäriseras ofta av att de professionella på området förväntas tillämpa sin specialistkunskap och sitt professionella skön i enskilda ärenden. För denna artikels vidkommande innebär det sagda att den standardiserade vårdplanens utseende har konsekvenser för, i vad mån yrkesutövare inom hälso- och sjukvården tillåts använda sitt professionella skön vid bedömningen av vilken vård, omsorg och särskilda villkor som ska gälla för en enskild patient. Ur ett rättssäkerhetsperspektiv kan inverkan av professionellt skön å ena sidan innebära att formella rättssäkerhetskrav på förutsägbarhet, legalitet och likabehandling sätts ur spel. Å andra sidan kan resultatet av en bedömning baserad på skön innebära att patientens behandling uppnår väsentliga materiella rättssäkerhetskrav om god vård, då insatserna blir väl övervägda och anpassade till den enskilda patientens behov och förutsättningar.²⁹

3. Introduktionen av standardiserade dokumentationsformer inom svensk hälso- och sjukvård

Förändringen mot standardiserade former för dokumentationen inom hälso- och sjukvården introducerades under tidigt 1990-tal, i samband med att Socialstyrelsen utfärdade föreskrifter avsedda att förtydliga den dåvarande patientjournalen.³⁰ Syftet med dessa föreskrifter var att förbättra dokumentationen av patienters vård och behandling genom att integrera sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentation med den medicinska dokumentation som fördes av läkare. Om dokumentationen fördes gemensamt hoppades

²⁶ Forsberg, Anna & Edlund, Karin, *Standardvårdplaner*. 2003.

²⁷ Dworkin, Ronald, *Taking Rights Seriously*, Cambridge: Harvard University Press, 178, s. 31–32.

²⁸ Freidson, Eliot, *Professionalism: The third logic. On the practice of knowledge*. Chicago: University of Chicago press, 2001. Se även Lipsky, Michail *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* NewYork: Russell Sage Foundation, 1980.

²⁹ Jfr Molander, Anders, et al., Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy*, 29(3), 214–130.

³⁰ Patientjournalen (1985:562), SOSFS 1993:20 *Omvårdnad inom hälso- och sjukvården*.

man uppnå en mera holistisk beskrivning av patientens vårdbehov, behandling och välbefinnande. Innehållet i patientjournalerna och formerna för dokumentation fortsatte emellertid att variera kraftigt mellan olika vårdgivare och enskilda yrkesutövare, trots olika försök att introducera generella rutiner och ett gemensamt språkbruk. Den första modellen – VIPS – introducerades 1993. Förkortningen står för Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet. VIPS-modellen omfattade inte vårdplaneringen, utan var avsedd att tillhandahålla en standardiserad rutin för den kontinuerliga dokumentationen under den tid patienten vårdades på sjukhus.³¹

Men efterhand blev även vårdplaneringen och dokumentationen av densamma föremål för standardisering. Idag märks denna utveckling främst i försöken att finna standardiserade former för planering av behandling av patienter med samma diagnos. Allt flera sådana enhetliga planer har introducerats. Socialstyrelsen samverkar kontinuerligt med andra myndigheter och organisationer i syfte att ta fram standardiserade vårdplaner för olika diagnoser, men arbetet pågår även lokalt inom landstingen och kommunerna. Inspirationen kommer från anglosaxiska förebilder, där motsvarande arbete bedrivs under rubrikerna care and clinical pathways, care protocols och care guidelines.³² Det övergripande syftet med standardisering hänger samman med NPM och är att reducera variationer i medicinsk praxis och omvårdnad och att uppnå effektivitet vad gäller dokumentation och utvärdering av insatser. De standardiserade vårdplanerna är avsedda att utgöra ett stöd för evidensbaserat arbete och ett underlag för resurstilldelning. Socialstyrelsen menar att standardiserade vårdplaner medför en effektiv processorienterad dokumentation. Styrelsen framhåller att detta underlättar registrering och insamling av data inför kvalitetsarbete och tillsyn.³³

Eftersom standardiserade vårdplaner oftast är utformade med en särskild diagnos i åtanke är dessa olämpliga att använda för multi-sjuka patienter, en grupp som exempelvis ofta innefattar äldre patienter. I de fall patienter behöver en mera komplex vårdplanering finns det alltså starka skäl för att undvika standardiserade planer.³⁴

Evidensen för att standardiserade vårdplaner verkligen underlättar dokumentation, bedömning och diagnos vid medicinsk behandling och omvård-

---

³¹ Forsberg, Anna & Edlund, Karin, *Standardvårdplaner*, 2003.

³² Socialstyrelsen, *Standardvårdplaner (SVP). En kartläggning av förekomsten av SVP i akutsjukvården*, 2006. Se även Ilott, Irene et al., How do nurses, midwives and health visitors contribute to protocol-based care? A synthesis of the UK literature, *International Journal of Nursing Studies* 47, 2010, s. 770–780.

³³ Socialstyrelsen, *Resultat av remiss för begreppet standardiserad vårdplan*. Dnr 27796/2011, 2011.

³⁴ Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Evidensbaserad äldrevård – en inventering av det vetenskapliga underlaget*, 2003.

nad i allmänhet är emellertid väldigt låg.³⁵ Under hösten 2012 undersökte Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om det fanns några studier som utvärderade standardiserade samordnade vårdplaner vid behandling av personer med psykiska funktionshinder. SBU fann att resultatet var magert och att effekterna av standardiserade vårdplanerna var oklara.³⁶

Idag sker dokumentationen av samordnade individuella vårdplaner huvudsakligen i standardiserade former. Flertalet enskilda landsting och kommunerna inom respektive landstings geografiska område har med bistånd från Sveriges kommuner och landsting (SKL) arbetat fram gemensamma mallar, som personalen förväntas använda sig av vid planeringen av den öppna tvångsvården.³⁷

4. Närmre om öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård

4.1 Bakgrund

Lagen om psykiatrisk tvångsvård introducerades, tillsammans med lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård, år 1992. Den senare reglerar framförallt omhändertaganden av lagöverträdare med allvarliga psykiska störningar. Dessa båda lagar skiljer sig åt vad gäller hur och var de initieras, men regleringen av vården och de konkreta tvångsåtgärderna är i det närmsta uniform. Införandet av LPT och LRV har beskrivits som ett paradigmskifte vad gäller synen på patientens rättigheter och betydelsen av integritet och autonomi.³⁸ En avsikt med lagstiftningen var att minska användandet av tvångsåtgärder. I förarbetena hävdade lagstiftaren att tvångsvård skulle uppfattas som en sista utväg efter att alla möjligheter till vård med samtycke var uttömda. När tvångsvård väl beslutades skulle tvångsvårdsperioderna vara så korta som möjligt.³⁹ Det har emellertid visat sig svårt att hitta en rimlig balans mellan effektiv och framgångsrik vård å ena sidan och respekt för patientens fri- och rättigheter å den andra. Sådana avvägningar har särskild relevans vid tillämpningen av vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård, vilken introducerades 2009. Det övergripande syftet med tvångsvård under öppna former är just att balansera

---

³⁵ Rycroft-Malone Jo et al., Protocol-based care: the standardization of decision-making? *Journal of clinical nursing*, 18, 2009, s. 1490–1500 samt Rycroft-Malone, Jo et al., realistic evaluation: The case of protocol-based care, *Implementation Science* 5:38, 2010.

³⁶ Statens beredning för medicinsk utvärdering, Svar från SBU:s upplysningstjänst på fråga om samordnade individuella vårdplaner, 1 oktober 2012.

³⁷ Se till exempel Sveriges kommuner och landsting, *Cirkulär 09:4 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården. Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting m.m.* 2009.

³⁸ Staaf, Annika. et al., *Hälsö- och sjukvårdsrätt – en introduktion för professionsutbildningar*, 2012.

³⁹ Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård m.m.*, s. 233.

mellan tvång och frihet på ett sådant sätt att patienten så småningom samtycker till medicinsk vård och behandling eller rehabilitering. Sjöström et al har beskrivit hur det allmänna har experimenterat med olika vårdformer för att hitta en rimlig balans, men konstaterar att inga av de formella rättsliga instrument, som introducerats hittills, har medfört någon betydande förbättring ur patienternas perspektiv.⁴⁰

Tidigare lagstiftning, lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) innehöll regler om försöksutskrivning (se 19–20 §§ LSPV). Försöksutskrivningen medgav att patienterna skrevs ut från den slutna vården under förutsättning att vissa villkor uppfylldes från patientens sida. Villkoren innefattade vanligtvis föreskrift om medicinering. Inför lagstiftningsarbetet 1992 fann regeringen att de rättsliga förutsättningarna för försöksutskrivning hade tillämpats alltför generöst.⁴¹ Möjligheten att försöksutskrivna patienter avskaffades också när LPT och LRV introducerades 1992. Istället introducerades en möjlighet att besluta om permissioner. Syftet med permissionsinstitutet var att underlätta patienternas övergång till vård i kommunens regi. Snart kom emellertid även permissionsinstitutet att tillämpas på annat sätt än vad som varit avsikten. Permissionerna beslöts för långa perioder, ibland årsvisa och i vissa fall ännu längre. Detta kom att ifrågasättas, inte minst ur ett legalitetsperspektiv, eftersom patienten på permission hamnade i ett oklart rättsligt läge. Samtidigt som patienten var föremål för tvångsvård var hon i realiteten lämnad helt åt sig själv. Ett centralt rekvisit för beslut om vård var (och är fortfarande, åtminstone när vården inleds) att patienten har behov av vård på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnet-runtvård.⁴² Om patienten har permission från vården på sjukvårdsinrättningen under långa perioder, kan det med rätta ifrågasättas om detta rekvisit är uppfyllt.⁴³

Denna kritik utlöste ett första initiativ rörande öppen tvångsvård med särskilda villkor, vilket Tvångspsykiatrikommittén presenterade i en utredning under 1998. Den föreslagna lagstiftningen skulle användas för patienter som ansågs vara i behov av uppföljande insatser efter sjukhusvården, samtidigt som regleringens utformning skulle tillgodose legalitetskravet. Redan i detta förslag noterades att öppen tvångsvård skulle kräva noggrann planering och uppföljning i samverkan mellan landsting och kommun, för att vårdformen

---

⁴⁰ Sjöström, Stefan et al., Why community compulsion became the solution – reforming mental health law in Sweden, *International Journal of Law and Psychiatry* 34, s. 419–428, 2011. Se särskilt s. 423 ff.

⁴¹ Prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 155.

⁴² 3 § första stycket 1 LPT.

⁴³ SOU 1998:32 Rättssäkerhet, vård och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård s. 300 ff.

skulle kunna genomföras. Landstingen och kommunerna uppmanades därför att samverka och dokumentera sina insatser i gemensamma vårdplaner.⁴⁴

Argumenten för en ny lagstiftning ansågs emellertid väga för lätt och ingen ny lagstiftning kom att beslutas. Att legalitetsprincipen inte följdes och att patienten hamnade i en oklar rättslig ställning var inte tillräckligt starka argument för att motivera en uppdaterad lagstiftning. Istället fortsatte användningen av de långvariga permissionerna att öka som utslussningsåtgärd. Efter mordet på Anna Lindh år 2003 uppkom emellertid ett förnyat intresse för tillämpningen av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. En särskild utredare tillsattes för att se över regleringen och organisationen av tvångsvården.⁴⁵

Utredaren valde att åter plocka upp det tidigare föreslaget om öppen psykiatrisk tvångsvård kombinerad med särskilda villkor, men denna gång argumenterade man för förslaget med andra argument än de som tidigare anförts. Istället för att fokusera på patientens rättsliga ställning argumenterade utredaren för att det var tid för lagstiftaren att förändra rättstillämpningen i riktning mot en mera restriktiv permissionspraxis. Med den nya vårdformen skulle det vara möjligt att hitta en pragmatisk lösning på de tillämpningsproblem som kunde uppstå vid permissioner, exempelvis att patienter inte följde föreskriven medicinering.⁴⁶

Regleringen av öppen psykiatrisk tvångsvård infördes slutligen under hösten 2008. Målet med lagstiftningen var bland annat att tillhandahålla bättre möjligheter att, i samverkan med patienten, anpassa vården efter patientens behov. Allt i syfte att möjliggöra ett liv utanför den slutna sjukvårdsinstitutionen. När den nya regleringen infördes fanns det en förhoppning om att denna skulle leda till färre beslut om återupptagen vård på sluten sjukvårdsinrättning. I förarbetena antyds att öppen psykiatrisk tvångsvård kan komma att pågå under väldigt långa, även livslånga, perioder.⁴⁷

4.2 Regleringen av öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk tvångsvård kan beslutas om rekvisiten i 3 § LPT är uppfyllda. Det innebär att patienten ska lida av en allvarlig psykisk störning, ha ett ound-

---

⁴⁴ SOU 1998:32 *Rättssäkerhet, vård och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård* s. 306 ff.

⁴⁵ Sjöström, Stefan et al., Why community compulsion became the solution – reforming mental health law in Sweden. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 34, s. 419–428, 2011, s. 423. Se även kommittédirektiv 2003:133 *En nationell psykiatrisamordnare*.

⁴⁶ Prop. 2007/2008:70 appendix 1. Se även Sjöström, Stefan et al., Why community compulsion became the solution – reforming mental health law in Sweden. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 34, s. 419–428, 2011.

⁴⁷ Prop. 2007/2008:70 *Ny vårdform inom den psykiatriska vården*, s. 75. Se även Gustafsson, Ewa, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. En rättsvetenskaplig monografi om LPT*, 2010, s. 176.

gängligt vårdbehov som bara kan tillgodoses på en vårdinrättning för kvalificerad psykiatrisk heldygnsvård samt motsätta sig vården eller sakna förmåga att ta ställning till vården. För den öppna psykiatriska tvångsvården gäller motsvarande rekvisit, med den skillnaden att vårdbehovet kan tillgodoses genom att öppen vårdform kombineras med särskilda villkor, istället för ett krav på heldygnsvård på vårdinrättning. Vården måste emellertid alltid inledas i sluten form.

Den svenska regleringen är ett exempel på sådan tvångslagstiftning, vars inledning får en rättslig prövning först om den överklagas av patienten (after-the-event review).⁴⁸ Det skiljer lagstiftningen från exempelvis tvångsregleringen inom socialtjänsten, där beslut om omhändertagande tas av domstol och även akuta omhändertaganden måste underställas domstol. Beslut om omhändertagande sker istället av två läkare i förening, ett så kallat tvåläkarförfarande. Det består av en läkares utfärdande av vårdintyg, följt av en chefsöverläkares intagningsbeslut.⁴⁹ Om chefsöverläkaren anser att vården bör fortsätta längre tid än fyra veckor efter intagningsbeslutet ska han eller hon ansöka om medgivande för sådan vård hos förvaltningsrätten.⁵⁰

Beslutet om att omvandla den slutna psykiatriska tvångsvården till öppen psykiatrisk tvångsvård fattas däremot i domstol. Det är chefsöverläkaren som har befogenhet att ansöka hos förvaltningsrätten om att den psykiatriska tvångsvården ska omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård. Ansökan ska innehålla argument för öppenvård samt uppgift om vilka särskilda villkor som bedöms vara nödvändiga för att tillgodose vårdbehovet. Ansökan ska också innehålla en samordnad vårdplan.⁵¹

Rättspsykiatrisk tvångsvård kan inledas genom ett beslut i allmän domstol, som ett alternativ till fängelsestraff, då gärningsmannen begått brott under inverkan av en allvarlig psykisk störning, i enlighet med 31 kap. 3 § Brottsbalken. Sådan vård kan också inledas för personer som är anhållna, häktade, intagna för rättspsykiatrisk undersökning, intagna eller på väg till kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem till följd av dom om sluten ungdomsvård. För dessa grupper går intagningsförfarandet till på samma sätt som för de som omhändertas med stöd av LPT.⁵²

---

⁴⁸ Carney, Terry, The mental health service crisis of neoliberalism – An antipodean perspective, In: *International Journal of Law and Psychiatry* 31, 2008, s. 101–115, särskilt s. 104.

⁴⁹ 4 §, 6 b § LPT.

⁵⁰ 7 § LPT.

⁵¹ Se 7 § LPT.

⁵² Se 1 § samt 4–5 §§ LRV.

4.3 Regleringen av generella överenskommelser, vårdplanen för den enskilda patienten och de särskilda villkoren avseende öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård

Sveriges kommuner och landsting är förpliktigade att ingå generella överenskommelser med varandra angående ramarna för samverkan kring människor med psykiska funktionshinder. Regler med detta innehåll infördes 2010, då paragrafer med identiska lydelse infördes i hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen.⁵³ Syftet med dessa generella överenskommelser är att de ska utgöra ramverk för de samordnade individuella vårdplaner, som upprättas för de patienter som behöver insatser av såväl landsting som kommun. Av den enskilda patientens vårdplan ska det framgå vilka insatser som hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten ansvarar för.⁵⁴ Genom de generella överenskommelserna förväntas ansvariga huvudmän således ha inarbetat rutiner för samverkan och ha identifierat väsentliga samverkansområden och eventuella problem och hinder i förväg, så att beredskap finns när vårdplaneringen ska göras för den enskilda patienten.

En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård. Av vårdplanen ska det framgå vilka behandlingsinsatser och andra insatser som behövs. Patientens delaktighet och inflytande ska tillgodoses i den samordnade vårdplaneringen. Såväl utformandet av vårdplanen som överväganden rörande insatser från socialtjänsten ska så långt det är möjligt göras i samråd med patienten. Chefsöverläkaren ska undersöka om patienten behöver insatser från socialtjänsten och det ska också framgå av vårdplanen om sådant behov inte finns, eller om patienten inte önskar sådana insatser.⁵⁵

När det sedan blir aktuellt att omvandla den slutna tvångsvården till öppen tvångsvård ska det bifogas en samordnad vårdplan till chefsöverläkarens ansökan om att vården av patienten ska omvandlas. Den samordnade vårdplanen för den individuella patienten ska innehålla information om vilken medicinsk vård och vilket bistånd från landsting respektive kommunens socialtjänst som patienten bedöms behöva, beslut om vård och/eller sociala omsorgsinsatser, vilken enhet som ansvarar för respektive insats och eventuella åtgärder som ska vidtas av andra än landsting och kommun.⁵⁶ Chefsöver-

---

⁵³ 8 a § HSL samt 5 kap. 8 a § SoL. Se även prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

⁵⁴ 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

⁵⁵ 16 § LPT, 6 § LRV samt 3 kap. 9 § SOSFS 2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Se även författningsförslaget i Ds 2014:28 *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård*.

⁵⁶ 7 a § LPT, 16 b § LRV samt SOSFS 2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Se även författningsförslaget i Ds 2014:28 *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård*.

läkaren ska också informera berörda enheter om beslutet att omvandla den slutna psykiatriska vården till öppen. Beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård måste alltid omfatta minst ett särskilt villkor. Det är förvaltningsrätten som beslutar om dessa, men rätten kan också delegera frågan om villkorens innehåll till chefsöverläkaren. Förvaltningsrätterna tenderar att i stor omfattning utnyttja möjligheten till delegation.⁵⁷

För patienter som är föremål för rättspsykiatrisk tvångsvård med särskild utskrivningsprövning ska chefsöverläkaren särskilt redogöra för sin bedömning av risken för att patienten begår nya brott. Chefsöverläkaren ska dessutom redogöra för vilka insatser som planeras i syfte att motverka att patienten återfaller i brottslighet.⁵⁸

Lagstiftaren har specificerat i lagstiftningen vad de särskilda villkoren kan tänkas innefatta, nämligen:

- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.⁵⁹

Uppräkningen är inte uttömmande.⁶⁰ I realiteten består vanliga villkor av krav på att patienten ska följa ordinationer rörande medicinering, komma på regelbundna läkarbesök, inte missbruka droger samt att patienten är skyldig att vistas på viss institution och följa de regler som gäller där och att öppna sitt hem för boendestöd.⁶¹ Av Socialstyrelsens lägesrapport från 2009 framgår att det förekommer fall där patienten förpliktigas att finnas tillgänglig på telefon hela dygnet. Det förekommer också så kallade vistelsevillkor, vilket innebär att patienten inte får lämna boendet utan sällskap av personal men kan

---

⁵⁷ 26 § LPT samt 12 a § och 16 a § LRV. Se även Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 17.

⁵⁸ Se 16 b § LRV.

⁵⁹ Se 26 § LPT.

⁶⁰ Prop. 2007/2008:70 *Ny vårdform inom den psykiatriska vården*, s. 111.

⁶¹ Socialstyrelsen, *En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2009 samt Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 17.

beviljas permission i vissa fall.⁶² Gustafsson menar att beslut under vården som innebär att patient hindras från att lämna ett boende inom den öppna psykiatriska tvångsvården strider mot legalitetsprincipen, eftersom det enbart finns uttryckligt lagstöd för sådana frihetsbegränsningar inom den slutna psykiatriska tvångsvården. Om inte patienten bedöms klara sig själv utanför institutionen utan bistånd av personal borde det inte heller beslutas om öppen tvångsvård för denne patient.⁶³

De särskilda villkoren är inte rättsligt sanktionerade. Patienten kan inte återintas till sluten psykiatrisk tvångsvård enbart på den grund att han eller hon inte följt de särskilda villkor som den öppna vården förenats med. Chefsöverläkaren får däremot besluta att patient åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård om villkoren i 26 a § LPT respektive 3 c och 3 d §§ LRV är uppfyllda. Det innebär att de generella rekvisiten i 3 § LPT om allvarlig psykisk störning, oundgängligt vårdbehov och bristande samtycke ska vara uppfyllda. Dessutom krävs att rättens beslut inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet. Att patienten inte följer särskilda villkor avseende exempelvis medicinering är alltså inget skäl för att återintaga patienten till sluten psykiatrisk tvångsvård, så länge inte övriga rekvisit är uppfyllda. Det faktum att patienten kan komma att insjukna i sin psykiska sjukdom på nytt längre fram är inte att betrakta som ett oundgängligt vårdbehov.⁶⁴

Ur ett rättssäkerhetsperspektiv får en tvångslagstiftning utan några reglerade tvångsåtgärder betraktas som synnerligen motsägelsefull.⁶⁵

När detta skrivs bereds ett förslag på en förändrad reglering av den psykiatriska tvångsvården, vilket bland annat innebär att LPT och LRV samordnas till en lagstiftning och rekvisitet oundgängligt vårdbehov ersätts med påtagligt vårdbehov. I utredningen där den nya lagstiftningen presenteras konstateras att samverkan mellan kommun och landsting kring patienten inom den psykiatriska tvångsvården fortfarande brister, trots att vårdgivarna under 2010 blev skyldiga att ingå generella överenskommelser rörande samverkan. I den föreslagna regleringen ställs därför ytterligare krav på samordnad vårdplane-

⁶² Socialstyrelsen, *En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2009, s. 21.

⁶³ Gustafsson, Ewa, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. En rättsvetenskaplig monografi om LPT*, 2010, s. 174.

⁶⁴ Vahlne Westerhäll, Lotta, Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård – Är lagstiftningen om öppen psykiatrisk tvångsvård rättssäker? *Juridisk tidskrift*, 24 (2012–13) (4) s. 827–844. Se även RÅ 2010 ref. 93.

⁶⁵ Se även Vahlne Westerhäll, Lotta, Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård – Är lagstiftningen om öppen psykiatrisk tvångsvård rättssäker? *Juridisk tidskrift*, 24 (2012–13) (4) s. 827–844.

ring och mera detaljerade krav på utformningen av den individuella vårdplanen.⁶⁶

5. Resultat och analys

5.1 Allmänna intryck av materialet

5.1.1 *Skillnader mellan och inom landstingen*

Av de 19 landsting som ingår i undersökningen hade samtliga ingått generella överenskommelser med kommuner i respektive område. Dock tycktes vissa landsting inte ha ingått generella överenskommelser med samtliga kommuner i sitt område, utan enbart med ett fåtal. Det gäller exempelvis landstinget i Jönköpings län samt Kalmar läns landsting, vars dokumentation enbart hänvisade till överenskommelser med Jönköpings respektive Emmaboda kommun. Östergötlands läns landsting hade även ingått olika överenskommelser med olika kommuner. En av överenskommelserna är mycket kortfattad och fokuserar på instruktioner för hälso- och sjukvårdspersonalen, medan den andra består av en utförlig vårdplan samt en implementering av SKL:s cirkulär om överenskommelser. På motsvarande sätt har Västra Götalandsregionen ingått separata avtal med varje del av regionen. Det kan finnas geografiska och demografiska förklaringar till att överenskommelserna ser olika ut inom ett och samma landsting eller region. Om skillnaderna mellan dokumenten innebär att patienterna också behandlas olika beroende på vilken kommun de tillhör finns det emellertid en uppenbar risk för brister avseende likabehandling.

5.1.2 *Överenskommelser avseende psykiatrisk tvångsvård – ett eftersatt område*

Av de insamlade överenskommelserna framgår att arbetet med att samverka kring patienter inom den psykiatriska tvångsvården inte kommit lika långt som övrig samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Åtta av de landsting som ingick i undersökningen hade ingått omfattande och ambitiösa överenskommelser med kommunerna rörande samverkan kring bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning, men underlätit att här inkludera patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård eller endast undantagsvis nämnt denna patientgrupp. I dessa sjukvårdsområden saknas således även helt eller huvudsakligen centralt utfärdade instruktioner, mallar eller ramar för hur dokumentationen av den psykiatriska tvångsvården ska gå till. Till viss del kan övriga överenskommelser användas till ledning, men i övrigt lämnas yrkesutövaren att inom ramen för den rättsliga regleringen och för vad jour-

---

⁶⁶ Se SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen. Tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*, kap. 20.

nalföringssystemet medger, utforma dokumentationen av tvångsvården enligt eget skön. Detta förutsätter att yrkesutövare har en avsevärd insikt i vad lagstiftningen medger. Att sådan insikt saknas kan vara en förklaring till att det förekommer beslut i vården som strider mot lagstiftningen, exempelvis avseende patients rätt att lämna vårdinrättning.

5.1.3 Förvalda alternativ eller fritext

Materialet från de landsting som i samråd med områdets kommuner valt att inrätta standardiserade dokumentationsmodeller för den psykiatriska tvångsvården, elva landsting, kan indelas i två typer. Merparten har upprättat en ganska enkel mall för den samordnade vårdplaneringen, där olika fält ska fyllas i med uppgifter i fritext om patientens diagnos, behov, insatser, särskilda villkor etc. Dalarnas och Norrbottens läns landsting har istället en mall där fälten inkluderar olika valbara alternativ, vilka den som upprättar vårdplanen kan välja mellan. Mallar där yrkesutövaren är hänvisad till ett färdigt urval av alternativ begränsar yrkesutövarens möjlighet att använda sin kunskap och sitt professionella skön. Å andra sidan ökar förutsättningarna för att legaliteten upprätthålls och att patienter behandlas formellt lika.

5.1.4 Mjukvaran styr

Ett generellt intryck av materialet är att vårdgivarna är ytterst beroende av de mjukvaruprodukter man har valt för sitt journalföringssystem. Journalföringssystemet beskrivs återkommande som styrande för hur och vad som ska dokumenteras, snarare än lagstiftningen, vårdgivarens lokala föreskrifter eller omsorg av patienten. Hur mjukvaran är konstruerad har en avgörande betydelse för hur arbetet gentemot patienten är organiserat. I instruktionerna för personalen vid vårdplanering i Västernorrlands län kan man exempelvis läsa följande:

”För att [mjukvaran] ska stödja vårdplaneringsprocessen krävs att alla vårdplaneringens aktörer läser, signerar och justerar i enlighet med systemets regelverk. Om aktörer med signerings/justeringsansvar inte kvitterar meddelanden i [mjukvaran] försenas processen och patientens vårdtid i den slutna vården riskerar förlängas av rent administrativa skäl...”.

Det är naturligtvis oacceptabelt att administrativa lösningar tillmätts en större betydelse än såväl medicinska som rättsliga bedömningar och förfarandet ställer legalitetsprincipen helt åt sidan.

5.1.5 Olika dokumentationsformer för tvångsvård enligt LPT respektive LRV

Vid flera tillfällen framgår av det insamlade materialet att dokumentation enligt LPT respektive LRV separeras på ett sätt som det är svårt att finna

grund för i lagstiftningen. De tydligaste skillnaderna återfinns i materialet från Västernorrlands läns landsting samt från landstinget i Jönköpings län. I Västernorrlands län dokumenteras tvångsvården enligt LPT i samma journalföringssystem som används för dokumentation av övrig hälso- och sjukvård. Tvångsvård med stöd av LRV dokumenteras däremot i en särskild föreskriven ordning utarbetad vid den rättspsykiatriska kliniken samt, i förekommande fall, i enlighet med samverkansrutiner som upprättats med kommun. Även landstinget i Jönköpings län har olika rutiner för samordnad vårdplanering med stöd av LPT respektive LRV. Enbart i den som avser LPT finns det utrymme för att notera om patienten medverkat vid upprättandet av vårdplanen eller inte och i så fall varför. Det är också enbart i den samordnade vårdplanen avseende LPT som det avsatts utrymme för dokumentation av mål med vården samt av de särskilda villkoren.

I materialet från andra landsting förekommer det att personalen uppmärksammas särskilt på den rättsliga insynen över vården enligt LRV. Det gäller exempelvis Jämtlands läns landsting där materialet innehåller en särskild instruktion till personalen om att uppmärksamma att i det fall öppen tvångsvård för personer som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning omvandlas till sluten vård, måste en anmälan om detta göras till förvaltningsrätten inom fyra dagar.⁶⁷ Detta villkor gäller inte patienter som vårdas i öppen tvångsvård enligt LPT eller enligt LRV, men då utan särskild utskrivningsprövning.

Det rättsliga beslutsfattandet i domstol är större inom LRV än inom LPT, där en större del av beslutanderätten ligger hos chefsöverläkaren eller den som denne delegerar till. Det gäller exempelvis beslut om rättspsykiatrisk vård enligt 1 § p. 1 respektive 3 § LRV samt åklagares möjlighet att överklaga chefsöverläkares beslut om permission, se 20 § LRV. I den utsträckning som dokumentationen av LRV är mera detaljerad och transparent än dokumentationen av LPT skulle detta kunna förklaras med att den större insynen från andra myndigheter medför en strävan efter större omsorg om dokumentationen. Å andra sidan finns det inslag i det insamlade materialet, se landstinget i Jönköping ovan, som ger intryck av att dokumentationen är mindre detaljerad när delar av beslutsfattandet finns hos en annan myndighet. I vilket fall finns det anledning att ifrågasätta om det finns kvalitetsskillnader avseende dokumentationen av vård med stöd av LPT respektive LRV.

---

⁶⁷ Jfr 3 d § samt 16 a § LRV.

5.2 Efterlevnaden av Socialstyrelsens anvisningar angående samordnad vårdplanering

Under 2010 genomförde Socialstyrelsen en utvärdering av den öppna psykiatriska tvångsvården där också implementeringen och tillämpningen av regleringen rörande den samordnade vårdplanen granskades. Styrelsen fann att väsentliga uppgifter, alltså sådana uppgifter som ska finnas med i vårdplanen, saknades i en femtedel av de granskade samordnade vårdplanerna.⁶⁸ Som framgått ovan ska den samordnade planen så långt det är möjligt upprättas i samråd med patienten. Om patienten inte medverkat ska anledningen därtill framgå. Endast i 42 % av de vårdplaner som socialstyrelsen granskade år 2010 framgick detta.⁶⁹ Socialstyrelsen uppmanade därför vårdgivarna att säkerställa att patientens delaktighet och inflytande tillgodosågs i den samordnade vårdplaneringen, samt att den samordnade vårdplanen utgick från patientens behov och innehåller uppföljningsbara mål.⁷⁰

Det vore rimligt att anta att vårdgivarna tagit intryck av Socialstyrelsens kritik vid utformandet av standardiserade former för dokumentation av samordnade vårdplaner. Det material som analyseras i denna artikel tyder emellertid på att det fortfarande är vanligt att den samordnade vårdplanen upprättas utan patientens medverkan. I materialet från sex landsting saknades helt någon mall som inkluderade fält för uppgifter om patientens medverkan. Två landsting använde mallar där patientens medverkan framgick, men där utrymme för att beskriva eventuell anledning till bristande medverkan saknades. Ett landsting, Jönköpings län, hade bara former för dokumentation av patientens medverkan när det gällde vård med stöd av LPT. Patientens medverkan vid upprättandet av samordnad vårdplan när vården beslutats med stöd av LRV saknades helt.

Inte heller Socialstyrelsens andra slutsats, att vårdgivarna borde säkerställa att den samordnade vårdplanen utgick från patientens behov och innehåller uppföljningsbara mål, har satt några särskilda spår i det dokumentationsmaterial som granskades i denna undersökning. För att kunna följa upp vårdplanerna måste det framgå av planerna vad som är målet med insatserna på kort och på lång sikt. Endast fem landsting av de 19 som granskats i undersökningen hade något utrymme på dokumentationsformulären, eller någon annan anvisning, som inkluderade mätbara mål. Eftersom ett alldeles grund-

---

⁶⁸ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 28.

⁶⁹ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 20–21.

⁷⁰ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 7.

läggande syfte med standardiserade dokumentationsformer är just att tillhandahålla effektiva möjligheter till uppföljning och utvärdering, är det anmärkningsvärt att detta mål inte fått ett större genomslag.

I sin genomlysning framhöll Socialstyrelsen också betydelsen av att de särskilda villkoren för de som vårdas i öppen rättspsykiatrisk tvångsvård är utformade på ett sådant sätt, att de minimerar risken för att patienten begår nya allvarliga brott på grund av sin psykiska sjukdom. De särskilda villkoren ska alltså i dessa fall kopplas till en riskbedömning för patienten. Socialstyrelsen konstaterade att många vårdplaner saknade hänvisningar till hur de särskilda villkoren skulle minimera risken för att patienten återfaller i brottslighet.⁷¹ Av det insamlade materialet att döma tycks riskbedömningar fortfarande inte vara något som särskilt beaktats när mallar och instruktioner för dokumentation upprättats i landets landsting, regioner och kommuner. Frågan om riskbedömning nämns bara vid något enstaka tillfälle i hela det granskade materialet.

Det undersökta materialet ger anledning att anta att implementeringen av regleringen rörande samverkan går trögt. Socialstyrelsens ställning som central förvaltningsmyndighet och normbildare på området för psykiatrisk tvångsvård förefaller inte heller särskilt stark.

5.3 Vårdplaner och rättssäkerhet

5.3.1 Allmänt

Välfärdsstaten förutsätts vara präglad av rättssäkerhetsgarantier.⁷² Rättssäkerhet är ett centralt värde att utgå ifrån när enskilda ska skyddas mot offentlig maktutövning, inte minst eftersom maktutövning alltid kan missbrukas.⁷³ Genomgången av det granskade dokumentationsmaterialet ger upphov till flera frågor avseende rättssäkerheten i den öppna psykiatriska tvångsvården, varav några har berörts ovan. I texten nedan specificeras vilka rättssäkerhetsområden som är särskilt relevanta att diskutera i relation till det granskade materialet.

5.3.2 Transparens i vårdplaneringen och skyldigheten att informera patienten

På ett övergripande plan kan man konstatera att regleringen av vårdplaneringen i den öppna psykiatriska tvångsvården är omfattande, svåröverskådlig

---

⁷¹ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 28 f.

⁷² Vahlne Westerhäll, Lotta, *Den starka statens fall?: en rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950–2000*, 2002, s. 37.

⁷³ Staaf, Annika *Rättssäkerhet och tvångsvård: en rättssociologisk studie*, 2005, s. 25.

och otydlig. Regleringen finns på flera olika nivåer i normgivningshierarkin och väsentliga instruktioner och riktlinjer presenteras också av Socialstyrelsen i form av rapporter och utvärderingar. Implementeringen lämnas åt vårdgivarna, vilka i sin tur gör olika tolkningar av hur vårdplaneringen ska gå till. Detta ger ytterligare anledning att anta att vårdplaneringen framstår som otydlig och svåröverskådlig för patienten.

Sociologen Stefan Sjöström har undersökt den öppna psykiatriska tvångsvården ur ett patientperspektiv. Han intervjuade patienter i syfte att klarlägga deras allmänna uppfattning av denna vårdform. Det övergripande intrycket är att patienterna har svårt att uppfatta och förstå de regler som gäller för vården. Sjöström fann att patienterna var osäkra över vad som egentligen gällde på flera centrala områden, bland annat om de egentligen var föremål för tvångsvård eller inte men även över vilka särskilda villkor som gällde för vården i det enskilda fallet. Många patienter var inte medvetna om förekomsten av centrala förutsättningar för vården, som exempelvis en samordnad vårdplan. Följaktligen var också kunskapen om det närmre innehållet i vårdplanen liten bland patienterna. I viss utsträckning uppfattade patienterna olika företeelser, som saknar författningsstöd och som inte heller fanns bland de särskilda villkoren, som en del av tvångsvården. Patienter hade exempelvis uppfattat uppmaningar att inte söka arbete, att inte ha husdjur eller att skaffa pass, som delar av beslutet om tvångsvård. Sjöström menar att de intervjuades hälsotillstånd knappast kunde förklara deras okunskap. Han förklarar istället patienternas bristande insikt med lagstiftningens allmänna otydlighet, i kombination med att de inte informerats i den utsträckning som de borde.⁷⁴

Att patienten ska ha grundläggande insikt i vad som är grunden för tvångsvården och vad vården innebär är ett mycket basalt krav, som också framgår av den allmänna regleringen.⁷⁵ Som framgått ovan ska den samordnade planen dessutom så långt det är möjligt upprättas i samråd med patienten. Det standardiserade dokumentationsmaterialet är dessvärre endast undantagsvis utformat med detta mål för ögonen. Benägenheten att inkludera patienten varierar kraftigt mellan de olika vårdplanerna.

Den standardiserade vårdplan som används för patienter som är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård med samordnade insatser mellan Stockholms läns landsting och någon av kommunerna inom Kommunförbundet Stockholms län, är konstruerad som en del av den övergripande överenskommelsen mellan landstinget och kommunerna och består konkret av en bilaga till överenskommelsen. Vårdplanen är väldigt kort och koncis och tillhanda-

---

⁷⁴ Socialstyrelsen, *Det diffusa tvånget. Patienters upplevelser av öppen tvångsvård*, 2012.

⁷⁵ Se 2 b § HSL, 6 kap. 6 § PSL samt 3 kap. patientlag (2014:821).

håller mycket begränsat utrymme för att beskriva de omständigheter som är relevanta för den individuella patienten. Den övervägande delen av vårdplanen är avsedd för notering av namnen på de som är ansvariga för vården eller kontaktpersoner vid de olika institutioner som patienten kan komma i kontakt med, bland annat beroendevården och frivården. Patienten är snarast osynlig i vårdplanen. Denna framstår mera som en telefonlista än som en dokumentation över planerade vårdinsatser. Patienten nämns i tredje person i två fält; "Patienten har medverkat", samt "Patienten är informerad...", vilka båda följs av en ja- respektive nej-ruta som ska kryssas för. Blanketten tycks konstruerad för att medfölja ansökan om tvångsvård till förvaltningsrätten, eftersom det utrymme som avser särskilda villkor är formulerat "Följande villkor föreslås i ansökan". Hur de särskilda villkoren slutligen kommer att utformas är inte planen anpassad att avspegla. Sammantaget tycks den standardiserade vårdplanen inte vara avsedd att läsas av patienten själv eller vara ett arbetsredskap i någon konkret vårdssituation.

Mellan Norrbottens läns landsting och Kommunförbundet Norrbotten finns en generell överenskommelse om hur samverkan mellan landstinget och kommunerna ska gå till. Det finns ingen standardiserad vårdplan, men ett dokument kallat "Samordnad vårdplanering" som förefaller vara riktlinjer för personalen vid upprättandet av en samordnad vårdplan för en patient inom den öppna psykiatriska tvångsvården. Det konkreta innehållet i planen påminner om innehållet i vårdplanen från Stockholms läns landsting, vilken beskrivs ovan. I planen finns inledningsvis utrymme att notera patientens namn och personnummer och huruvida patienten medverkat vid vårdplaneringen eller inte, i övrigt märks knappast patienten. I de standardiserade vårdplanerna från Stockholms och Norrbottens län framstår patienten inom den öppna psykiatriska tvångsvården som ett passivt och i det närmaste osynligt föremål för vård. Patienten vars vård dokumenteras enligt denna ordning förväntas knappast ta del av information rörande vården och de särskilda villkoren och torde följaktligen knappast ha någon insikt om hur vården är planerad.

Det samverkansavtal med tillhörande standardiserad vårdplan som ingåtts mellan Landstinget i Östergötland och Kinda, Linköping, Ydre samt Åtvidabergs kommuner är på många sätt motsatsen till de vårdplaner som beskrivs ovan. Här finns ingen standardiserad vårdplan avsedd för den psykiatriska tvångsvården, utan istället en generell vårdplan för alla typer av samverkan mellan landsting och kommun. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan också i dokumentationssystemet göra egna kompletterande anteckningar. Den generella vårdplanen är mycket utförlig, patienten framträder tydligt i dokumentet och är vid upprepade tillfällen refererad till i första person. Hon uppmanas exempelvis att uppges "Mina tydliga varningssignaler" i en ruta. Flera områden

i dokumentet, avsedda för framtida utvärdering av vårdplanen, har rubrikerna ”Hur går vi vidare?”. Den patient som framträder i denna vårdplan är en aktiv och samarbetsvillig aktör i vårdsituationen. Ur ett rättsligt perspektiv kan detta visserligen ge den missvisande föreställningen om att patienten har någon konkret rätt att besluta om vårdens innehåll, vilket ju knappast är fallet eftersom det är fråga om tvångsvård. Men vårdplanens utformning ger likväl intrycket av att hela planeringen sker tillsammans med patienten som också integreras i de olika momenten, vilket i sin tur kan bidra till en ökad transparens.

5.3.3 Legalitet, likabehandling, individuella hänsyn och professionellt omdöme

Att den offentliga makten ska utövas under lagarna framgår av regeringsformens allra första paragraf. Stadgandet innebär två krav på maktutövningen, nämligen dessa; kravet på normmässighet istället för godtycke samt kravet på klart och uttryckligt författningsstöd för betungande förvaltningsbeslut.⁷⁶ Inom den psykiatriska tvångsvården har det i flera fall framkommit att åtgärder presenteras och genomförs på ett sådant sätt att de i alla avseenden måste betraktas som tvångsåtgärder, trots att det saknas något lagstöd för dem. Det kan gälla hot om sanktioner eller faktisk tillämpning av sanktioner utan lagstöd, eller att sociala förmåner och insatser presenteras som om de vore villkorade.⁷⁷

Brister avseende legalitetsprincipen förekommer också i det undersökta materialet. Som framgått ovan varierar de standardiserade vårdplanerna avsevärt mellan olika vårdgivare. Patienterna tycks få olika information om vården och olika insyn i vårdplaneringen. Rutinerna för dokumentation av de särskilda villkoren varierar och är vissa fall rent av oklara. Bland överenskommelserna och instruktionerna förekommer också direkt felaktiga beskrivningar av gällande rätt. I riktlinjerna för vårdplanering från Norrbottens läns landsting anges exempelvis hur man uppfattar att villkoren för återintag ser ut enligt 26 a § LPT samt 3 a § och 3 b § LRV. Enligt riktlinjerna för vårdplanering i området ska brott mot de särskilda villkoren anses indikera försämring, som ska bedömas noggrant och kan anses utgöra grund för återintag. Denna beskrivning av gällande rätt torde kunna medföra att återintag sker i strid mot lagstiftningen, då återintag endast kan ske om de grundläggande rekvisiten för tvångsvård – bland annat förekomsten av ett oundgängligt behov av vård på en sluten psykiatrisk klinik – är uppfyllda. I riktlinjerna finns även andra

⁷⁶ Sterzel, Fredrik, Legalitetsprincipen, I Marcusson, Lena (red.) *Offentlighetsprinciper*, 2012.

⁷⁷ Socialstyrelsen, *Det diffusa tvånget. Patienters upplevelser av öppen tvångsvård*, 2012. Se även Åkerman, Sofia & Eriksson, Therese, *Slutstation Rättspsyk. Om tvångsvårdade kvinnor som inte döms för brott*, 2011.

uppgifter som är direkt felaktiga. Bland annat uppmärksammas personalen på att insatser enligt SoL måste ansökas av patienten själv eller av dennes gode man eller förvaltare, trots att insatser enligt SoL endast går att söka av den enskilde själv.

Det förekommer också att vårdplanens utseende på ett mera allmänt sätt avviker från hälso- och sjukvårdsregleringen. Den svenska regleringen av patientens rättigheter är fokuserad på vårdgivarens och personalens skyldigheter gentemot patienten. Patienten själv har knappast några författningsreglerade utkrävbara legala rättigheter.⁷⁸ En vårdplan som baseras på en föreställning om patienten som en autonom individ i en värld av rättigheter är alltså inte särskilt realistisk. Vårdplanen från Landstinget i Östergötland går långt i detta avseende, då patienten här rent av artikuleras som ett ansvarigt subjekt. Rubriken på vårdplanens första sida är följaktligen "Dina skyldigheter". Ambitionen att inkludera patienten i vården kan inte ändra det faktum att enbart vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal har skyldigheter. Rubriken i vårdplanen kan också leda fel i det avseendet att patienten kan tro att vårdplanen utgör dokumentation av en kontraktuell relation. I en tvångsvårdssituation är detta naturligtvis inte fallet. Tvångsvården är ingen tjänst som patienten kan välja att avstå ifrån.

De bristande och otydliga formerna för dokumentation av de särskilda villkoren är speciellt allvarliga. De särskilda villkoren är direkt betungande pålagor för patienten. Kravet på klart och tydligt författningsstöd borde innebära att dokumentationen av dessa var särskilt noggrann och tydlig. Det är anmärkningsvärt att dessa inte har en tydlig och framträdande plats i fler än ett fåtal av de standardiserade dokumentationsmodeller som studerats.

Skillnaderna avseende de studerade vårdplanerna ger anledning att ifrågasätta om alla patienter inom den öppna psykiatriska tvångsvården tillerkänns en likartad rättslig ställning. En uppenbar fördel med standardiserade dokumentationsformer är just möjligheten till likformighet i handläggning och dokumentation. Men för att möjligheten till likformighet ska realiseras torde samma modell för vårdplanering behöva användas i hela landet, på samma sätt som det finns en enhetlig dokumentationsform för vårdintyg inför beslut om psykiatrisk tvångsvård.⁷⁹ Nackdelen med en sådan lösning är att utrymmet för yrkesutövaren att tillämpa sin kunskap och sitt professionella omdöme blir mindre. Möjligheten att ta individuella hänsyn i det särskilda fallet blir också mindre, vilket kan vara till nackdel för en patientanpassad och -centrerad vård. Den ideala formen för dokumentation måste balansera kravet

⁷⁸ Staaf, Annika. et al., *Hälso- och sjukvårdsrätt – en introduktion för professionsutbildningar*, 2012.

⁷⁹ Se 4 § och 11 § LPT respektive 5 § LRV samt SOSFS 2013:4 Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. Bilaga 5.

på likformighet mot möjligheten att anpassa dokumentationen till omständigheterna i det enskilda fallet. Detta måste samtidigt ske utan att legaliteten brister. Den standardiserade vårdplanen som utformats i samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommunförbund ger intryck av att kunna fungera på detta sätt. Till denna vårdplan har även fogats en bilaga som är avsedd för dokumentation av de särskilda villkoren som gäller för vården av den enskilda patienten. Denna vårdplan är mycket strukturerad och varje insats och särskilt villkor beskrivs som ett svar på ett särskilt behov från patientens sida. I planen avdelas också utrymme för att specificera vem och vilken myndighet som är ansvarig för att tillgodose varje enskild insats och uppmärksamma varje särskilt villkor. Av planen framgår också hur varje insats ska utvärderas.

6. Sammanfattande slutsatser

I denna artikel redogörs för en undersökning av sådana överenskommelser rörande psykiatrisk tvångsvård och material avseende samordnad vårdplanering av öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård, som upprättats av Sveriges landsting och kommuner. De standardiserade formerna för dokumentation av vårdplanering diskuteras som ett uttryck för de styrformer som infördes i svensk förvaltning under 1990-talet och som benämns New Public Management. Undersökningens syfte har varit att analysera hur väl standardiserade vårdplaner tillgodoser klassiska rättssäkerhetsprinciper. Patienter som är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård befinner sig i en särskilt utsatt position, inte minst för att vårdformen i sig, öppen tvångsvård, är otydlig och motstridig. Den påbudna behandlingen under tvångsvården får inte genomdrivas med några tvångsåtgärder. Inte heller får några sanktioner tillgripas. Om en patient vägrar att följa de särskilda villkor som uppställts när den öppna tvångsvården beslutades kan hälso- och sjukvårdspersonalen endast försöka motivera patienten till att ompröva sin hållning.

Undersökningen visar att utformningen av de generella överenskommelserna, de standardiserade vårdplanerna och de särskilda villkoren varierar kraftigt i landet. I vissa fall varierar dokumentationsformerna till och med inom samma landsting. I vissa standardiserade vårdplaner finns avsevärt utrymme för patienten att komma till tals, men i flertalet märks patienten knappast alls.

Majoriteten av vårdgivarna tycks inte heller ha tagit till sig de anvisningar som kommer från den centrala förvaltningsmyndigheten Socialstyrelsen, när de standardiserade dokumentationsformerna arbetats fram.

Ett basalt krav på en standardiserad vårdplan måste vara att den syftar till att tillgodose patientens rätt till individuellt anpassad information rörande

vården i allmänhet och den öppna psykiatriska tvångsvården och de särskilda villkoren i synnerhet. Majoriteten av de standardiserade vårdplanerna är emellertid inte anpassade för samråd med patienten, eller konstruerade på ett sådant sätt att patientens rätt till information tillgodoses. Detta innebär att vårdplaneringen inte sker på ett sådant sätt som lagstiftaren eller Socialstyrelsen avsett och den torde inte heller framstå som begriplig och tillgänglig för patienten.

Av överenskommelser och sådana instruktioner som utfärdats för att användas av personalen inför vårdplaneringen framkom även felaktiga uppfattningar om gällande rätt. I de fall som underlaget för vårdplanen innehåller direkta rättsliga felaktigheter får det generella syftet med standardiserade dokumentationsformer – att höja kvaliteten – direkt motsatt effekt, eftersom den vårdplanering som följer mallen blir felaktig. Ska personalen följa en standardiserad mall är det ett basalt krav att detta underlag också är utformat i enlighet med gällande lagstiftning och att yrkesutövarna fått tillräckliga instruktioner för att använda mallen på avsett sätt. En generell nackdel med standardiserade dokumentationsformer kan även vara att möjligheten för yrkesutövaren att använda sin kunskap och sitt professionella skön och möjligheten att anpassa insatserna efter patienten i det enskilda fallet kan minska.

Sammantaget tycks de standardiserade dokumentationsformerna inte fungera som ett sådant effektivt redskap för att uppnå en likformig och lätt utvärderad, patientsäker dokumentation som initialt varit avsikten. Detta medför brister avseende patientens rättssäkerhet och, i värsta fall, att form går före lag.

IV

Nordisk Socialrättslig Tidskrift

Särtryck ur NST 17–18.2018

Kommunal familjerådgivning
som allmänning – Ett exempel
på polycentrisk reglering

Av Lotta Wendel

Kommunal familjerådgivning som allmänning

– Ett exempel på polycentrisk reglering*

LOTTA WENDEL, *jur. kand. och adjunkt, Malmö universitet*

ABSTRACT

In this article the historic development of the regulation regarding municipal family counseling is described and discussed with the help of Elinor Ostrom's theory of the commons and polycentric governance. The article stems from the fact that licensed psychotherapists are not expected to keep patient journals when working in the municipal family counseling, even though the law imposes such a requirement. This deviation from the principle of legality is discussed in the article as an example of polycentric law.

1. Inledning

Legitimerade psykoterapeuter är idag en etablerad profession i den kommunala socialtjänsten. Inte minst beror detta på att Familjerådgivningen, som Sveriges kommuner sedan 1995 är skyldiga att erbjuda kommuninnevånarna, har kommit att erbjuda ett naturligt verksamhetsfält för legitimerade psykoterapeuter. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har en rad lagstadgade skyldigheter, vilka framgår av bland annat 6 kap. patientsäkerhetslag (2010:659) (PSL) och 3 kap. patientdatalag (2008:355) (PDL). Ett grundläggande krav på legitimerad hälso- och

* Ett särskilt tack till de båda anonyma granskarna för noggrann läsning och konstruktiva kommentarer.

sjukvårdspersonal är att de ska dokumentera sin behandling, se 3 kap. 1 § PDL. Detta krav till trots råder det en slags konsensus kring att legitimerade psykoterapeuter inom den kommunala familjeterapin inte har någon dokumentationsskyldighet.¹

Att det lagreglerade dokumentationskravet har kommit att helt falla bort är uppseendeväckande ur ett legalistiskt perspektiv och visar på en tydlig pluralism i ett rättssystem som förutsätts vara monistiskt. Det är också uppseendeväckande ur ett professionsteoretiskt perspektiv. Hur ökad byråkratisk styrning kommit att minska yrkesutövarers autonomi är ett återkommande tema inom professionsforskningen.² I synnerhet tycks det vara yrkesverksamma i människobehandlande yrken i offentlig sektor som är föremål för en ökad administrativ och byråkratisk styrning. Friheten i det professionella yrkesutövandet minskar i motsvarande mån.³ I detta perspektiv är de legitimerade psykoterapeuter som är verksamma inom den kommunala familjerådgivningen något av en anomali. Här finns en yrkesgrupp som har mycket stor möjlighet att utöva ett eget professionellt skön.

Hur blev det så här? Artikeln tar avstamp i det rättsvetenskapliga samtalet om rättslig polycentri och frågan om rätten ska uppfattas som ett monistiskt system eller ett polycentriskt. Jag har valt att diskutera de legitimerade psykoterapeuternas verksamhet inom den kommunala familjerådgivningen utifrån Elinor Ostroms arbete om förvaltning av allmänningar.⁴ Ostrom har i flera studier visat att polycentrisk förvalt-

1 Socialstyrelsen, Om den kommunala familjerådgivningens organisation, sekretess, vittnesplikt m.m. Meddelandeblad, april 2008.

2 Hans Hasselbladh, Eva Bejeröth, Rolf Å. Gustafsson, Bortom New Public Management – Institutionell transformation i svensk sjukvård, 2008, Lennart Svensson, Profession, organisation, kollegialitet och ansvar, Socialvetenskaplig Tidskrift, 2011, (4), 301–319, Eva Johnsson, Kapitel 7. Autonomi och styrning. I: Thomas Brante et al, Professionerna i kunskapssamhället. En jämförande studie av svenska professioner, 2015.

3 Eva Johnsson, Kapitel 7. Autonomi och styrning. I: Thomas Brante et al, Professionerna i kunskapssamhället. En jämförande studie av svenska professioner, 2015.

4 Med allmänningar avses en gemensamt ägd, brukad och förvaltd naturresurs. Se vidare avsnitt 2.2 nedan.

ning av institutioner under vissa förutsättningar kan vara nog så stabil och effektiv.⁵

Artikeln inleds med en översiktlig beskrivning av ett polycentriskt förhållningssätt till rätten innebär. Därefter beskrivs framväxten av den kommunala familjerådgivningen som en allmänning och den nuvarande regleringen av den kommunala familjerådgivningen som ett exempel på polycentrisk reglering. Artikeln avslutas med några sammanfattande synpunkter.

2. Rättspluralism och polycentri

2.1 *Monocentrism och rättspluralism*

Traditionellt antas rättssystemet vara homogent och fritt från motsägelser. Rättssystemet förväntas vara systematiserat enligt en vedertagen normhierarki där normer har olika vikt och betydelse. Överst finns de principiella ställningstaganden som återfinns i grundlagarna och längst ner har myndighetsföreskrifterna placerats. Andra uttalanden från myndigheter i form av allmänna råd och meddelandeblad har ingen bindande verkan överhuvudtaget, låt vara att de kan vara strakt styrande i praktiken. I enlighet med detta synsätt är en norms giltighet beroende av om den antagits enligt en etablerad ordning och dess vikt är beroende av var den befinner sig i normhierarkin. Att normer längre ner i hierarkin måste vara konforma med de ramar som stadgas i normer av högre rang framgår av den s.k. formella lagkraftens princip i 8 kap. 18 § regeringsformen (1974:152).

En aspekt av detta monocentriska förhållningssätt till rättssystemet representeras av koherentismen. Ett koherent rättssystem kännetecknas av (1) logisk motsägelsefrihet, (2) omfattande räckvidd och (3) stöd från andra komponenter i systemet. Kravet på räckvidd innebär att ett enhetligt rättssystem ska omfatta så många och så varierande situationer som möjligt. Kravet på stöd innebär att det ska finnas så många positiva stödrelationer mellan element i systemet som möjligt. Eftersom den

5 Se framförallt Elinor Ostrom, *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective*, 1990, Cambridge University Press (svensk översättning: *Allmänningen som samhällsinstitution*, 2009).

traditionella rättsdogmatiska metoden, där uppgiften är att tolka och systematisera lagstiftningen, bidrar till förståelsen för rättssystemet som något homogent och koherent är det också den föredragna metoden enligt ett monocentrisk synsätt.⁶

Men i själva verket innehåller rättssystemet pluralistiska och ibland motsägelsefulla regler och principer. Att legitimerade psykoterapeuter verksamma inom den kommunala familjerådgivningen i ett meddelandeblad undantagits från sin lagstadgade dokumentationsskyldighet är ett sådant exempel. Den rättsliga pluralismen är en konsekvens av samhällets kulturella, sociala och strukturella pluralism. Ett pluralistiskt och mångkulturellt samhälle kommer också att generera en pluralism avseende värderingar och normer. Den ökade betydelsen av internationell rätt och rättsliga kulturer i Sverige förstärker detta faktum.⁷

Ibland används begreppet rättslig polycentri för att beskriva rättssystemets inslag av överlappande eller konkurrerande rättskällor. Det är ingen enhetlig teori. En grundläggande skillnad kan göras mellan de pluralistiska perspektiv som fokuserar på den traditionella rättskälleläran och identifierar brister i beskrivningen av ett homogent rättssystem å ena sidan och de som har ett bredare perspektiv och argumenterar för att lagen inte heller bör definieras som ett enhetligt normativt system å den andra. Rättsvetenskapliga forskare i den första gruppen betonar att rättskälleläran förändras utifrån vilket rättssystem, rättsområde och vilken nivå i rättssystemet som studeras. Forskare i den andra gruppen fokuserar istället på lapptäcken av olika normer och normativa fält som har uppstått under olika förhållandet och med olika förutsättningar.⁸

Begreppet rättslig polycentri introducerades i nordisk rättsvetenskaplig kontext med en kort essä av den danske domaren och forskaren, Henrik Zahle.⁹ Zahle tillhörde den första av de två grupper som beskrivits ovan och använde begreppet för att beskriva hur administrativa myndigheter

6 Aleksander Peczenik, Juridikens allmänna läror. Svensk Juristtidning, 2005, s. 249–272 (261).

7 Kjell-Åke Modeer, Det historiska argumentet i senmodern rättslig diskurs. Svensk Juristtidning 2009, s. 340–352.

8 Erik Björling, Rättstillämpningens tystad: en rättsvetenskaplig narratologisk studie om argumentation och rättsliga uttryck inom civilprocessen, 2017, s. 129 ff.

9 Henrik Zahle, Polycentri i retskildelaeren. I: Festskrift till Eckhoff, Samfunn, Rett, Rettferdighet, 1986, s. 752–756.

introducerade regler vars legitimitet berodde på andra förutsättningar än myndighetens ställning i förhållande till normgivningsmakten. Han hävdade att den traditionella rättskälleläran hade utvecklats mot en polycentrisk ordning där offentliga myndigheter hade tilldelats en särskild regulativ status.

Monocentrismen förutsätter en konservativ inställning till verkligheten. Med varje rättslig förändring riskeras koherensen därför bör, enligt denna uppfattning, uppfattningar som strider mot sådant som tidigare tagits för givet enbart leda till minimala förändringar av rättssystemet.¹⁰ Monocentrismen innebär också en hög grad av formalism, eftersom formen och systematiseringen av normer sätts före rättssystemets materiella innehåll. Trots att den monocentriska förståelsen har ifrågasatts av åtskilliga andra rättsvetenskapliga angreppssätt har den monocentriska uppfattningen fortsatt att vara stark. Uppfattningen att rättssystemet är och borde vara en enhetlig, homogen och sammanhängande struktur dominerar således det rättsdogmatiska perspektivet, även om det är uppenbart att rättssystemet i själva verket är pluralistiskt.¹¹

Rättspluralistiska tillvägagångssätt har kritiserats för att leda till värderativism och en rättsstat där allting accepteras. Det är en missvisande kritik, eftersom rättspluralismen är ett faktum och det är tydligt att rättsens monometri helt enkelt inte kan upprätthållas.¹²

2.2 Elinor Ostrom och polycentrisk styrning

Det faktum att lagstiftningen i realiteten inte kännetecknas av fullständig monometri innebär också att den juridiska diskursen kommer att präglas av pluralism. Den rättsvetenskapliga forskningen omfattar redan idag, med Kuhns terminologi, en pluralistisk ”disciplinär matrix”¹³, där det rättsdogmatiska hantverket påverkas av konkurrerande rättskällor

10 Aleksander Peczenik, Juridikens allmänna läror, Svensk Juristtidning, 2005, p. 249–272 (262–263).

11 John Griffiths, What is legal pluralism, I: Journal of Legal Pluralism, 1986, nr 24. Se även Håkan Gustafsson, Rättens polyvalens, 2002, kap. 3.

12 Erik Björling, Rättstillämpningens tystad: en rättsvetenskaplig narratologisk studie om argumentation och rättsliga uttryck inom civilprocessen. 2017, s. 128.

13 Thomas S. Kuhn, The Structure of Scientific Revolutions, 1962, University of Chicago Press.

och kombineras också med teoretiska perspektiv och metodologiska tillvägagångssätt som hämtas från exempelvis sociologi, psykologi eller ekonomisk teori.

I denna artikel använder jag Elinor Ostroms teori om polycentrisk styrning för att analysera framväxten av den kommunala familjerådgivningen. Ostrom, nationalekonom och statsvetare, studerade hur "allmänningar" som vatten-, skogs- och fiskerinäringar som förvaltades lokalt utmärktes av effektivitet och långsiktigt resursutnyttjande. Hennes forskning om polycentrisk styrning avvisar konceptet *homo economicus*, idén att människor naturligt alltid strävar efter att maximera personliga fördelar på det allmännas bekostnad. Istället visar hennes forskning att människor på åtskilliga platser samlats för att gemensamt ta hand om tillgångar för att se till allas bästa intresse. Ostroms forskning utmanar föreställningen om monocentrisk central styrning och indikerar istället att normer som utvecklas lokalt och organiskt kan erbjuda hållbara lösningar. Institutioner kan alltså stärkas om de tillåts självreglera sig i samverkan med lokala, regionala och nationella organisationer och myndigheter.¹⁴

Hennes induktiva tillvägagångssätt har lett till åtta universella hypoteser/generaliserbara regler som hon menar är nödvändiga för att skapa en stabil polycentrisk styrning och hållbar förvaltning. Hon kallar dem designprinciper och beskriver dem på följande vis:¹⁵

1. **Tydligt definierade gränser:** Det måste vara tydligt definierat vilka som ska förvalta allmänningen och dess gränser måste också definieras tydligt. Alla ska veta vad som ska förvaltas, för vem och hur.
2. **Reglerna för förvaltningen är anpassade efter lokala förhållanden:** Institutionens livslängd, legitimitet och stabilitet är beroende av att regleringen avpassats efter de lokala förhållandena.

14 Elinor Ostrom, *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective*, 1990, Cambridge University Press (svensk översättning: *Allmänningen som samhällsinstitution*, 2009). Se även Cyril Holm, F. A. Hayek's Critique of Legislation. 2014.

15 Elinor Ostrom, *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective*, 1990, Cambridge University Press (svensk översättning: *Allmänningen som samhällsinstitution*, 2009).

3. **System för kollektiva val:** Denna princip beskriver Ostrom på ett sätt som ligger nära andra beskrivningar av en professions självreglering. De som förvaltar allmänningen och beroende av hur styrningen fungerar bör tillerkännas avgörande påverkan på den övergripande styrningsregleringen. Följden blir ett regelverk som är väl anpassat efter lokala förhållanden.
4. **Övervakning:** Även denna princip ligger nära den professionella självregleringen. Om förvaltarna av allmänningen samtidigt är de som övervakar att reglerna för allmänningen följs, kan förvaltarna själva försäkra sig om att även andra följer reglerna.
5. **Graderade sanktioner:** Förvaltare som bryter mot reglerna kan tilldelas påföljder, som varierar utifrån grad av regelbrott och kontext. Om påföljderna är alltför tunga kan det leda till att individer vänder sig mot allmänningen.
6. **Konfliktlösningsmekanism:** Om institutionen ska vara hållbar måste det finnas ett utvecklat system för konfliktlösning. Det kan vara informellt eller officiellt i sin karaktär; det viktiga är att det finns ett planerat tillvägagångssätt.
7. **Offentligt erkännande:** Att institutionen och reglerna för styrning av densamma åtnjuter en viss grad av erkännande av det offentliga är en förutsättning för att institutionen ska upprätthållas.
8. **Nästlade enheter:** Samtliga regler är organiserade i samverkan och ömsesidigt erkännande mellan olika institutioner på flera nivåer.

Jurister har hittills använt Ostroms designprinciper vid analyser av äganderätten, miljöätten och upphovsrätten.¹⁶ Jag använder Ostroms designprinciper på ett specifikt socialrättsligt område, nämligen för att beskriva och analysera hur den kommunala familjerådgivningen växt fram och hur den karaktäriseras av polycentrisk reglering.

Ostrom definierar institutioner som "... de inrättningar som människor använder för att organisera alla former för repetitiv och strukturerad

16 Carol M. Rose, Ostrom and the lawyers: the impact of Governing the Commons on the American legal academy. I: International Journal of the Commons, 2011, vol 5, no 1, s. 28–49.

samverkan, inklusive familjer, grannskap, marknader, företag, föreningar, kyrkor, privata föreningar och offentlig förvaltning i alla former”.¹⁷

Verksamheten som de legitimerade psykoterapeuterna bedriver i kommunerna faller inom denna definition och bör uppfattas som en institution i Ostroms mening. Psykoterapeuterna själva tycks också uppfatta den kommunala familjerådgivningen på detta vis och framhåller att de organisatoriska normativa ramarna är väl valda för ändamålet. De uppfattar sig varken som hälso- och sjukvårdspersonal eller som en del av den traditionella socialtjänsten. De framhåller också betydelsen av en väl fungerande samverkan med andra yrkesgrupper, inte minst kollegorna vid familjerådgivningen som saknar legitimation som psykoterapeut och de medicinska professionerna verksamma inom hälso- och sjukvården.¹⁸

Frågan är om deras verksamhet kan betraktas som ”allmänning” och om designprinciperna kan tillämpas på deras verksamhet så som de befanns giltiga vid förvaltningen av de naturresurser som Ostrom beforskade. Ostrom själv uteslöt inte att kunskap skulle kunna betraktas som en ”allmänning” och uppmuntrade aktivt fortsatt forskning på olika områden där principerna kunde prövas och eventuellt modifieras.¹⁹

3. Familjerådgivningens framväxt och etablering

3.1 *Allmänt*

I detta avsnitt beskrivs, utifrån lagtext, förarbeten och annat normativt material, hur den polycentriska styrningen av familjerådgivningen har vuxit fram. En central utgångspunkt för Ostrom är att institutioner och regleringen av dem måste organiseras så att människors välfärd förbättras över tid.²⁰ Hennes uppfattning är att centralt påbjuden lagstiftning kan förstöra sådan välfärd som polycentrisk styrning kan innebära, eftersom

17 Elinor Ostrom, *Understanding Institutional Diversity*, 2005, Princeton: Princeton University Press, s. 8. Min översättning.

18 Lotta Wendel, *Legitimerad psykoterapeut inom kommunal familjerådgivning. Att vara verksam i en polycentrisk organisation*. Kommande.

19 Charlotte Hess & Elinor Ostrom, *Understanding Knowledge as Commons. From Theory to Practice*, 2007, The MIT Press.

20 Elinor Ostrom, *Understanding Institutional Diversity*, 2005, Princeton: Princeton University Press, s. 31.

den riskerar att skada sådana normativa förutsättningar som under lång tid fått utvecklas organiskt i samverkan mellan olika privata och offentligt organiserade normativa nivåer.²¹

I detta avsnitt diskuterar jag i vad mån Ostroms designprinciper, som de beskrivits ovan, kan förklara den starka legitimiteten i organiseringen av den kommunala familjerådgivningen.

3.2 *Den institutionella ramen för professionell självreglering*

Med profession brukar avses en yrkesmässig grupp med autonom ställning över ett särskilt område, en jurisdiktion, som medger skönsrättsliga bedömningar.²² Den särskilda ställningen brukar knytas till ett särskilt kunskapsområde där professionen är legitima företrädare och experter.²³

Även om en profession fortfarande uppfattas som en grupp med en särskild ställning i förhållande till ett kunskapsområde och stora möjligheter till självreglering, har en professionell grupp efterhand alltmera kommit att förstås beroende av sin relevanta historiska kontext, som en grupp i ett system av professioner.²⁴ I enlighet med detta synsätt har framväxten av psykoterapeutisk teori och praktik varit ett avgörande kunskapsfält vid formeringen av psykiatrikers, psykologers och socialarbeters professioner, vilket i sin tur lett fram till en möjlig psykoterapeutprofession.²⁵

Johnsson och Svensson har studerat framväxten av psykoterapi som ett professionellt fält och identifierat tre centrala utvecklingsfaser. Den första inträffade mellan 1850–1920 då psykiatrin definierades som en medicinsk specialitet. Fältet konsoliderades sedan mellan 1920–1945, då de psykiatriska institutionerna växt ram och psykoanalysen och men-

21 Elinor Ostrom, *Understanding Institutional Diversity*, 2005, Princeton: Princeton University Press.

22 Andrew Abbott, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, 1988, Chicago: The University of Chicago Press, Eliot Freidson, *Professionalism, the Third Logic*, 2001, Cambridge (UK): Polity Press, and Chicago: University of Chicago Press.

23 Thomas Brante, *The Professional Landscape: The Historical Development of Professions in Sweden*. *Professions and Professionalism*, 2013, v. 3, n. 2.

24 Thomas Brante, *The Professional Landscape: The Historical Development of Professions in Sweden*. *Professions and Professionalism*, 2013, v. 3, n. 2.

25 Eva Johnsson & Lennart Svensson, *Social Integration as Professional Field: Psychotherapy in Sweden*. *Professions & Professionalism*, 2013, v. 3, n. 2.

talhygienen fick fäste i landet. Efter 1945 fick öppenvården en större betydelse och psykologer och socialarbetare professionaliserades. En förändrad syn på patienten, nya välfärdsinstitutioner och påkallad samverkan mellan olika professioner gynnade framväxten av psykoterapi som professionell kunskap och en ny psykoteraeutisk profession.²⁶

I psykoterapiutredningen (1971–1975) föreslogs en offentligt organiserad utbildning för psykoteraeuter.²⁷ Sådan kom också att inrättas och 1982 blev psykoteraeut ett legitimationsyrke. Legitimationen innebär att yrket gavs officiell status och professionell legitimitet. Legitimationen innebär också att flera av Ostroms designprinciper aktualiseras. Frågor rörande gränssättning, övervakning, sanktionssystem och offentligt erkännande får således sin lösning genom den reglering som tillhandahålls för professioner som etableras inom legitimationsordningen.²⁸

3.3 *Familjerådgivningen som nästlad enhet*

Med nästlad enhet avser Ostrom att institutionen är organiserad i samverkan och genom ömsesidigt erkännande av institutionella förutsättningar på flera nivåer. En nästlad enhet styrs av regler med såväl offentligt som privat ursprung och en kombination av centralt utfärdad författning och självreglering. Detta kan mycket väl vara den viktigaste av Ostroms designprinciper, eftersom den handlar om vad som är kärnan i den polycentriska styrningen.

Att familjerådgivningen vuxit fram i samverkan och ömsesidigt erkännande mellan olika institutioner på olika nivåer är mycket tydligt. Huvudmannskapet har vandrat mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Riktade statliga stödinsatser har stärkt verksamheten, men knappast varit styrande för innehållet. Olika professioner har samverkat och en specifik kompetens har vuxit fram.

26 Eva Johnsson & Lennart Svensson, Social Integration as Professional Field: Psychotherapy in Sweden. *Professions & Professionalism*, 2013, v. 3, n. 2.

27 UKÄ-rapport 1975:24, Utbildning i psykoterapi och psykosocialt arbetssätt: huvudbetänkande från utredningen om psykoterapiutbildning.

28 Se vidare avsnitt 4.2.1 nedan.

3.4 Första ansatserna

I Betänkande angående familjeliv och hemarbete 1947 föreslogs att det skulle inrättas fullständiga rådgivningsbyråer för familjefrågor.²⁹ Förslaget hade inte varit möjligt utan tre historiska förutsättningar.

För det första hade psykoanalysen introducerats för Svenska Läkarsällskapet år 1911 av Dr Poul Bjerre. Två år senare accepterade sällskapet psykoterapi som en specialitet. Under 1900-talets första decennier kom psykoanalytiska arbetsmetoder att etablera sig i landet, främst genom enskilda läkares arbete på privata kliniker.³⁰

För det andra hade den mentalhygieniska rörelsen satt fokus på förebyggande insatser. Rörelsen startade i USA som en reaktion mot det man uppfattade som omänskliga förhållanden på de psykiatriska institutionerna. Den mentalhygieniska rörelsen strävade efter att ersätta institutionsvården med förebyggande psykisk hälsovård och socialt inriktade samtal.³¹

Slutligen är det omöjligt att se framväxten av en allmän familjerådgivning utan den välfärdsstatliga kontexten där familjens kris betraktades som en självklar samhällsfråga. Betänkandet angående hem- och familjefrågor och de första ansatserna till en författningsreglerad allmän familjerådgivning presenterades också som en del i det stora socialpolitiska åtgärdsprogram som presenterades av den befolkningskommission som Gunnar och Alva Myrdals bok *Kris i befolkningsfrågan* (1934) hade gett upphov till.³² Befolkningskommissionen lämnade åtskilliga förslag, vilka merparten också kom att genomföras i form av ekonomiska satsningar på boende och ekonomiskt stöd till barnfamiljer, men även i form av mödra-, barn- och förlossningsvård.³³ Förslagen utmärks av sin tilltro

29 SOU 1947:46 Betänkande angående familjeliv och hemarbete, avgivet av utredningen för hem- och familjefrågor.

30 Eva Johnsson & Lennart Svensson, *Social Integration as Professional Field: Psychotherapy in Sweden. Professions & Professionalism*, 2013, v. 3, n. 2.

31 Roger Qvarsell, *Mentalhygien och psykisk hälsovård*. I Bent Erik Eriksson & Roger Qvarsell (red) *Hur skall själen läkas? Den psykiatriska vårdens förändringar*, 1997, samt Anna-Karin Kollind, *Äktenskap, konflikter och rådgivning – Från medling till samtalsterapi*, 2002, s. 66 ff.

32 Anna-Karin Kollind, *Äktenskap, konflikter och rådgivning – Från medling till samtalsterapi*, 2002, s. 86 samt Åsa Lundqvist, *Familjen i den svenska modellen*, 2007.

33 Åsa Löfström, *Kvinnor, barn och politik. Kvinnovetenskaplig Tidskrift*, 2001, nr 3–4.

till att utsedda experter på olika områden skulle kunna undervisa och övertyga människor att organisera sina liv på ett mera modernt och rationellt vis än tidigare.

3.5 *Betydelsen av samverkan och en allsidig verksamhet*

I Utredningen för hem- och familjefrågor föreslogs att det skulle inrättas tjänster för bland annat sakkunniga barn- och bosättningskonsulenter. I anslutning till denna konsulentverksamhet tänkte utredarna sig att det vore lämpligt att bygga upp fullständiga rådgivningsbyråer för familjefrågor. Här skulle erbjudas personlig konsultationsverksamhet av experter kring olika specialfrågor.

”... en läkare kan ha sexualhygienisk rådgivning, en psykologisk expert rådgivning i uppfostringsfrågor, en jurist och en ekonomisk expert rådgivning rörande familjeekonomiska och familjerättsliga problem etc. Konsulenterna och de tillfälligt anlitade experterna skola samarbeta så att problematiska fall kunna verkligt allsidigt penetreras”.³⁴

I detta första förslag till familjerådgivning tänkte man sig alltså att olika professioner skulle arbeta tillsammans för att de som sökte sig dit skulle kunna erbjudas en allsidig rådgivning. De som kom till familjebyrån för att diskutera praktiska och ekonomiska problem antogs också kunna ha intresse av rådgivning rörande barnuppfostran eller sexuella problem. Utredarna ser här en tydlig förebild i de mottagningar som den svenska mentalhygieniska rörelsen – Föreningen för psykisk hälsovård – hade öppnat utifrån de amerikanska förebilderna Family Consultation Bureaus.

3.6 *Försöksverksamhet inrättas*

Utredningens förslag kom att implementeras i form av ett statsbidrag som kunde sökas för att bedriva försöksverksamhet för särskild expertrådgivning i frågor rörande familjers ekonomiska, hygieniska, psykologiska

34 SOU 1947:46 Betänkande angående familjeliv och hemarbete. Avgivet av utredningen för hem och familjefrågor, s. 275.

och juridiska problem. Tio år senare utvärderades försöksverksamheten av 1955 års familjerådgivningskommitté, men istället för att fokusera på familjerådgivningens kärna kom denna utvärdering att diskutera överväganden som hade med den då gällande abortlagstiftningen att göra.³⁵

Sedan 1945 hade landsting och städer utanför landsting kunnat söka statsbidrag för att erbjuda rådgivning till abortsökande kvinnor.³⁶ År 1955 fanns det 15 sådana rådgivningsbyråer i landet och samtliga bedrevs i anslutning till mödravården. Rådgivningsbyråerna leddes av en kurator och för att statsbidraget skulle betalas ut krävdes att det till varje byrå knöts minst två läkare med specialistkompetens inom psykiatri och gynekologi. När abortlagstiftningen utreddes i början på 1950-talet föreslogs att abortrådgivningen skulle överföras från mödravården till att istället bli en del av den allmänt rådgivande och stödjande hjälp som erbjöds inom familjerådgivningen. Verksamheten skulle erbjudas vid samtliga landsting och städer utanför landsting samt drivas med statsbidrag.³⁷

Abortutredningens förslag fick ett blandat mottagande. Kritiken kom framförallt från medicinskt håll, där man var mycket tveksam till att abortrådgivningen skulle uppfattas som en social fråga. Från medicinska myndigheter och institutioner var man noga med att framhålla vikten av att familjerådgivningsbyråerna istället knöts starkare till hälso- och sjukvården och i första hand till de psykiatriska eller gynekologiska klinikerna.³⁸

Abortutredningens förslag kom inte att leda till någon lagstiftning. Istället föll det på Familjerådgivningskommittén att utreda om familjerådgivningen skulle inkludera abortrådgivning, om verksamheten skulle knytas till den medicinska vården eller till den kommunala socialvården samt vilken personal som skulle vara verksam vid byråerna och hur de skulle finansieras.³⁹

35 Se SOU 1957:33 Allmän familjerådgivning. Betänkande av 1955 års familjerådgivningskommitté.

36 SFS 1945:863.

37 SOU 1953:29 Abortfrågan.

38 SOU 1957:33 Allmän familjerådgivning. Betänkande av 1955 års familjerådgivningskommitté, s. 75–76.

39 SOU 1957:33 Allmän familjerådgivning. Betänkande av 1955 års familjerådgivningskommitté, s. 10–12.

Vid mitten av 1950-talet bedrevs familjerådgivning vid särskilda byråer i ett femtontal av landets städer, men innehållet i den rådgivning som erbjöds tycks ha varierat. Merparten bedrevs i anslutning till den kommunala socialtjänsten med ekonomiskt stöd från landsting. Men familjerådgivning tillhandahölls även av kyrkliga organisationer, enskilda och föreningar, som den tidigare nämnda Föreningen för psykisk hälsovård. På byråerna var en rad olika människobehandlande yrken verksamma, som kuratorer, psykiatriker, gynekologer, socialarbetare, sjuksköterskor m fl, men även jurister förekom. Ofta strävade man efter att kunna tillhandahålla en bred rådgivning.⁴⁰

Den första kommunala familjerådgivningsbyrån inrättades 1951 i Stockholm och denna verksamhet kom att bli normbildande för familjerådgivningens framväxt i resten av landet. Efterhand som byråer öppnades på andra håll, skickades personal till byrån i Stockholm för studiebesök och praktik.⁴¹

Familjerådgivningen i Stockholm var kostnadsfri och det krävdes varken remiss från hälso- och sjukvården eller beslut om insats för att få tillgång till tjänsten. Verksamheten inriktades främst på samlevnadsproblem i heterosexuella parförhållanden. Abortrådgivning förekom också, men erbjöds bara de par som redan hade kontakt med byrån av annat skäl. Till byrån vände sig en ny grupp; det uppfattades som om man nått personer som inte tidigare haft någonstans att vända sig för att få hjälp med sina personliga förhållanden. De som sökte sig till familjerådgivningen hade inte vänt sig till myndigheten för socialhjälp, men uppfattade sig inte heller som patienter.⁴²

De som arbetade vid byrån kallades familjerådgivare och hade antingen social eller juridisk grundutbildning med psykologisk eller socialpsykiatrisk påbyggnad. Flera specialister i psykiatri, två gynekologer samt en psykolog var knutna till byrån som konsulter. Byrån leddes av en familjerådgivare. Vid Stockholms familjerådgivningsbyrå

40 SOU 1957:33 Allmän familjerådgivning. Betänkande av 1955 års familjerådgivningskommitté, s. 78–96.

41 Anna-Karin Kollind, Äktenskap, konflikter och rådgivning – Från medling till samtalsterapi, 2002, s. 138 ff.

42 SOU 1957:33 Allmän familjerådgivning. Betänkande av 1955 års familjerådgivningskommitté, s. 78–80.

arbetade alltså många olika yrkesgrupper. Familjerådgivningen uppfattades som en bred verksamhet där interventioner i en komplicerad familjesituation förutsatte yrkeskompetens från flera olika håll. Även om verksamheten präglades av en tvärvetenskaplig kunskapsintegration, försökte man upprätthålla en särskild ordning för hur arbetsuppgifterna skulle fördelas. Själva behandlingen indelades i läkarledd psykoterapi å ena sidan och social och psykisk rådgivning, också kallat casework, ledd av familjerådgivare å den andra. I realiteten tycks innehållet i själva samtalen med besökarna inte uppvisat särskilt stora skillnader och även familjerådgivarna var psykoterapeutiskt inriktade. Kollind menar att uppdelningen istället speglade hur man uppfattade de professionellas positioner på det sociala och medicinska fältet och om man menade att besökaren problem hade yttre eller inre orsaker. Yttre problem kunde vara arbetslöshet, trångboddhet och sjukdom. Orsakssambanden mellan inre och yttre problem var emellertid inte helt enkla att hålla isär och arbetet vid byrån präglades av en blandning mellan praktiskt inriktat arbete och psykoterapeutiska förhållningssätt.⁴³

3.7 *Varken hälso- och sjukvård eller socialtjänst*

Familjerådgivningen i Stockholm kom att stå modell för Familjerådgivningskommitténs förslag, som innebar att statsbidrag skulle inrättas till breda verksamheter, innefattande abort-, sexual- och preventivmedelsrådgivning. Landstinget föreslogs vara huvudman för verksamheten. Utredarna förespråkade en allsidig, mångprofessionell verksamhet. Man ville motverka att insatserna till enskilda fragmentiserades mellan olika yrkesgrupper. Kommittén tänkte sig att familjerådgivningen skulle vara en ny och speciell typ av verksamhet, varken renodlad socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Verksamheten skulle vara bredare än den som erbjöds vid en psykiatrisk mottagning. Man befärade att enskilda, som inte uppfattade sig som sjuka, inte skulle söka hjälp om familjerådgivningen skulle uppfattas som en del av sjukvården. Att läkare likväl betraktades som outhärliga vid byråerna motiverades med att slitningar i samlevnad kunde ha sin grund i psykiska störningar som krävde medi-

43 Anna-Karin Kollind, Äktenskap, konflikter och rådgivning – Från medling till samtalsterapi, 2002, s. 149–150.

cinsk behandling, men framförallt behövdes läkarna eftersom byråerna vid behov skulle kunna erbjuda abortrådgivning.⁴⁴

Familjerådgivningen skulle alltså inte vara någon medicinsk verksamhet. Men verksamheten skulle inte heller betraktas som socialtjänstverksamhet, menade utredarna. Anledningen till detta var att familjerådgivningen inte skulle förknippas med myndighetsutövning och de legala maktbefogenheter som socialtjänsten hade tillgång till. Vid tiden hade den då nya socialhjäpplagen (lagen (1956:2) om socialhjälp) visserligen öppnat för möjligheten att enligt 6 § erbjuda bistånd i personliga angelägenheter och denna bestämmelse var avsedd att inkludera även stöd och rådgivning av olika slag.⁴⁵ Utredarna menade dock att den typ av familjerådgivning man föreslog var av annat slag och krävde särskilt kvalificerad mentalhygieniskt utbildad personal och denna saknades i kommunerna.⁴⁶

I familjerådgivningskommitténs betänkande framhåller man alltså verksamheten som en särskild verksamhet, varken hälso- och sjukvård eller socialtjänst, därför anses även särskilt utbildad personal vara nödvändig. I remissrundan framfördes skarp kritik från läkarhåll mot att, som man uppfattade det, kuratorer och psykologer skulle upphöjas till experter på medicinska frågor. Rådgivning i samlevnadsfrågor skulle istället betraktas som medicinsk verksamhet och ett område som behandlade mentalhygieniska-medicinska frågor. I flera remissyttranden togs skillnaden mellan casework och psykoterapi upp, där psykoterapi allmänt betraktades som ett medicinskt område. Att lämna det psykoterapeutiska samtalet till andra än läkare vore att öppna vägen för kvacksalveri.⁴⁷

44 SOU 1957:33 Allmän familjerådgivning. Betänkande av 1955 års familjerådgivningskommitté, s. 95 ff.

45 Proposition 1955:177 Proposition till socialhjäpplagen.

46 SOU 1957:33 Allmän familjerådgivning. Betänkande av 1955 års familjerådgivningskommitté, s. 106–109.

47 Anna-Karin Kollind, Äktenskap, konflikter och rådgivning – Från medling till samtalsterapi, 2002, s. 179 ff.

3.8 Familjerådgivningen konsolideras

År 1960 fattade riksdagen beslut i fråga om statsbidraget och lagen kom att innebära att stöd riktat till tre olika typer av familjerådgivning: fristående rådgivning inkluderande abortrådgivning, lasarettssanknuten rådgivning inkluderande abortrådgivning samt fristående byråer utan abortrådgivning ledd av en kurator. Familjerådgivning definierades i kungörelsen som rådgivning och behandling i samband med konflikt-situationer i äktenskap och familj samt upplysningsverksamhet om samlevnadsproblem. Statsbidraget skulle utgå till landsting eller kommun som inte tillhörde landsting. Bara om det fanns särskilda skäl kunde bidraget utgå till kommun i landsting eller enskild organisation. Minst två läkare skulle knytas som konsulter till byrån, varav minst en psykiater och en gynekolog. En ytterligare förutsättning för bidraget var att byrån hade en plan som godkänts av dåvarande Medicinalstyrelsen samt att verksamheten bedrevs kostnadsfritt i öppna former.⁴⁸

I praktiken kom den absoluta merparten av statsbidraget att gå till familjerådgivningsbyråer som inte kombinerades med abortrådgivning. Det innebar också att familjerådgivarna, dvs. socionomer med mentalhygienisk vidareutbildning, kom att dominera familjerådgivningen. Den metod man bedrev vid byråerna beskrevs som socialvårdsmetodik och casework.⁴⁹ Beslutet att statsbidraget kunde riktas även till familjerådgivningsbyråer ledda av en kurator innebar att uppfattningen om ett medicinskt företräde avseende psykoterapi led ett allvarligt bakslag.

Efter att lagen infördes 1960 kom diskussionen om familjerådgivningens karaktär inte heller längre att handla om huruvida familjeterapi rörde sociala eller medicinska frågor. Istället kom konfliktlinjen att finnas mellan familjeterapeuter verksamma inom landsting eller kommun å ena sidan och de som var verksamma i kyrkliga organisationer å den andra. Kollind menar att även om de offentligt anställda familjeterapeuterna dominerade fältet, så kom konkurrensen att leda till en fokusering på professionell kompetens och en kvalitetshöjning i och homogenisering och konsolidering av det terapeutiska arbetet. Normerna för

48 SFS 1960:710, prop. 1960:135 angående riktlinjer för en framtida statsunderstödd familjerådgivningsverksamhet samt Medicinalstyrelsens cirkulär den 31.10 1962 angående statsunderstödd Familjerådgivningsverksamhet.

49 SOU 1974:39 Socialvården mål och medel: principbetänkande, s. 412.

yrkesutövningen kom framförallt från Föreningen för kommunal- och landstingsanställda rådgivare (KLFR) som bildades 1966. För medlemskap i föreningen krävdes socionomexamen och mentalhygienisk eller motsvarande vidareutbildning.⁵⁰

Övriga yrkesgrupper knöts till byråerna som konsulter. Enligt lagen skulle byråerna ha tillgång till psykiatriker och gynekolog, men även jurister knöts till byråerna på detta vis. Konsulterna medverkade genom att stå till tjänst för rådfrågning och överläggning med familjerådgivarna, men kunde också ta emot sökande efter remiss från familjerådgivarna.⁵¹

Familjerådgivningens anknytning till abortrådgivningen kom att ifrågasättas alltmera. I de offentliga utredningar som hade anledning att kommentera frågan menade samtliga att det fanns starka skäl att separera verksamheterna och i samband med att abortlagen (1974:595) infördes år 1975 kom verksamheterna att separeras fullständigt.⁵² Abortverksamheten inrättades helt och hållet i landstingens verksamhet och det särskilda statsbidraget till abortrådgivning upphörde.⁵³ Kungörelsen om statsbidrag till familjerådgivningen fortsatte emellertid att kräva som förutsättning för anslag att psykiater och gynekolog knöts som konsulter till familjerådgivningsbyrån och verksamheten förutsattes fortfarande vara en huvudsakligen landstingskommunal fråga.

3.9 *Familjerådgivningen blir slutligen ett kommunalt ansvar*

Först med den stora översynen av socialtjänstlagarna inför 1980 års socialtjänstlag (SFS 1980:620) kom familjerådgivningen att integreras i den kommunala socialtjänsten. Socialutredningen övervägde olika alternativ, men utredarna tycks ha varit helt inriktade på en organisatorisk lösning där huvudmannskapet för familjerådgivningen knöts till kommunens socialtjänst. Man menade att båda verksamheterna sysslade

50 Anna-Karin Kollind, Äktenskap, konflikter och rådgivning – Från medling till samtalsterapi, 2002, s. 193 ff.

51 SOU 1972:41 Familj och äktenskap 1. Betänkande avgivet av Familjelagssakkunniga, s. 172.

52 SOU 1971:58 Rätten till abort samt SOU 1974:39 Socialvården mål och medel: principbetänkande.

53 SOU 1971:58 Rätten till abort samt prop. 1974:70 Kungl. Majt:s proposition med förslag till abortlag, m.m.

med att bearbeta mänskliga och sociala problem oavsett deras orsaker, där relationsstörningar ofta ingick i problembilden. Den helhetssyn som skulle präglade sociallagstiftningen framöver ansågs också vara bäst tjänad av att verksamheterna sammanfördes under kommunal huvudman. I förbigående nämns att tillgången till konsulter kunde säkras genom avtal med landsting.⁵⁴

Förslaget att helt överföra familjerådgivningen till kommunerna fick huvudsakligen positivt mottagande. Även landstingen var positiva till förändringen. Lagstiftaren menar att de som sökte hjälp vid familjerådgivningen framförallt hade behov av hjälp med social eller psykologisk problematik, inte medicinska insatser. Sedan statsbidraget kommit att riktas mot rådgivningsbyråer utan abortrådgivning hade personalen huvudsakligen social utbildning med psykodynamisk vidareutbildning. Familjerådgivarna rekryterades också ofta från socialtjänsten. Behov av tjänster från annan huvudman kunde tillgodoses genom samarbete i olika former. Frågan var istället vilken organisatorisk form familjerådgivningen skulle bedrivas inom. Lagstiftaren uppmärksammade att uppgifter inom familjerådgivningen föreslogs få ett starkare sekretessskydd i det då liggande förslaget till sekretesslag och att detta i sin tur talade för en viss organisatorisk avskildhet. Man stannade likväl för att helt överlämna till kommunerna att organisera socialtjänsten på det sätt som man fann lämpligt.⁵⁵

Man bör hålla i minnet att 1980 års socialtjänstlag inte innebar ett obligatorium för kommunerna och att frågan om huvudmannskapet alltså förblev hängande. Skrivningen i lagen var försiktig och innebar att socialnämnden borde "tillhandahålla sociala tjänster genom rådgivningsbyråer, socialcentraler och liknande, social jour eller annan därmed jämförlig verksamhet".⁵⁶

I riksdagen noterades att familjerådgivningen fick stå tillbaka när socialtjänstens resurser fördelades. Det var heller inte ovanligt att verksamheten var nedläggningshotad.⁵⁷ Riksdagen gav därför Social-

54 SOU 1971:58 Rätten till abort, s. 407 ff.

55 Prop. 1979/80:1 om socialtjänsten, s. 169 och 231.

56 10 § socialtjänstlag 1980:620, prop. 1979/80:1 om socialtjänsten.

57 Socialutskottets betänkande 1986/87:22 om anslag till socialt behandlingsarbete, alkohol och narkotikapolitik.

styrelsen i uppdrag att undersöka hur familjerådgivningen skulle kunna tryggas och vilken huvudman som var bäst lämpad. Myndigheten kom att förespråka en lagreglerad skyldighet och kommunalt huvudmannaskap.⁵⁸ Någon enstaka remissinstans fortsatte att hävda verksamhetens närhet till hälso- och sjukvården och det medicinska företrädet, men i övrigt råder konsensus kring att familjerådgivningen passar bäst i den kommunala organisationen. Nu uppmärksammades också behovet av en bredare verksamhet. Familjerådgivningen borde vända sig även till homosexuella par och även organiseras så att den kan möta behov som migrationen medför. I remissvaren framhålls att det finns behov av tvåspråkiga familjebehandlare och personal med kompetens att möta flyktingar med svåra erfarenheter.⁵⁹

Den första januari 1995 införs ett nytt stycke i 12 a § i den dåvarande socialtjänstlagen (1980:620) med följande innehåll:

Kommunen skall även sörja för att familjerådgivning genom kommunens försorg eller annars genom lämplig rådgivare kan erbjudas dem som begär det.

Året efter kompletterades lydelsen med en definition av verksamheten:

Med familjerådgivning avses i denna lag en verksamhet som bedrivs av det allmänna eller yrkesmässigt av enskild och som består i samtal med syfte att bearbeta samlevnadskonflikter i parförhållanden och familjer.⁶⁰

Syftet med detta förtydligande var att klargöra att den absoluta sekretess som gäller inom familjerådgivningen enligt 26 kap. 3 § offentlighet- och sekretesslag (2009:400) enbart avser sådan som tillhandahålls av kommun eller som genomförs av privata yrkesutövare på kommunalt uppdrag. Det var alltså ytterligare ett steg mot en mera särpräglad verksamhet och en slags gränssättning gentemot andra verksamheter.⁶¹

58 Se Socialstyrelsens rapport 1989:10 Familjerådgivning. Samarbetssamtal. Man föreslår även utbytestjänster med familjerätten, men remissinstanserna avråder från detta och i den efterföljande propositionen uttalar man sig direkt emot.

59 Se prop. 1993/94:4 om familjerådgivning.

60 Prop. 1995/96:117 Tystnadsplikt inom enskild familjerådgivning.

61 Prop. 1995/96:117 Tystnadsplikt inom enskild familjerådgivning.

4. Dokumentation för legitimerade psykoterapeuter inom kommunal familjerådgivning – ett exempel på polycentrisk rätt

4.1 *Allmänt om regleringen av hälso- och sjukvård och socialtjänst*

Hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten kännetecknas av två sinsemellan helt olika regleringstraditioner. I regleringen för de legitimerade psykoterapeuterna inom kommunal familjerådgivning har de båda traditionerna kommit att sammanlänkas på ett intrikat vis eller nästlats, om man använder Ostroms begrepp. Regleringen av hälso- och sjukvården karaktäriseras av att den innehåller skyldigheter för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. De viktigaste skyldigheterna återfinns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som riktar sig mot vårdgivaren, i PSL som innehåller allmänna skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen samt patientlagen (2014:821) som förtydligar ansvaret i de båda nämnda författningarna. Utöver denna reglering finns det omfattande specialförfattning som innehåller ytterligare skyldigheter på särskilda områden. Dokumentationsskyldigheten inom hälso- och sjukvården regleras i PDL.

Reglering av vård och omsorg på andra rättsområden, exempelvis inom socialtjänsten innehåller istället rättigheter för klienten eller brukaren och möjligheter att överklaga avslagsbeslut. Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) är exempel på sådan rättighetslagstiftning. Hälso- och sjukvårdsregleringen har istället karaktären av skyldighetslag och vårdgivares och hälso- och sjukvårdspersonals skyldigheter är således inte kopplade till några utkrävbara rättigheter för patienten.⁶²

PDL avviker i detta avseende och innehåller utkrävbara rättigheter för patienten; patienten har exempelvis rätt att ta del av sin journal eller få avvikande uppfattning antecknad i journalen. Dessa rättigheter är naturligtvis beroende av att vården och behandlingen överhuvudtaget dokumenteras.

62 Se SOU 1997:154 Patienten har rätt, s. 117 ff.

4.2 *Skyldigheten att dokumentera*

4.2.1 Dokumentationsskyldighet inom hälso- och sjukvården

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – läkare, sjuksköterskor, psykoterapeuter osv – är skyldiga att föra patientjournal. Skyldigheten att dokumentera vård och behandling har vuxit fram kontinuerligt sedan förra sekelskiftet och blev obligatorisk för hälso- och sjukvårdspersonal i mitten av 1980-talet. Idag är skyldigheten reglerad i PDL.

Att det ska föras patientjournal vid vård och behandling framgår av 3 kap. 1 § PDL och skyldigheten för legitimerade yrkesutövare att föra journal kommer till uttryck i 3 kap. 3 § 1 p. Journalens huvudsakliga syften anges i första hand vara att bidra till en god och säker vård av patienten, men antas också vara en informationskälla för patienten, vid uppföljning och utveckling av verksamheten, vid tillsyn och rättsliga krav, när uppgiftsskyldighet föreligger samt i forskning (3 kap. 2 § PDL). Vad patientjournalen ska innehålla framgår av 3 kap. 6 § PDL och omfattar uppgift om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Den som tillhör den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har alltid ett personligt yrkesansvar. Det framgår av 6 kap. 2 § 1 st. PSL där det stadgas att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal definieras i 1 kap. 4 § PSL och omfattar i första hand den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården. Definitionen introducerades i förarbetena till den numera upphävda lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.m.,⁶³ men

63 Se SOU 1978:26 Hälso- och sjukvårdspersonalen. Ansvarsfrågor. Samverkan personal – patienter samt Prop. 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

kom att regleras i lag först 1994 då numera upphävda lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården infördes.⁶⁴

Det personliga yrkesansvaret träder in oavsett var den legitimerade yrkesutövaren är verksam. Socialstyrelsen har tagit ställning till vad som ska gälla om en legitimerad yrkesutövare bedriver hälso- och sjukvård ideellt och konstaterar att när en legitimerad yrkesutövare utför insatser som innebär att någon vårdas, så gäller alla skyldigheter som följer av det personliga yrkesansvaret. Det gäller oavsett om vården utförs hos en vårdgivare eller inte.⁶⁵ Skyldigheten att föra journal, enligt 3 kap. 1 § PDL, gäller alltså oavsett om yrkesutövaren är verksam inom en hälso- och sjukvårdsinrättning eller inte.

I 6 kap. 2 § 2 st. PSL stadgas att det personliga yrkesansvaret inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar. Vårdgivaren kan alltså inte undandra sig ansvar för att upprätthålla ett ändamålsenligt ledningssystem med lokala instruktioner och rutiner. Om det inte skulle finnas fungerande rutiner för exempelvis dokumentation i verksamheten följer det av yrkesutövarens personliga yrkesansvar att denne efter bästa förmåga måste försöka följa den författning som finns.

Till det personliga yrkesansvaret hör också att legitimerade yrkesutövare står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, IVO. I kap. 8 PSL finns regler om återkallelse av legitimation och andra behörighetsbegränsningar och dessa kan aktualiseras om en legitimerad yrkesutövare på något vis bryter mot någon författningsreglerad skyldighet, men även handlingar som en legitimerad yrkesutövare gör utanför yrkesutövningen kan påverka dennes rätt att utöva sitt yrke. Utgångspunkten för bedömningen av om en legitimation ska återkallas eller inte ska alltid vara om den legitimerade yrkesutövaren kan anses vara förtjänt av allmänhetens förtroende. Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för att yrkesutövaren har sådana egenskaper att denne förtjänar allmänhetens och myndigheternas förtroende.⁶⁶

64 Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m. s. 66 ff.

65 Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i ideella föreningar, 2016.

66 Prop. 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. s. 12, prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 159 samt HFD 2015 ref. 32.

4.2.2 Dokumentationsskyldighet inom socialtjänsten

Regleringen rörande dokumentation inom socialtjänsten är mera kortfattad. Att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras framgår av 11 kap. 5 § SoL där det också stadgas att dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Den första delen av paragrafen anknyter till 27 § förvaltningslag (2017:900) som innebär att myndigheter är skyldiga att dokumentera alla uppgifter som kan ha betydelse för utgången i ett ärende. På motsvarande sätt har huvuddelen av dokumentationsskyldigheten inom socialtjänsten placerats på handläggning av ärenden. Vad ett ärende är står inte alldeles klart, men som en principiell skillnad mellan ärendehandläggning och annan verksamhet brukar anges att handläggningen av ett ärende avslutas med ett beslut av något slag, medan annat faktiskt handlande utmärks av att en myndighet i praktiken vidtar en viss faktiskt åtgärd. Med handläggning av ett ärende avses något som utmynnar i ett uttalande, även om detta inte nödvändigtvis behöver ha rättsligt bindande verkan.⁶⁷

Men 11 kap. 5 § SoL innebär också att genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Hur långt dokumentationsskyldigheten sträcker sig i dessa fall är inte klart. Någon detaljreglering motsvarande den i 3 kap. 6 § PDL finns inte i för socialtjänstens del och det innebär i sin tur att dokumentationen av vård och behandling inom socialtjänsten kan vara väldigt kortfattad. För att dokumentationen skall kunna fylla sin huvuduppgift krävs att dokumentationen innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information. Vad som utgör tillräcklig och väsentlig information kan variera starkt mellan olika verksamheter och ärendetyper inom socialtjänsten.⁶⁸

Det följer av dokumentationsparagrafens lydelse att verksamhet som tillhandahålls utan något beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL inte ska dokumenteras. Verksamheter som rådgivning och information samt vissa öppna verksamheter omfattas alltså överhuvudtaget inte av doku-

67 Håkan Strömberg & Bengt Lundell, Allmän förvaltningsrätt, 24 uppl., s. 79.

68 Anders Thunved, Lars Lundgren, Lars Clevesköld, Handläggning inom socialtjänsten, 16 uppl., s. 219.

mentationsskyldigheten. Förarbetena till bestämmelsen går inte att tolka på något annat vis.⁶⁹

4.3 Dokumentationen inom den kommunala familjerådgivningen

Svenska kommuner ålades 1995 en skyldighet att erbjuda familjerådgivning. När detta skrivs regleras skyldigheten i 5 kap. 3 § SoL. Med familjerådgivning avses i SoL en verksamhet som består i samtal med syfte att bearbeta samlevnadskonflikter i parförhållanden och familjer. Familjerådgivningen uppfattas som en självständig verksamhet inom socialtjänsten. Sekretessen är absolut och alltså starkare än den som gäller inom övrig socialtjänst. Det anses vara en förutsättning för att verksamheten ska fungera att de som vänder sig till dit känner fullt förtroende för att känsliga personliga uppgifter inte sprids.⁷⁰ För att det inte ska ske någon sammanblandning av olika roller betraktas det som olämpligt att personer som arbetar inom övrig socialtjänst samtidigt är verksamma inom familjerådgivningen.⁷¹

Familjerådgivningen tillhandahålls utan något beslut om bistånd och betraktas alltså som en sådan öppen verksamhet där någon dokumentationsskyldighet inte föreligger. Socialstyrelsen har utvecklat sin syn på familjerådgivningen i ett meddelandeblad där man konstaterar att om det förekommer att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. en legitimerad psykolog eller en psykoterapeut, arbetar som familjerådgivare så föreligger inte heller då någon dokumentationsskyldighet eftersom de, enligt Socialstyrelsens uppfattning, inte utför sådant arbete som avses i hälso- och sjukvårdslagen.⁷² Men som framgått ovan gäller skyldigheten för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att dokumentera enligt 3 kap. 1 § 1 p. PDL oberoende av i vilken kontext personalen är verksam. Även i övrigt gäller det hälso- och sjukvårdsrättsliga personliga yrkesansvaret enligt 6 kap. 2 § 1 st. PSL för de legitimerade psykoterapeuterna. Eftersom det personliga yrkesansvaret kvarstår även om vårdgivaren

69 Prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s. 152.

70 Prop., 1993/94:4 om familjerådgivning.

71 JO 1999/00 s. 272.

72 Socialstyrelsen, Om den kommunala familjerådgivningens organisation, sekretess, vittnesplikt m.m. Meddelandeblad, april 2008.

inte tillhandahåller lämpliga strukturella förutsättningar för vård och omsorg, skulle det personliga yrkesansvaret innebära att en legitimerad psykoterapeut inom kommunal familjerådgivning har en skyldighet att likväl dokumentera i enlighet med PDL.

5. Slutord

I denna artikel har min avsikt varit att beskriva framväxten av den kommunala familjerådgivningen som ett exempel på rättslig pluralism. Verksamheten är väletablerad och har kommit att anta formen som en hybrid mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Huvudmännen har under framväxten varierat mellan privata institutioner, landsting och kommuner, för att slutligen bli en kommunal fråga. Flera olika professioner har under framväxten lämnat normativa spår efter sig och samtidigt har psykoterapeuterna vuxit fram till att bli en central profession för verksamheten. Ostroms teori om polycentrisk styrning erbjuder en förklaring till att denna verksamhet har en stabil karaktär, den bristande monocentrin till trots.

Ur ett monocentriskt perspektiv är det otillfredsställande att bindande föreskrifter i lag satts ur spel genom ett uttalande i ett icke-bindande uttalande från Socialstyrelsen. Ur ett polycentriskt perspektiv är det å andra sidan inte något märkligt, utan ett resultat av en organisk utveckling där olika intressen under lång tid fått samverka till ett resultat som är till fördel för verksamhet, yrkesutövare och de som tar del av verksamheten. Familjerådgivningen som institution har vuxit fram under lång tid och under inflytande av såväl offentliga påbud som professionella intressen och enskilda yrkesutövare. Normerna har sitt ursprung i såväl offentligrättslig som privaträttslig kontext. Verksamheten har betraktats som hälso- och sjukvård och som socialtjänst för att slutligen betraktas som något annorlunda; en hybrid där brukarna varken är patienter eller klienter.

En förutsättning för att den polycentriska lösningen är möjlig i det sammanhang som är aktuellt här är att insatsen familjerådgivning är en öppen verksamhet som tillhandahålls utan något biståndsbeslut. Regleringen av familjerådgivningen kan i detta avseende jämföras med den som gäller för den allmänna hälso- och sjukvården, som alltså känne-

tecknas av sin karaktär som skyldighetsreglering. En rättighetsreglering skulle förutsätta tillräcklig dokumentation för att pröva bland annat om behovsbedömningen skett på ett korrekt vis, om rättigheten beslutats i riktig ordning och, inte minst, så att en överprövning av rättigheten vore möjlig.

V

Vi dokumenterar inte! Vi dokumenterar inte! Om legitimerade psykoterapeuter inom kommunal familjerådgivning

Inledning

Legitimerade psykoterapeuter verksamma inom den kommunala familjerådgivningen utgör ett embryo till en ny profession. Deras professionella särställning märks i de rättsliga normer som omger yrkesutövningen, vilken bland annat innebär att yrkesgruppen, till skillnad från såväl personal inom hälso- och sjukvården som socialtjänsten, är verksamma inom ett separat område som är tydligt rättsligt avgränsat och har en absolut sekretess. På området har de legitimerade psykoterapeuterna även ett kunskapsföreträde.

Ur ett formalrättsligt perspektiv är det mest uppseendeväckande särdraget att legitimerade psykoterapeuter verksamma inom kommunal familjerådgivning inte är underkastade någon skyldighet att dokumentera sin behandling. En sådan skyldighet är tydligt uttryckt i lagstiftningen, men genom ett icke-bindande uttalande från Socialstyrelsen har skyldigheten i realiteten satts ur spel.

Familjerådgivningen är sedan 1995 en del av socialtjänstens obligatoriska område. Men synen på om familjerådgivning ska uppfattas som medicinsk eller social verksamhet har varierat över tid för att slutligen stanna för att familjerådgivningen är något annat, varken hälso- och sjukvård eller socialtjänst. I ett rättsligt perspektiv har denna uppfattning medfört att ett nytt polycentriskt rättsligt fält utvecklats, vilket innebär att avsteg görs från den traditionella normhierarkin med en monistisk centralistisk rätt. Istället växer lokala självreglerande centrum fram (Wendel, 2018). För de legitimerade psykoterapeuter som är verksamma inom den kommunala familjerådgivningen har detta fält i sin tur inneburit en möjlighet att utveckla sin professionella särart.

I denna artikel beskrivs och diskuteras hur regleringen av legitimerade psykoterapeuters yrkesutövning inom den kommunala familjerådgivningen växt fram, vidare berörs psykoterapeuters professionella självbild i ljuset av att arbeta på ett område där dokumentationsskyldigheten har bortfallit. Artikelns inleds med en genomgång av de normer som gäller för familjerådgivningen i allmänhet och legitimerade psykoterapeuters dokumentationsskyldighet i synnerhet.

Regleringen av legitimerade psykoterapeuter verksamma inom familjerådgivningen

Dokumentationsfrågan

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att föra patientjournal enligt 3 kap. 3 § 1 p. patientdatalag (2008:355) (PDL). Journalen omfattar i stort alla handlingar som har med vården och behandlingen att göra och möjligheten att göra separata minnesanteckningar är ytterst begränsad. Skyldigheten att dokumentera vård och behandling är en av alla uppgifter som faller inom hälso- och sjukvårdspersonalens personliga yrkesansvar, se 6 kap. 2 § 1 p. patientsäkerhetslag (2010:659) (PSL). Skyldigheten att föra journal gäller oavsett om yrkesutövaren är verksam inom en hälso- och sjukvårdsinrättning eller inte. Frågan är istället om yrkesutövaren tillämpar den kunskap som legitimationen är en bekräftelse på (Socialstyrelsen, 2016).

Anställda inom socialtjänsten har inte ett reglerat personligt yrkesansvar motsvarande det som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal. Men i normgivningen som omger familjerådgivningen har ett annat synsätt gjorts gällande. I ett meddelandeblad från Socialstyrelsen från 1994 uppgav styrelsen att familjerådgivarna arbetar med ett eget behandlingsansvar. Behandlingsansvaret uppgavs bygga på den tradition familjerådgivningen vilar på (Socialstyrelsen, 1994). Det är oklart vad som avses här men i talet om ett personligt yrkesansvar påminner mera om det som gäller inom hälso- och sjukvården än inom socialtjänsten. Att placera ett behandlingsansvar på familjerådgivarna förstärker också intrycket av familjerådgivningen som ett särskilt område, där socialtjänst och hälso- och sjukvård vuxit samman och något annat har bildats.

Av detta borde följa att legitimerade psykoterapeuter även är skyldiga att dokumentera den behandling man bedriver inom den kommunala familjerådgivningen. I praktiken ser det annorlunda ut. Dokumentationsskyldigheten i socialtjänsten regleras i 11 kap 5 § SoL och omfattar handläggning och till viss del också genomförande av ärenden. Öppna insatser som tillhandahålls utan något biståndsbeslut, som exempelvis familjerådgivning, behöver inte dokumenteras. Socialstyrelsen har i ett meddelandeblad utvecklat sin syn på familjerådgivningen och drar slutsatsen att om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. en legitimerad psykoterapeut, arbetar som familjerådgivare så föreligger inte någon dokumentationsskyldighet eftersom de, enligt styrelsens uppfattning, inte utför sådant arbete som avses i hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen, 2008). Intressant nog har Socialstyrelsen också kommit till den motsatta slutsatsen – att hälso- och sjukvårdspersonal

ska föra journal även då de arbetar med exempelvis behandling eller rådgivning inom socialtjänsten – i en tidigare föreskrift rörande psykologers dokumentation (*SOSFS 1982:78*).

Ur ett legalistiskt perspektiv är det uppseendeväckande att ett icke-bindande uttalande från en myndighet har satt bindande lagstiftning ur spel (Wendel, 2018). Socialstyrelsens argument för att psykoterapeuterna inte ska föra journal, är att det ger ett extra starkt integritetsskydd och bidrar till att personer med stark misstro mot samhällets övriga hjälpinsatser kan söka sig dit. Frånvaron av dokumentation antas också bidra till att kommunens egen personal lättare kan få tillgång till familjerådgivning (Socialstyrelsen, 1994). Detta argument får betraktas som lika giltigt i många olika sammanhang eftersom personal inom såväl övrig socialtjänst och hälso- och sjukvård kan behöva ska vård och behandling inom den egna verksamheten. Argumentet används likväl inte i dessa sammanhang. Om hälso- och sjukvårdspersonal är patienter inom exempelvis psykiatrin dokumenteras naturligtvis även denna behandling.

Den normativa ambivalens som omger dokumentationsfrågan diskuteras naturligtvis bland yrkesutövarna. När frågan behandlades under Socionomdagarna 2015 mynnade samtalet ut i att det var upp till den legitimerade själv att avgöra när man använder sin ”legitimerade kunskap” och alltså bedriver hälso- och sjukvård med den dokumentationsplikt som följer av detta (Torregiani, 2015).

Även Akademikerförbundet SSR uppfattar gränsen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst som flytande och menar att det är oklart hur det hälso- och sjukvårdsrättsliga kravet på dokumentation ska uppfattas. Enligt förbundet avser verksamhet utifrån socialtjänstlagen som huvudregel inte hälso- och sjukvård, men det måste vara upp till den legitimerade yrkesutövaren själv att bedöma när han eller hon bedriver hälso- och sjukvård och om journalföringsskyldighet därmed inträder. Förbundet konstaterar att det ligger ett stort ansvar på den legitimerade själv att ansvara för att dennes arbete inte står i strid mot gällande lagstiftning (Akademikerförbundet SSR).

Föreningen för Sveriges kommunala familjerådgivare (KFR) utgår däremot från att familjerådgivaren inte någon dokumentationsplikt. Det gäller även för familjerådgivare som är legitimerade psykoterapeuter och som inom andra verksamheter har skyldighet att föra journal, menar föreningen och hänvisar till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2006:5 (Föreningen Sveriges kommunala familjerådgivare, 2014). Denna, numera upphävda, föreskrift tillhandahöll normer rörande handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, men berörde överhuvudtaget inte frågan om dokumentationsskyldighet inom familjerådgivningen eller legitimerade yrkesutövarns ansvar (SOSFS 2006:5).

Familjerådgivningens självständiga ställning

Även i övrigt avviker de normer som omger familjerådgivningen från de som gäller för såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Idag regleras kommunernas skyldighet att erbjuda familjerådgivning i 5 kap 3 § st 2-3 socialtjänstlag (2001:453) (SoL):

Kommunen ska sörja för att familjerådgivning genom kommunens försorg eller annars genom lämplig yrkesmässig rådgivare kan erbjudas dem som begär det.

Med familjerådgivning avses i denna lag en verksamhet som består i samtal med syfte att bearbeta samlevnadskonflikter i parförhållanden och familjer.

Med legaldefinitionen av familjerådgivning i tredje stycket hade lagstiftaren för avsikt att särskilja familjerådgivningen från såväl övrig socialtjänst som liknande verksamhet som bedrivs av privata aktörer utan avtal med kommunen. Familjerådgivningen förutsätts vara en helt självständig verksamhetsgren inom socialtjänsten. I förarbetena framhålls betydelsen av inte enbart en organisatorisk separation, utan också att lokalerna för familjerådgivning rent faktiskt finns på en annan plats än övrig socialtjänst. Enskilda ska kunna ha fullständigt förtroende för att personliga uppgifter inte sprids, varken till närstående, enskilda, myndigheter eller andra verksamhetsgrenar inom socialtjänsten (Prop. 1993/94:4).

Inför lagregleringen av kommunernas skyldighet att tillhandahålla familjerådgivning föreslog Socialstyrelsen att det skulle inrättas utbytestjänster, där yrkesutövare skulle kunna vara både familjerådgivare och familjerättssekreterare. Förslaget kom att kritiserats, bland annat av familjerådgivarnas egen organisation KLRF. Den fullständiga separationen skulle ju inte vara möjlig om en och samma person både skulle bedriva myndighetsutövning och familjerådgivning samtidigt (Prop. 1993/94:4). Något förslag om utbytestjänster kom inte heller att införlivas i lagstiftningen, men tycks likväl ha förekommit. JO reagerade mot detta under 1999 och menade att sådan sammanblandning kunde leda till att såväl kvaliteten på som förtroendet för verksamheten raserades (JO 1999/2000 s. 272).

Sekretess och tystnadsplikt

Dokumentationsfrågan sammankopplas ofta med de sekretessregler som gäller för familjerådgivningen. Såväl den uteblivna dokumentationen som den förstärkta sekretessen anses motiverade av integritetsskäl. Sekretessen för den kommunala familjerådgivningen regleras i 26 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslag (2009:400) (OSL) och är absolut vad gäller alla uppgifter som lämnas eller som annars kommit fram i samband med att någon vänt

sig till familjerådgivningen. Att sekretessen är absolut innebär att den enskildes samtycke är nödvändigt för att uppgift ska kunna lämnas ut till enskild. Däremot framgår det av 10 kap OSL att uppgifter i vissa fall likväl får lämnas ut till andra myndigheter. Ett exempel utgörs av den skyldighet att göra orosanmälningar som framgår av 14 kap. 1 § SoL. För familjerådgivare är skyldigheten dock begränsad till att gälla fall då de i sin verksamhet får kännedom om att ett barn utnyttjas sexuellt eller utsätts för fysiskt eller psykisk misshandel i hemmet. Motivet till denna särbestämmelse är att familjer inte ska avskräckas från att söka hjälp (Prop. 1995/96:117).

Sekretessen vid familjerådgivningen är alltså starkare än för såväl övrig socialtjänst som hälso- och sjukvård, där enskilda har ett starkt sekretesskydd, men en menprövning kan undantagsvis innebära att uppgifter lämnas ut. Den starkare sekretess som gäller för kommunal familjerådgivning märks också i att dessa enligt 36 kap. 5 § rättegångsbalk (1942:740) i regel inte omfattas av den vittnesplikt som gäller merparten av andra offentligt anställda. Enligt 26 kap. 15 § OSL har familjerådgivare inte heller samma meddelandefrihet som gäller för övrig personal inom socialtjänsten.

Regleringen av familjerådgivning som bedrivs i enskild regi

Tystnadsplikten för privat verksamma familjerådgivare är beroende av om de bedriver sin verksamhet på kommunens uppdrag eller inte. Om det finns ett avtal med kommunen om att tillhandahålla familjerådgivning regleras tystnadsplikten i 15 kap. 2 § SoL och är absolut på samma sätt som den sekretess som gäller kommunalt anställda familjerådgivare enligt 26 kap 3 § OSL. Även i övrigt är samma bestämmelser som gäller kommunalt bedriven familjerådgivning rörande begränsad vittnesplikt, meddelandefrihet och skyldighet att göra orosanmälan avsedda att tillämpas på sådan familjerådgivning som drivs i enskild regi på uppdrag med kommunen (Prop. 1995/96:117).

Socialstyrelsen har också uttryckt att det undantag man påbjuder rörande dokumentationsskyldigheten för familjerådgivningen omfattar även familjerådgivning som bedrivs med avtal med kommunen (Socialstyrelsen, 2008).

Vilka regler som gäller för familjerådgivning som bedrivs i privat regi utan avtal med kommun beror på hur verksamheten klassificeras. Begreppet ”familjerådgivning” är i regleringssammanhang helt förbehållet verksamhet som bedrivs av kommun eller på uppdrag av kommun. Om enskilda yrkesutövare väljer att utan avtal med kommun tillhandahålla

”samtal med syfte att bearbeta samlevnadskonflikter i parförhållanden och familjer” som utmärker familjerådgivningen enligt 5 kap. 3 § SoL, gäller inte heller den speciallagstiftning som beskrivs ovan. Detta innebär alltså att om legitimerade psykoterapeuter bedriver sådana samtal i enskild regi, gäller skyldigheten att dokumentera enligt PDL. Tystnadsplikten regleras i 6 kap. 12-15 §§ PSL och innebär att det är en stark men inte absolut sekretess. Vidare gäller skyldigheten att göra orosanmälan utan några inskränkningar och psykoterapeuten ska i övrigt följa de skyldigheter som följer framförallt av 6 kap. PSL.

Frågan är om integritetsskyddet är starkare hos privat verksamma psykoterapeuter. Som framgått ovan har legitimerade psykoterapeuter en dokumentationsskyldighet enligt PDL. Något undantag i form av ett uttalande från Socialstyrelsen eller på annat sätt finns inte för denna grupp. Den avgörande skillnaden mellan privat och offentligt verksamma yrkesutövare är att den senare omfattas av tryckfrihetsförordningens (1949:195) bestämmelser, vilken innebär en skyldighet att beakta att dokumentation kan utgöra allmän handling och att huvudregeln för all dokumenterad information är offentlighet. På marginalen kan det innebära, dokumentationsskyldigheten till trots, ett starkare sekretesskydd för patienter och klienter som väljer att vända sig till privat verksamma yrkesutövare (Sandén, 2012).

Social integration, profession och dokumentation

Legitimerade psykoterapeuter ställning inom den kommunal familjerådgivning är till stor del ett utforskat område och ännu mindre har skrivits om dokumentationsfrågan. Det främsta bidraget kommer från Kollind, som har beskrivit familjerådgivningens historiska framväxt som en strid om företrädet mellan olika organisationer och yrkesgrupper. Hennes studie visar hur sättet att behandla samlevnadsproblem har gått från att var en fråga för myndighetsingripanden till att betraktas som ett individuellt ansvar. Det har i sin tur legitimerat platser för psykoterapeutiska metoder inom socialtjänsten (Kollind, 2002). Inom socialtjänsten är de olika typerna av arbete skiktade och socialt arbete med bistånd, missbrukare eller äldre har lägre rang än arbete som innefattar psykoterapi och familjerådgivning (Dellgran och Höjer, 2005).

För att hitta relevant forskning har det varit nödvändigt att söka i ett bredare perspektiv. Johnsson och Svensson diskuterar psykoterapins framväxt på fältet för social integration (Svensson och Johnsson, 2013). Begreppet är myntat av Brante för att illustrera hur professioner uppstår och etableras i en kontext, på ett fält i den typologi som Brante beskriver med metaforen *”det professionella landskapet”*. Verksamhet på fältet för social integration

innebär olika tekniker/terapier för att justera individers beteende och möjligheter att fungera bättre i relation till den normalitet som gäller i det omgivande samhället. Potentiellt kan flera yrkesgrupper utföra dessa arbetsuppgifter och på fältet för social integration, i foucaultsk anda även kallat *the psy-complex*, återfinns utöver psykoterapeuter även socialarbetare, psykiatrer och andra människobehandlande yrkesgrupper. (Rose, 1985; Brante, 2013). Olika grupper konkurrerar med varandra och professionalisering kan innebära en slags monopolisering av kunskaper och arbetsuppgifter och utestängande av andra (Larson, 2013). I rätten kan det komma till uttryck genom olika legala monopol. Legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården är ett sådant exempel (Abbott, 1988). Professionens ställning bygger på förtroendet för yrkesutövarnas kompetens, lämplighet och goda intentioner (Abbott, 1988; Molander och Terum, 2008; Fransson, 2012). Hur yrkesutövarna talar om sin profession och dess relation till klienterna ligger nära det etos-begrepp som används inom retoriken för att beskriva argument genom vilka talaren beskriver sin auktoritet och sin goda karaktär. Etos skapas och framhävs genom att konstruera föreställningar om bland annat karaktär och trovärdighet, kunskap och expertis, välvilja, samförstånd eller identifikation (Eklöf, 2000).

Den relevanta forskning som rör psykoterapeuter och andra grupper på fältet för social integration har huvudsakligen en inomdisciplinär karaktär. Här märks en oro över vad professionaliseringen på fältet för social integration kan medföra. Det varnas för att de professionella gränser som konstrueras genom yrkesmonopol inte alltid stämmer överens med den inomprofessionella synen på vad som utgör separata specialiteter eller discipliner (Sweeney, 1995) och att formaliserade krav på utbildningen till familjerådgivare riskerar att bortse från sådana personliga egenskaper som anses avgörande för en god yrkesverksamhet (Watson, 1993).

I allmänhet förstås med en profession, ett yrke som utför tjänster vilka är baserade på teoretisk kunskap förvärvad genom specialiserade utbildningar. I enlighet med detta synsätt kan en profession definieras som en yrkesgrupp som genomför interventioner baserad på vetenskaplig kunskap om mekanismer, strukturer och kontexter (Brante, 2013). Centralt för en profession är expert-kulturen; professionen tillskrivs en betydelsefull roll som uttolkare och tillämpare av en viss kunskap (Molander & Terum, 2008). Professionens närhet till teoretisk kunskap är central. Det gäller såväl insikten i ett visst privilegierat kunskapsområde som kontrollen över hur kunskapen tillämpas (Abbott, 1988; Sciulli, 2010; Brante, 2014). Den professionella kunskapen utvecklas i växelverkan mellan forskning, utbildning och praktisk verksamhet (Eraut, 1994).

Under 1990-talet kännetecknades den inomdisciplinära forskningen på fältet för social integration av farhågor för att framväxten av legala ordningar för ackreditering, tillsyn och etik riskerade att lura patienten att den terapi som erbjöds var god, när det i själva verket rådde oklarhet om vilka behandlingar som fungerade och inte fungerade. Det ansågs vara svårt att upprätthålla en professionell integritet när den expert-kunskap som erbjöds var mångfaldig, spretig och vars empiriska stöd kunde ifrågasättas (Howard, 1998; Lunt, 1999; Totton, 1999). På området för parterapi visar dock en historisk genomgång på en efter hand allt större konsensus av vad som utgör den professionella kunskapskärnan (Gurman och Fraenkel, 2002). Även bland psykoterapeuterna har man idag större samsyn kring vad som fungerar. Som sådana förenande grundprinciper framhåller Lebow betydelsen av terapeutiska allianser med patienten, ett behandlingsfokus på relationella faktorer samt tillämpning av metoder som det finns empiriskt stöd för (Lebow, 2017). Offentligt organiserade utbildningar på fältet tycks ha haft en avgörande betydelse för den professionella samsynen om vad som är god verksamhet (Piercy *m.fl.*, 2014; Montgomery *m.fl.*, 2018). De tidigare farhågorna om att professionsreglering och standardisering kan inverka negativt på den behandling som erbjuds kvarstår emellertid. Murphy befärar att risken är särskilt stor i en tid när psykoterapin, precis som övrigt vård och behandling, är föremål för marknadsiering (Murphy, 2011).

Professionens ställning påverkas alltså av närheten till kunskapskärnan. Ju färre kompromisser i den professionella kunskapen som måste göras, desto högre status. Graden av specialisering spelar också in; färre rutinartade sysslor ger högre status. Abbott nämner just dokumentation av vård och omsorg som en lågt rankad rutinuppgift (Abbott, 1988). På fältet för social integration tycks dokumentationen vara en självklar del av arbetet. Vid en genomgång av tidigare forskning har det inte gått att hitta exempel på verksamheter där terapeutisk verksamhet inte dokumenteras. Tvärtom visar en amerikansk forskningsöversyn rörande dokumentation vid familjebehandling, att dokumentationen betraktas som ovärderligt ur såväl kliniska, etiska som rättsliga perspektiv. Författarna konstaterar dock att forskningen på området är begränsad (Harris *m.fl.*, 2009). En liknande studie från Australien kommer till samma resultat (Bradford och Stevens, 2013). I en artikel som behandlar förhållningssätt gentemot patienter som inte vill ha sin behandling dokumenterad är slutsatsen att möjligheterna att tillmötesgå en sådan fråga är mycket begränsade. Frågor som innebär att uppgifter inte ska dokumenteras bör bemötas med förklaringar om varför dokumentationen är viktig (Thomas och James, 2001).

En annan fråga som berörs i litteraturen är de etiska problem som uppkommer vid dokumentation av gruppbehandling, exempelvis par- eller familjeterapi. Grundproblemet

hänger samman med att när människor behandlas tillsammans är deras rätt till integritet och konfidentialitet likväl individuell. Deltagarna har rätt till sekretess gentemot varandra. Det ställer stora krav på hanteringen av dokumentationen (Knauss, 2006; Knauss och Knauss, 2011).

I USA har man, sedan ett banbrytande domstolsavgörande från högsta domstolen (*Jaffee v. Redmond*, 1996) utvecklat en form av dubbel journalföring, där det finns möjlighet hålla psykoteraeutiska behandlingsanteckningar åtskilda från patientjournalen. För journalen finns det omfattande ramverk som styr såväl innehållet i som hanteringen av och tredje parts möjligheter att få tillgång till dokumentationen. De psykoteraeutiska anteckningarna ligger utanför denna reglering (Drogin *m.fl.*, 2010). I domstolsavgörandet fastslogs att de uppgifter som återfinns i de psykoteraeutiska anteckningarna skulle ha samma absoluta sekretesskydd som det som rådet mellan advokat och klient. Detta betraktades som ett avgörande skydd för behandlingsrelationen mellan terapeut och patient och en stor fördel för det terapeutiska arbetet. Men en undersökning bland amerikanska psykologer visar dock att möjligheten att föra separata behandlingsanteckningar inte används i den utsträckning man kunde förvänta sig. Av de tillfrågade kände närmare fyra av fem till möjligheten att föra separata anteckningar, men mindre än hälften av dessa använde sig av möjligheten (Delettire och Sobell, 2010). Samtidigt tycks intresset för en reglering som medger dubbel journalföring vara stort i andra länder (Mills, 2014).

Hittills i artikeln har professioner och professionellt agerande beskrivits i termer av rationella avvägningar. Harrits menar att det finns anledning att också inkludera en förståelse för professioner som tar hänsyn till relationella och känslotyrd logiker. Fördelarna med att inkludera ett sådant synsätt är det ger möjlighet till en mera mångfacetterad förståelse för yrkesutövares relationer till sina avnämare och, inte minst, yrkesutövarens egen subjektiva konstruktion av sin profession (Harrits, 2016). Överfört på dokumentationsfrågan finns det anledning att reflektera över frånvaron av dokumentation bland de legitimerade psykoteraeuterna som ett uttryck för en intuitiv och relationell känsla för vad som borgar för ett gott förhållningssätt gentemot de som söker vård och behandling och en god yrkesutövning i övrigt. Denna reaktion kom även till uttryck från läkarhåll, när en obligatorisk skyldighet att föra patientjournal diskuterades inför 1963-års läkarinstruktion. Argumenten emot en sådan skyldighet byggde på att den skulle skada en god behandlingssituation och en förtroendefull relation med patienten. Vilka anteckningar som bäst tjänade dessa syften ansåg läkare bäst själva avgöra (Författaren, 2019). De relationella argumenten låg i det fallet nära

ett paternalistiskt förhållningssätt. Ett sådant kan knappast förenas med en stark autonomi för patienten/klienten, där inte minst det informerade samtycket är centralt (Häyry, 1991).

Legitimerade psykoterapeuterna i kommunal familjerådgivning – en bakgrund

För att förstå psykoterapeuternas särskilda plats inom den kommunala familjerådgivningen måste man ta hänsyn till såväl hur familjerådgivningen som regleringen av psykoterapi har vuxit fram.¹ Synen på vad familjerådgivning egentligen är har varierat över tid. Längre betraktades familjerådgivningen som huvudsakligen en landstingskommunal fråga, inte minst för att rådgivningsbyråerna också skulle tillhandahålla abort-, sexual- och preventivmedelsrådgivning och förväntades kunna bistå med såväl medicinsk som social och juridisk kompetens. Utvecklingen mot familjerådgivningen som ett åliggande för kommunens socialtjänst kantades av professionsstrider mellan en medicinskt respektive socialt orienterad syn på familjebehandling. (Kollind, 2002; Wendel, 2018). Idag har psykoterapeuterna kommit att fylla det utrymme som skapades mitt emellan dessa synsätt.

Det första initiativet från det allmännas sida togs 1947, då det i en offentlig utredning föreslogs att det skulle inrättas fullständiga rådgivningsbyråer för familje frågor (SOU 1947:46). Utredarna hämtade inspirationen från de mottagningar som den svenska mentalhygieniska rörelsen – Föreningen för psykisk hälsovård – hade öppnat utifrån de amerikanska förebilderna Family Consultation Bureaus. Man föreställde sig att rådgivningsbyråerna skulle bemannas med läkare, jurister och rådgivare i ekonomiska och sociala frågor för att tillhandahålla allsidig rådgivning i såväl familjeekonomiska och -rättsliga frågor som praktiska utmaningar rörande barnuppfostran etc.

Familjerådgivningskommitténs förslag, som kom 1957, innebar att familjerådgivningen skulle utgöra en helt ny typ av verksamhet, som varken var medicinsk eller social. Man befarade att en hälso- och sjukvårdsprägel på verksamheten skulle medföra att många inte sökte sig dit, eftersom de inte betraktade sig som sjuka. Man ville heller inte att

---

¹ Det har inte varit möjligt att finna statistik över antalet familjerådgivare i landet. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd som inrättades 2015 har övertagit uppgiften att vara kunskapsmyndighet för familjerådgivningen från Socialstyrelsen. I detta uppdrag ingår att årligen upprätta statistik över verksamheten, men denna statistik fokuserar på besökarna. Under 2018 pågick 38 692 ärenden i den kommunalt finansierade familjerådgivningen och 27 317 avslutades under året. Verksamheten varierar kraftigt över landet, men i genomsnitt besöker 10 av 10 000 invånare mellan åldern 18-69 år familjerådgivningen.

familjerådgivningen skulle förknippas med den myndighetsutövning som kommunens socialtjänst kunde utöva. Familjerådgivningen skulle istället vara av ett särskilt slag, med särskilt kvalificerad mentalhygienisk personal (SOU 1957:33). Lagstiftarens ställningstagande innebar att familjerådgivningen inte kom att direkt lämpa sig för den medicinskt orienterade psykiatrin, men inte heller för de socialarbetare som höll på att etablera sig inom den kommunala socialtjänsten. (Kollind, 2002).

När 1980-års socialtjänstlag (SFS 1980:620) introducerades blev familjerådgivningen en av de öppna individuellt inriktade insatser som socialtjänsten kunde erbjuda enskilda. Att hälso- och sjukvårdspersonal skulle komma att arbeta inom familjerådgivningen var inget man förställde sig då. Familjerådgivare förutsattes istället rekryteras inom socialtjänsten och sedan erbjudas vidareutbildning inom psykodynamisk terapi (Prop. 1979/80:1).

Att det var fråga om en speciell verksamhet vars yrkesutövare hade en särställning märktes dock i att familjerådgivare redan vid denna tid, på samma sätt som viss hälso- och sjukvårdspersonal, var undantagna vittnesplikten i domstol. Den organisatoriska särlösningen märktes även i att familjerådgivningen nu fick ett starkare sekretesskydd än övrig socialtjänst. Familjerådgivningen skulle vara en särskild gren av socialtjänsten med sekretessgräns gentemot den övriga verksamheten. Familjerådgivares skyldighet att göra orosanmälan då barn befarades fara illa begränsades också till att bara gälla fall då barn misshandlades i hemmet (Prop. 1979/80:1).

Vid det här laget hade statlig psykoterapi-utbildning inrättats 1978 vid Karolinska institutet och vid Umeå universitet. Tidigare gavs utbildningen av några få utbildningsanordnare som med något enstaka undantag var enskilda och huvudsakligen verksamma i Stockholm. (Högskoleverket, 2007; Sigrell och Sandell, 2011). Johnsson och Svensson beskriver introduktionen av den statliga utbildningen som ett paradigmskifte, då psykoanalysen och andra terapeutiska inriktningar som tidigare hade stått utanför den akademiskt erkända psykologin, introducerades i utbildningssystemet. Det är nu som den praktiserande psykoterapeuten noteras i det offentliga och psykoterapin blir ett avgränsat privilegierat kunskapsområde, något som varken är psykiatri eller socialt arbete (Svensson och Johnsson, 2013). Utbildningen gavs i två steg. För antagning till utbildningen krävdes att den sökande hade anställning i något människovårdande yrke, och steg 1-utbildningen blev en naturlig vidareutbildning för de socionomer som skulle arbeta inom familjerådgivningen. (SOU 1983:33).

Kommunerna prioriterade inte familjerådgivningen och under 1980-talet kom flera förslag om att familjerådgivningen borde bli en obligatorisk uppgift för kommunerna.

Familjerådgivarna ansågs vara en särskilt värdefull kompetens och resurs, inte endast när det gällde samtalsverksamhet, utan också som handledare för annan personal. Också vid arbete med familjer drabbade av tidens stora farsot, AIDS, bedömdes familjerådgivare med sin särskilda kompetens vara viktiga (DsS 1983:8; SoU 1986/87:22).

När lag (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m. infördes kom psykoterapeut att bli ett legitimationsyrke inom hälso- och sjukvården och i förarbetena till legitimationsregleringen lyftes familjerådgivningen fram som ett självklart verksamhetsområde för psykoterapeuterna. Även om yrkesutövarna förväntades ange även sin grundkompetens i yrkesbeskrivningar är det svårt att uppfatta denna reglering på annat vis än att psykoterapeut nu var en självständig yrkeskompetens, fullt integrerad i behörighetsregleringen (Prop. 1983/84:179, utan årtal). De professionsorienterade invändningarna kom enbart från Sveriges psykologförbund, som ville behålla det företräde på området för social integration som yrkesgruppen haft sedan 1978, då psykolog blev ett legitimationsyrke (SOU 1983:33).

Legitimationen innebar också att de legitimerade psykoterapeuterna kom att omfattas av skyldigheten att dokumentera, som enligt 9 § patientjournallag (1985:562) gällde samtliga legitimerade yrkesutövare. Psykoterapi beskrevs som ”en systematisk och målinriktad behandlingsverksamhet, bedriven med vetenskapligt grundande psykologiska metoder och med beaktande av samspelet mellan individ och social miljö” (SOU 1983:33, s. 149).

År 1988 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att göra familjerådgivningen till ett obligatorium. I styrelsens utredning beskrivs familjerådgivningen återigen som en särskild och avgränsad verksamhet, också i geografiskt avseende; familjerådgivningen skulle vara lokalmässigt avskild så att sökande kunde känna sig obesvärade när de besökte byrån. Socialstyrelsen lyfte fram behovet av att tydliggöra den professionella kärnan och föreslog satsningar på forsknings- och utvecklingsarbete och framtagande av facklitteratur avseende relationer/samlevnadsfrågor. Familjerådgivarnas egen organisation (KLFR) var mycket nöjda med detta förslag och föreslog den egna organisation som samrådspartner. Att arbetsuppgiften, att bedriva samtal, i sig inte längre betraktades som en fråga för den medicinska professionen märktes i att Läkarsällskapet ställde sig bakom förslaget om ett kommunalt huvudmannaskap, även om sällskapet också föreslog att socialstyrelsen, en organisation läkarna själva dominerade, skulle föreskriva en lägsta kompetensnivå för familjerådgivarna (Prop. 1993/94:4).

Samtidigt hade den statliga utbildningen i psykoterapi förändrats. Steg 1-utbildningen hade kommit att fungera som en adekvat förberedelse för steg 2-utbildningen till

psykoterapeut. Däremot fungerade den sämre som generell vidareutbildning för andra yrkesgrupper som ville fördjupa sina kunskaper som psykoterapeutiska samtal och arbetssätt. Det beslutades då att universitetens resurser skulle koncentreras till steg 2-utbildningar; ansvaret för steg 1 kunde istället läggas på sjukvårdshuvudmännen och andra enskilda utbildningsanordnare. Steg 2-utbildningen kom att kallas påbyggnadsutbildning i psykoterapi (Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), 1985). Sammantaget innebar detta att ytterligare specialisering och en starkare etablering av psykoterapin, då det blev tydligare att det var först efter påbyggnadsutbildningen som yrkesidentiteten som psykoterapeut uppstod. Steg 1-utbildningarna kom istället att omvandlas till grundkurser i psykoterapeutiska samtal och arbetssätt. (Sigrell och Sandell, 2011).

1995 infördes slutligen en skyldighet för kommunerna att tillhandahålla familjerådgivning. Skyldigheten kom att regleras i 12 a § i den dåvarande socialtjänstlagen (1980:620) och löd: *Kommunen ska sörja för att familjerådgivning genom kommunens försorg eller annars genom lämplig yrkesmässig rådgivare kan erbjudas dem som begär det.* Att införa en obligatorisk familjerådgivning och separera denna i sekretesshänseende innebar sammanfattningsvis att det konstruerats en rättsligt särskild avgränsad verksamhet. Verksamheten skulle ligga inom kommunens socialtjänst, men såväl organisatoriskt som geografiskt avskild från densamma. Här skulle yrkesutövare med särskild kompetens arbeta. Psykoterapin hade redan identifierats som den kompetensen. I utbildningshänseende hade den som påbyggnadsutbildningen i psykoterapi blivit den dominerande psykoterapiutbildningen. Psykoterapeuterna hade också försetts med det kompetensbevis som legitimationen innebar och i förarbetena hade familjerådgivningen pekats ut som ett naturligt verksamhetsfält. Sammantaget bekräftar beskrivningen av psykoterapeuternas och familjerådgivningens förening Johnssons och Svenssons tes att psykoterapin som profession har gynnats av att samhället förändrade fokus från institutionalisering, social kontroll och repression till prevention, rådgivning, öppenvård och patientautonomi (Svensson och Johnsson, 2013).

Erfarenheter av att vara legitimerad psykoterapeut i den kommunala familjerådgivningen

Upplägg och genomförande

Under 2017 genomfördes fyra intervjuer med legitimerade psykoterapeuter. Rekrutteringen av informanter inleddes med att jag kontaktade en person som några år tidigare, under en föreläsning på psykoterapeutprogrammet, gjort mig uppmärksam på den osäkerhet som råder

rörande dokumentationsfrågan bland legitimerade psykoterapeuter verksamma inom socialtjänstens öppna verksamhet.

Denne kontaktade sedan personer ur sitt professionella nätverk för att förhöra sig om det fanns intresse av att medverka i min undersökning. Vid positivt intresse förmedlades kontakt med mig. Någon informant föll bort då denne huvudsakligen var verksam inom annan del av socialtjänsten. Av de fyra som återstod var två verksamma i en storstadskommun och två i en mellanstor stad. Två var kvinnor och två män och åldern var mellan 44 och 60 år. Två informanter var enbart verksamma inom den kommunala familjerådgivningen. En delade sin tjänst mellan familjerådgivning och annan familjebehandling och en arbetade enbart med annan familjebehandling, men hade tidigare erfarenhet av familjerådgivning. Genom urvalet har jag fått en inblick i vilka villkor som gäller för legitimerade psykoterapeuters verksamhet såväl inom familjerådgivning som inom övrig kommunal familjebehandling. Jag har också genomfört en intervju med ordföranden för Föreningen Sveriges kommunala familjerådgivare (KFR). Syftet med denna intervju var att skapa mig en allmän bild av psykoterapins ställning inom den kommunala familjerådgivningen, vilka metoder som används och synen på dokumentationsfrågan. Antalet informanter är litet, men efter intervjuerna uppnåddes vad som uppfattades som en teoretisk mättnad: informanternas svar, tillsammans med den information som den kompletterande intervjun gav och den information som finns hos de professionella organisationerna på området gav mig anledning att anta att ytterligare intervjuer inte hade tillfört något substantiellt.

De legitimerade psykoterapeuterna som intervjuats har en grundexamen som socionom och har sedan gått en legitimeringsgrundande psykoterapiutbildning med inriktning mot familjeterapi. Denna inriktning baseras på teorier, metoder och tekniker som utvecklats inom de familjeterapeutiska skolbildningarna och baseras på systemteori för förståelse av psykosociala/mänskliga system.

Varje intervju genomfördes face-to-face och tog mellan en och en och halv timme. Vid två intervjuer gjordes anteckningar medan två spelades in och transkriberades. Intervjuerna genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide med frågor avsedda att belysa särskilda aspekter på vad det innebär att arbeta som legitimerad psykoterapeut i den kommunala familjeterapin och/eller annan kommunal familjebehandling. Guiden innehöll framförallt frågor rörande synen på dokumentationsfrågan och till denna knöts till frågor om professionell identitet och förhållningssätt gentemot klient och organisation samt relation till socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. I analysen av materialet har jag sökt efter olika professionsteoretiska teman som kunnat karaktärisera såväl de enskilda intervjuerna som

materialet som helhet. Samtliga intervjuerna har genomförts med informerat samtycke och har i övrigt följt gängse etiska riktlinjer för samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet). Jag har läst och behandlat informanternas svar som en helhet och tillskriver inte uttalandena till någon särskild person. Genom att behandla materialet som en röst betonas också det unisona i utsagorna. Informanternas svar är dock inte avsedda att läsas som en generalisering på någon total nivå, utan som röster med ett inifrån-perspektiv från ett embryo till en profession. Genom att inte särskilja mellan informanterna minskar också risken för att rösterna identifieras.

Inspirerad av den kontextuella syn på professioner som Brante et al. ger uttryck för, har jag valt att analysera informanternas svar utifrån deras fältbegrepp. Ett fält karaktäriseras bland annat av att gruppen orienterat sig mot vissa generella värden, vilka man antar uppfyller avgörande funktioner i ett samhälle. På fältet har man vidare institutionaliserat en gemensam uppfattning om vad som vad som hålls för sant (Brante, 2013).

Lojalitet och identifikation med klienten

Bland de värden som framhålls av mina informanter, träder sådana som har med lojalitet och identifikation med klienten att göra fram som de mest signifikanta. Genomgående färgades mina informanternas berättelser av en stark lojalitet mot klienten. Att tillgodose klientens intressen är det allra starkaste elementen vid skapandet av mina informanternas etos.

"Människor har problem. Vi kan hjälpa dem."

I den kommunala familjerådgivningen kan vem som helst få kvalificerad hjälp i svåra situationer. För en informant är det uttryckligen en politisk fråga. Familjerådgivning i privat regi är kostsamt. Det faktum att kommunens familjerådgivning är kraftigt subventionerad och att det går att få avgiftsbefrielse gör att den är tillgänglig för betydligt flera än den skulle vara om kostnaden i sin helhet skulle täckas av personer som vänder sig dit. Att kvalificerad psykoterapi inte ska vara förbehållet de som har ekonomiska förutsättningar att söka privat framhåller flera av mina informanter.

"Socialtjänstens öppenvård går allt mer mot utredning, behovsprövning, dokumentation. Familjerådgivningen är det enda säkra där man kan söka hjälp själv utan att behöva redogöra för skälen för en handläggare. Att vår verksamhet

subventioneras betyder mycket och det går att få avgiftsbefrielse. Det är en maktfråga att ge fattiga människor makten över sitt eget liv. De som har pengar kan alltid söka hjälp privat. Jag brinner för människor som inte har pengar.”

Att erbjuda behandling utan handläggning och dokumentation betraktas också som en integritetsfråga. I socialtjänstens gängse behovsprövning är den enskilde föremål för prövning och i samband med denna dokumenteras och analyseras integritetskänslig information. Välbeställda personer i behov av familjerådgivning kan välja privat verksamma psykoterapeuter där integritetsskyddet av henne antas vara starkare. Det sätt på vilket mina informanter relaterar till de människor som söker sig till den kommunala familjerådgivningen har mera med personliga och känslomässiga band att göra, än direkt professionsfunktionella intressen. Psykoterapeuterna har inte genomfört någon professionell kategorisering eller teoretisk problemdefinition av den sökande och aktuella behov innan det betraktas som självklart att den sökande ska tas emot. I förhållningssättet ligger ett förgivettagande om att de som söker hjälp är i underläge i ett samhälleligt perspektiv. Den allmänna bild som informanterna ger av de som söker sig till familjerådgivningen skiljer sig från den som framgår i förarbetena till regleringen av den kommunala familjerådgivningen, där de sökande varken antas patienter i behov av hälso- och sjukvård eller som klienter inom socialtjänsten. Istället beskrivs de sökande som autonoma individer, fullt medvetna om sina behov och sina möjligheter att få dem tillgodosedda. Integritetsskyddet förväntas upprätthållas genom familjerådgivningens organisatoriska och geografiska avskildhet.

”De som är mest utsatta ska få den bästa hjälpen! I ett välfärdssamhälle ska människor ha lika rättigheter och samma chanser – även de som inte förstår eller kan tala för sig. Det är min skyldighet att upprätthålla detta värde.”

Lojaliteten med klienten framstår som psykoterapeuternas raison d'être. Vilka implikationer har detta? Relationen mellan profession och avnämare är central för studiet av professionen inom det fält som verksamheten omfattar. Bredvid professionens relation till exempelvis kunskap, professionellt företräde och statligt erkännande är relationen till avnämaren central för studiet av professionen. Relationen till avnämaren är såväl strukturell som personlig till sin karaktär (Sommer Harrits och Thorup Larsen, 2016). På det strukturella planet uppfattar mina informanter sin verksamhet som en möjlighet att tillgodose behov hos den del av medborgarna som saknar ekonomiska förutsättningar att söka familjerådgivning på annat vis.

Maktrelationen mellan psykoterapeuten och de sökande i själva behandlingssituationen berördes inte alls i intervjuerna.

Psykoterapi inom familjerådgivningen – hälso- och sjukvård eller socialtjänst?

Som framgått ovan konstruerades familjerådgivningen som något annat än socialtjänst eller hälso- och sjukvård; en verksamhet som skulle betraktas som en främmande fågel på båda områdena. Mina informanter framstår som ganska ointresserade av frågan, den betraktas helt enkelt som oväsentlig. På frågan om den yrkesutövning som bedrivs av de legitimerade psykoterapeuterna ska betraktas som hälso- och sjukvård eller socialtjänst svarar en informant:

”Familjerådgivningen hör hemma där de hjälpbehövande hör hemma. Organisationen är inte betydelsefull. Hjälpbehövande råkar hamna någonstans, där måste vi finnas.”

I uttalandet märks ett fjärande från övrig verksamhet. Familjerådgivarna uppfattar verkligen sin verksamhet som något annorlunda, något övrigt. Uttalandet ovan uttrycker en av informanterna ett pragmatiskt förhållningssätt, där den som söker sig till familjerådgivningen står i centrum. Samma syn märks i förhållningssättet gentemot legitimationen:

”För mig är inte en legitimation viktigt. Samtidigt är det viktigt att jag får arbeta som psykoterapeut med mina kunskaper. Det skulle vara så missvisande om jag hette socialsekreterare. Jag föreställer mig att legitimationen varit viktig inom landstinget som en kvalitetssäkring. Kvalitetssäkringen är viktig också här, men hur den sker är en annan sak.”

I detta uttalande framstår legitimationen främst som ett instrument för kvalitetssäkring. Inom hälso- och sjukvården råder enligt 6 kap 2 § PSL ett personligt yrkesansvar, och legitimerade yrkesutövare står under tillsyn av inspektionen för vård och omsorg. Kvalitetssäkringen i form av tillsyn inom socialtjänsten är inte knuten till de individuella yrkesutövarna på samma vis, även om, som visats ovan, Socialstyrelsen har gett uttryck för uppfattningen att familjerådgivare har ett personligt yrkesansvar trots allt.

”I min värld hade det lika gärna kunnat vara reglerat på samma sätt inom

socialtjänsten. Behandlingsarbetet har utvecklats så mycket inom socialtjänsten. Legitimationen är en statusfråga också. Status är inte viktigt för mig, kunskapen är viktigast, man ska ta ansvar för det man gör. Traditionen av det är starkare inom hälso- och sjukvården men lika viktigt hos oss. Lika svåra bekymmer här, det kräver lika hög etisk hållbarhet hos oss. Det är sannerligen reglerat härinne.”

Yrkesidentitet, etos och profession kopplas alltså inte till legitimationen bland mina informanter. Legitimationens statusbärande funktioner diskuteras istället i termer av yrkesstolthet och kompetens och dessa termer som kopplas i uttalandet till ett särskilt avgränsat fält, något som är ”här” och ”härinne”. Att legitimationen visserligen är ett bevis om att yrkesutövaren hade inhämtat vissa specifika kunskaper stod klart för mina informanter. Men frågan om kunskapen skulle regleras rättsligt ansågs helt enkelt oviktig. Det viktiga var istället innehållet i den särskilda kompetens som de legitimerade psykoterapeuterna har.

Samtidigt är förhållningssättet till legitimationen ett ställningstagande. Som framgått ovan har Akademikerförbundet SSR överlämnat avgörandet om när psykoterapeuterna använder sin ”legitimerade kunskap” och måste dokumentera sin behandling, till psykoterapeuterna själva. Det är ett tungt ansvar att lägga bedömningen om när det personliga yrkesansvaret ska inträda på yrkesutövarna själva och det framstår som ett enkelt förhållningssätt att välja den enklaste vägen – att helt enkelt bortse från frågan. Att familjerådgivarnas egen organisation har valt att enkelt konstatera att någon dokumentationsplikt inte föreligger (trots att lagstiftningen påbjuder en sådan) styrker naturligtvis också familjerådgivarna i övertygelsen om att behandlingen inte ska dokumenteras.

Expertkunskapen

Mina informanter uppger samtliga att vidareutbildningen till psykoterapeut har gett en bättre förmåga att se människor och flera verktyg i verktygslådan. Informanterna är inriktade på familjeterapi och har en systemteoretisk inriktning på sin utbildning till psykoterapeuter. Systemteorin har beskrivits som den mest grundläggande av olika familjeterapeutiska inriktningar (Schjød, Egeland och Andersson, 1994). I ett systemteoretiskt perspektiv betraktas familjen som ett interaktionistiskt system där relationerna och interaktioner mellan alla familjemedlemmar är väsentliga att studera och behandla. Om en familjemedlem förändras, så påverkar det övriga familjemedlemmar i systemet. Helhetsperspektivet är dock viktigare än beståndsdelarna och hur en familjen fungerar har en större påverkan på

medlemmarna än de förändringar som en enskild familjemedlem kan uppvisa (Lundsby, 2000).

Den systemteoretiskt inriktade behandlingen har beskrivits som ett cirkulärt perspektiv, som kräver en bredare analytisk förmåga och mera tid än den linjära behandlingsmodell som den medicinskt individuellt orienterade behandlingen bygger på, där orsak - verkan är det centrala (Westerström, 2010).

För mina informanter är det systemteoretiska perspektivet det som särskiljer dem från andra professioner på fältet för social integration. Såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten kritiserar av mina informanter för sitt individualiserade synsätt och det systemteoretiska perspektivet tillskrivs möjligheter att möta klienterna på ett bättre sätt.

En av informanterna jämför det systemteoretiska perspektivet med de teoretiska angreppssätt som används inom barn- och ungdomspsykiatri:

”Från ett systemiskt perspektiv är det svårt att säga var problemet ligger. Ett barn med självskadeproblem till exempel kan få individuell kontakt och lite föräldrastöd. Sedan börjar ett annat syskon reagera och uttrycker att man mår dåligt. BUP menar då att man inte kan jobba med syskonet, det finns ingen diagnos, det finns ingen patient. Då kallas vi in! Det finns inget systemiskt på BUP, de har några familjeterapeuter men de sliter i motvind. Det är starkt individfokus och krav på evidens. Fokus på KBT-inriktning och stark individkultur.”

Att beskriva det systemiska perspektivet som speciellt och särskilt lämpat för familjerådgivning, ger också möjlighet att legitimera de legitimerade psykoterapeuternas företräde inom familjerådgivningen. Än så länge är inte samtliga yrkesutövare inom familjerådgivningen legitimerade psykoterapeuter och alla har inte valt att specialisera sig inom systemteorin, men det finns en tydlig tendens i den riktningen (Nordahl, 2016) och detta bekräftas också av ordföranden för familjerådgivarnas professionella organisation. Med andra ord medför konstruktionen av systemteorin som en professionell kunskapskärna, att de legitimerade psykoterapeuterna kan dominera och kontrollera ett kunskapsfält inom familjerådgivningen och att en väsentlig gränsdragning görs gentemot andra professioner (Abbott, 1988).

Dokumentationsfrågan

”Familjerådgivningen det enda säkra där man kan söka hjälp själv utan att behöva redogöra för skälen för en handläggare.”

Samtliga informanter utgår från att samtalen vid familjerådgivningen inte ska dokumenteras. De uppfattar det som en viktig integritetsfråga för de som söker sig dit och att människor som inte har ekonomiska förutsättningar att söka hjälp på annat håll ska garanteras samma integritetsskydd som mera välbeställda.

Det systemteoretiska behandlingsarbete beskrivs också som något som inte passar in i de krav på att journalföring ska vara individuell, som gäller enligt dokumentationsregleringen för såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården:

”Om man jobbar systemiskt får man inte gynna en familjemedlem och skada en annan. Man får göra ett ställningstagande till anledningen att man dokumenterar i just detta fall. Om en familjebehandlare arbetar på uppdrag av en socialsekreterare med föräldrar i konflikt över ett barn, då hamnar ju dokumentationen i barnets akt. Vad ska jag skriva om föräldrarna i barnets akt, barnet kan ju komma att läsa det?”

Förhållningssättet visar återigen på en stark lojalitet med varje klient, samtidigt som de rent metodologiska problemen med att dokumentera en systemisk utredning framhålls. Detta förhållningssätt var unisont bland informanterna. Samtidigt finns det forskning där betydelsen av en dokumentation framhålls också när det gäller gruppbehandlingar, och även exempel på hur man kan hantera de problem avseende dokumentation och sekretess som gruppbehandlingar medför (Knauss, 2006; Knauss och Knauss, 2011).

I övrigt är informanterna ambivalenta till dokumentation inom övrig socialtjänst och hälso- och sjukvård:

”Man jobbar med väldigt komplexa saker, dilemman som klienter sitter i. Dokumentationen är ett bra arbetsredskap, inte minst när man jobbar många tillsammans. Men tänker man att klienten kan läsa så ska det också vara begripligt hur processen ser ut och varför. Är det ett familjesamtal eller individuellt så går det aldrig att föra det på papper, det hade blivit en roman, hade inte haft någon funktion heller.”

Även här går det att invända mot uttalandet med att det i forskningen finns praktiska exempel på hur ett systemiskt arbete kan dokumenteras (Bernstein och Burge, 1988). Uttalandet får istället läsas som ett uttryck för en stark tilltro till den egna professionella identiteten, där det professionella skönet har en avgörande betydelse för behandlingens kvalitet. Formella dokumentationskrav riskerar att hämma och begränsa det professionella omdömet och saknar praktisk och reell funktionell mening.

Ingen informant för fram rättssäkerheten som en viktig faktor när det gäller dokumentation. Fokus är istället helt och hållet på insatsen.

”Vi har bara socialtjänstlagen; när man jobbar behandling så står lite om hur en utredning ska gå till och så någon mening om behandling – sedan står det ingenting mer! Man utreder familjens behov, men sen då! Utredningarna är meningslösa i sig själva, såvida man inte kommer fram till att det inte finns något behov.”

Sammanfattande slutsatser

Legitimerade psykoterapeuter verksamma inom den kommunala familjerådgivningen utgör ett embryo till en ny profession. Den kommunala familjerådgivningen har konstruerats som en separat jurisdiktion, som något i grunden annat än socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Gränsdragningarna har gjorts utifrån såväl utbildning och arbetsuppgifter som klienttyp (Abbott, 1988). Samtliga familjerådgivare förväntas ha en vidareutbildning i psykoterapi, men allt fler har också en legitimation som psykoterapi där den systemteoretiska inriktningen är särskild viktig genom sitt fokus på familjebehandling. Arbetsuppgifterna är särskilda gentemot övrig socialtjänst, där familjerådgivningens specialiserade arbetsuppgift koncentreras till samtal med människor som varken är sjuka eller föremål för någon socialtjänstutredning. I rättsligt hänseende består det mest iögonfallande särdraget i att skyldigheten att dokumentera satts ur spel genom ett icke-bindande uttalande från Socialstyrelsen. För legitimerade psykoterapeuter som är verksamma inom den kommunala familjerådgivningen motiveras detta med att alla människor ska kunna garanteras ett absolut integritetsskydd. Den pragmatiska lösningen av dokumentationsfrågan ger uttryck för det starka etos som de legitimerade psykoterapeuterna ger uttryck för; en hållning som domineras av lojalitet till och sympati för de människor som söker sig dit. I den subjektiva konstruktionen av professionen läggs stor vikt vid att relatera till besökaren och dennes behov på ett personligt, politiskt och känslomässigt plan. I det kraftfulla personliga engagemanget

för de människor som söker sig till familjerådgivningen märks också ett drag av paternalism, liknande det som visade sig från läkares håll när en skyldighet för att dokumentera vård och behandling diskuterades för deras del under 1960-talet. I ett historiskt perspektiv har den kunskapskärna som de legitimerade psykoterapeuterna inom familjerådgivningen råder över, endast i liten utsträckning diskuterats och analyserats. I forskningen diskuteras dokumentationen som ett viktigt arbetsverktyg och lämpliga metoder för dokumentation av gruppterapi har också förts fram. Kanske följer det av yrkesgruppens ställning som embryo till egen profession att dessa inte tycks diskuteras bland de legitimerade psykoterapeuterna inom den kommunala familjerådgivningen.

Källförteckning

Abbott, A. D. (1988) *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Akademikerförbundet SSR, *Juridik för dig som är leg. psykoterapeut*. [<https://akademssr.se/yrkesfragor/leg-psykoterapeut/juridik-leg-psykoterapeuter>. Hämtat 2019-02-21].

Bernstein, R. M. och Burge, S. K. (1988) A Record-Keeping Format for Training Systemic Therapists, *Family Process*, 27(3), s. 339–349.

Bradford, L. och Stevens, B. (2013) What's in the File? Opening the Drawer on Clinical Record Keeping in Psychology, *Australian Psychologist*, 48(3), s. 178–187.

Brante, T. (2013) The professional landscape: The historical development of professions in Sweden, *Professions and Professionalism*, 3(2).

Brante, T. (2014) Den professionella logiken : hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället. Johanneshov: MTM.

Delettre, J. L. och Sobell, L. C. (2010) Practitioner keeping psychotherapy report notes separate from the patient record, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(2), s. 160–163.

Dellgran, P. och Höjer, S. (2005) Rörelser i tiden . Professionalisering och privatisering i socialt arbete, *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12(2–3), s. 246–267.

Drogin, E. Y. m.fl. (2010) The American Psychological Association's revised "record keeping guidelines": Implications for the practitioner., *Professional Psychology: Research and Practice*. s. 236–243.

DsS 1983:8 Familjerådgivning: verksamhet och organisation. Delbetänkande från BFU - 81.

- Eklöf, M. (2000) *Läkarens ethos : studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890-1960*. Linköping: Linköping studies in arts and science.
- Eraut, M. (1994) *Developing professional knowledge and competence*. London: Falmer.
- Föreningen Sveriges kommunala familjerådgivare (2014) *Familjerådgivningens juridiska ramar*. [http://www.kfr.nu/?page_id=1218. Hämtad 2019-02-21].
- Fransson, O. (2012) Förtroendet för professioner, I: Björngren Cuadra, C & Fransson, O. (red.) *Tillit och förtroende. Ständiga utmaningar för de professionella*. Polen: Gleerups.
- Författaren (2019).
- Gurman, A. S. och Fraenkel, P. (2002) The History of Couple Therapy : A Millennial Review, *Family process*, 41(2), s. 199–260.
- Harris, S. M. m.fl. (2009) Are clinical records really that important? the dearth of research and practice guidelines in MFT literature, *American Journal of Family Therapy*, 37(5), s. 373–387.
- Harrits, G. S. (2016) Being Professional and Being Human. Professional's Sensemaking in the Context of Close and Frequent Interactions with Citizens, *Professions and Professionalism*, 6(2).
- Häyry, H. (1991) *The Limits of Medical Paternalism*. London: Routledge (Social Ethics and Policy Series).
- Högskoleverket (2007) Utvärdering av psykoterapeututbildningar vid universitet och enskilda utbildningsanordnare.
- Howard, A. (1998) Roads to professionalisation: Dare we travel the 'integrity route'?, *British Journal of Guidance & Counselling*, 26(2), s. 303–309.
- Jaffee v. Redmond*, 518 U.S. 1 (1996).
- JO 1999/2000, Justitieombudsmannens årsberättelse 1999/2000, s. 272.
- Knauss, L. K. (2006) Ethical Issues in RecordKeeping in Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*. Guilford Publications Inc., 56(4), s. 415–430.
- Knauss, L. K. och Knauss, J. W. (2011) Ethical issues in multiperson therapy, *APA handbook of ethics in psychology, Vol 2: Practice, teaching, and research.*, 2, s. 29–43.
- Kollind, A.-K. (2002) *Äktenskap, konflikter och rådgivning - från medling till samtalsterapi*. Stockholm: Carlsson.
- Larson, M. S. (2013) *The rise of professionalism : monopolies of competence and sheltered markets*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Lebow, J. L. (2017) Editorial: Emerging Principles of Practice in Couple and Family therapy, *Family Process*, 56(3), s. 535–539.

Lundsbye, M. (2000) *Familjeterapins grunder : ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. Stockholm: Natur och kultur.

Lunt, I. (1999) The Professionalization of Psychology in Europe, *European Psychologist*, 4(December), s. 240–247.

Mills, J. (2014) Psychotherapist-Patient Privilege, Recordkeeping, and Maintaining Psychotherapy Case Notes in Professional Practice : The Need for Ethical and Policy Reform, *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 48(4), s. 96–113.

Molander, A. och Terum, L. I. (2008) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Montgomery, M. L. T. m.fl. (2018) Professionalization of Counseling: Perspectives from Different International Regions, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(4), s. 343–364.

Murphy, D. (2011) Unprecedented times in the professionalisation and state regulation of counselling and psychotherapy: The role of the higher education institute”, *British Journal of Guidance and Counselling*, 39(3), s. 227–237.

Nordahl, C. (2016) *Psykoterapi inom socialtjänsten*. Växjö kommun, Utvecklingsenheten. Förvaltningen arbete och välfärd.

Piercy, F. P. m.fl. (2014) A Cross-National Study of Family Therapy Training: A Collaborative Pilot Project, *Contemporary Family Therapy*, 36(2), s. 250–259.

Proposition 1979/80:1 Om socialtjänsten.

Proposition 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Proposition 1993/94:4 om familjerådgivning.

Proposition 1995/96:117 Tystnadsplikt inom enskild familjerådgivning.

Rose, N. S. (1985) *Psychology, Politics and Society in England 1869-1939*. London: Routledge & Kegan Paul.

Sandén, U. (2012) *Sekretess och tystnadsplikt inom offentlig och privat hälso- och sjukvård: ett skydd för patientens personliga integritet*. Uppsala: Iustus.

Schjødt, B., Egeland, T. A. och Andersson, S. (1994) *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Sciulli, D. (2010) ”Structural and Institutional Invariance in Professions and Professionalism”, I: Svensson, L. och Evetts, J. (red.) *Sociology of professions. Continental and Anglo-Saxon Traditions*. Borås: Daidalos, s. 33–74.

Sigrell, B. E. och Sandell, R. (2011) Psychotherapy Training in Sweden, *European Psychotherapy*, 10(1), s. 133–142.

- Socialstyrelsen (1994) Information om familjerådgivningen. Meddelandeblad nr 17/94.
- Socialstyrelsen (2008) Om den kommunala familjerådgivningens organisation, sekretess, vittnesplikt m.m. Meddelandeblad.
- Socialstyrelsen (2016) Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i ideella föreningar.
- Sommer Harrits, G. och Thorup Larsen, L. (2016) Introduction to Special Issue: Professional-Citizen Relations, *Professions and Professionalism*, 6(2).
- SOSFS 1982:78 Socialstyrelsens föreskrifter för psykologer om journalföring.
- SOSFS 2006:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
- SOU 1947:46 Betänkande angående familjeliv och hemarbete.
- SOU 1957:33 Allmän familjerådgivning.
- SOU 1983:33 Kompetens inom hälso- och sjukvården.
- Socialutskottets betänkande 1986/87:22 om anslag till socialt behandlingsarbete, alkohol- och narkotikapolitik.
- Svensson, L. G. och Johnsson, E. (2013) Social integration as professional field: Psychotherapy in Sweden”, *Professions and Professionalism*, 3(2).
- Sweeney, T. J. (1995) Accreditation, credentialing, professionalization: The role of Specialties, *Journal of counseling & Development*, 74(November/December), s. 117–125.
- Thomas, G. och James, T. (2001) Don't write me down': Legal, Clinical, and Risk-Management Aspects of Patient's Request that Therapists Not Keep Notes or Records, *American Journal of Psychotherapy*, 55(2), s. 157–165.
- Torregiani, I. (2015) *Spännande debatt om leg. psykoterapeuter i kommunal regi!*, SSR. [<https://akademssr.se/post/spannade-debatt-om-leg-psykoterapeuter-i-kommunal-regi>]. Hämtad 2019-03-11).
- Totton, N. (1999) The baby and the bathwater: 'Professionalisation' in psychotherapy and counselling, *British Journal of Guidance and Counselling*, 27(3), s. 313–324.
- Universitets- och högskoleämbetet (1985) *Högskolans psykoterapiutbildning : förslag till förändringar*. Stockholm: UHÄ (UHÄ-rapport, 0347-1330 ; 1985:14).
- Vetenskapsrådet, *Forskningsetiska principer*. [<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>]. Hämtad 2019-07-03].
- Watson, M. F. (1993) Supervising the Person of the Therapist: Issues, Challenges and Dilemmas, *Contemporary Family Therapy*, 15(February), s. 21–31.
- Wendel, L. (2018) Kommunal familjerådgivning som allmänning - Ett exempel på polycentrisk reglering, *Nordisk socialrättslig tidskrift*, 17–18, s. 165–191.

Westerström, L. (2010) Hur kan en BUP-anställd använda systemteori för att hjälpa sina patienter/klienter?, *Fokus på familjen: Nordisk Tidskrift för Familie- og Relasjonsarbeid*, 03.

Bilaga

Intervjuguide

Bakgrund

Ålder

Utbildning

Yrkeserfarenhet

Psykoterapi - är det socialtjänst eller hälso- och sjukvård?

Gränsen mellan terapi och psykoterapi?

Psykoterapeutisk grundsyn?

Hur uppfattas kravet på evidensbaserings?

Utbildningen

Varför steg 1?

Varför steg 2?

Vad är skillnaden i yrkesutövning efter vidareutbildningen?

På vilket sätt har din kompetens förändrats?

Arbetsgivarens inställning till psykoterapeuters kompetens?

Betydelsen av vad man är anställd som?

Vilka övriga kompetenser finns på arbetsplatsen?

Fördelas besökare efter kompetens?

Vad innebär legitimationen för dig?

Betyder förtroendet, det personliga yrkesansvaret etc ngt för dig?

Relationen till kollegor utan legitimation?

Dokumentationsfrågan

Uppfattning om dokumentationskravet?

I vilka situationer hade det varit en fördel att det funnits dokumentation?

I vilka situationer är det en nackdel att behandlingen inte dokumenteras?

Rimligt med särreglering avseende dokumentation?

Familjerådgivningens ställning i förhållande till övrig socialtjänst och hälso- och sjukvård?

Samverkan - vad underlättar, vad försvårar (ssk med hänsyn till dokumentationen)

Malmö University Health and Society Doctoral Dissertations

Ross, M. W. Typing, doing and being. A study of men who have sex with men and sexuality on the Internet. 2006:1

Stoltz, P. Searching for meaning of support in nursing. A study on support in family care of frail aged persons with examples from palliative care at home. 2006:2

Gudmundsson, P. Detection of myocardial ischemia using real-time myocardial contrasts echocardiography. 2006:3

Holmberg, L. Communication in palliative home care, grief and bereavement. A mother's experiences. 2007:1

Ny, P. Swedish maternal health care in a multiethnic society – including the fathers. 2007:2

Schölin, T. Etnisk mångfald som organisationsidé. Chefs- och personalpraktiker i äldreomsorgen. 2008:1

Svensson, O. Interactions of mucins with biopolymers and drug delivery particles. 2008:2

Holst, M. Self-care behaviour and daily life experiences in patients with chronic heart failure. 2008:3

Bahtsevani, C. In search of evidence-based practices. Exploring factors influencing evidence based practice and implementation of clinical practice guidelines. 2008:4

Andersson, L. Endocytosis by human dendritic cells. 2009:1

Svendsen, I. E. In vitro and in vivo studies of salivary films at solid/liquid interfaces. 2009:2

Persson, K. Oral health in an outpatient psychiatric population. Oral status, life satisfaction and support. 2009:3

Hellman, P. Human dendritic cells. A study of early events during pathogen recognition and antigen endocytosis. 2009:4

Baghir-Zada, R. Illegal aliens and health (care) wants. The cases of Sweden and the Netherlands. 2009:5

Stjernswärd, S. Designing online support for families living with depression. 2009:6

Carlsson, A. Child injuries at home – prevention, precautions and intervention with focus on scalds. 2010:1

Carlson, E. Sjuksköterskan som handledare. Innehåll i och förutsättningar för sjuksköterskors handledande funktion i verksamhetsförlagd utbildning – en etnografisk studie. 2010:2

Sinkiewicz, G. *Lactobacillus reuteri* in health and disease. 2010:3

Turesson, H. Psychiatric nursing staff and the workplace. Perceptions of the ward atmosphere, psychosocial work environment, and stress. 2011:1

Ingvarsdotter, K. Mental ill health and diversity. Researching human suffering and resilience in a multicultural context. 2011:2

Hamit-Eminovski, J. Interactions of biopolymers and metal complexes at biological interfaces. 2011:3

Mellgren, C. What's neighbourhood got to do with it? The influence of neighbourhood context on crime and reactions to crime. 2011:4

Annersten Gershtater, M. Prevention of foot ulcers in patients with diabetes mellitus. Nursing in outpatient settings. 2011:5

Pooremamali P. Culture, occupation and occupational therapy in a mental care context- the challenge of meeting the needs of Middle Eastern immigrants. 2012:1

Gustafsson A. Aspects on sepsis: treatment and markers. 2012:2

Lavant, E. Multiplex HLA-DR-DQ genotyping. For genetic epidemiology and clinical risk assessment. 2012:3

Wangel, A-M. Mental ill-health in childbearing women. Markers and risk factors. 2012:4

Scaramuzzino, R. Equal opportunities? - A cross-national comparison of immigrant organisations in Sweden and Italy. 2012:5

Ivert, A-K. Adolescent mental health and utilisation of psychiatric care - The role of parental country of birth and neighbourhood of residence 2013:1

Znamenskaya, Y. Effect of hydration on thermodynamic, rheological and structural properties of mucin. 2013:2

Andersson, F. The female offender. Patterning of antisocial and criminal activity over the life-course. 2013:3

Lindroth, M. Utsatthet och sexuell hälsa – en studie om unga på statliga ungdomshem. 2013:4

Hulusjö, A. The multiplicities of prostitution experience – narratives about power and resistance. 2013:5

Falk, M. Direct electron transfer based biofuel cells. Operation in vitro and in vivo. 2014:1

Finnbogadóttir, H. Exposure to domestic violence during pregnancy. Impact on outcome, midwives' awareness, women's experience and prevalence in the south of Sweden. 2014:2

Fagerström, A. Effects of surfactant adjuvants on barrier properties of plant leaf cuticle. 2014:3

Lamberg, P. Design and characterization of direct electron transfer based biofuel cells including tests in cell cultures. 2014:4

Richert, T. Överdoser, försörjningsstrategier och riskhantering – livsvillkor för personer som injicerar narkotika. 2014:5

Örmon, K. Experiences of abuse during the life course. - Disclosure and the care provided among women in a general psychiatric context. 2014:6

Sjöblom, I. Planerade hemförlossningar i Norden - kvinnors och barnmorskors perspektiv. 2014:7

Albèr, C. Humectants and Skin - Effects of hydration from molecule to man. 2015:1

Kisch M., A. Allogeneic stem cell transplantation. – Patients' and sibling donors' perspectives. 2015:2

Weiber, I. Children in families where the mother has an intellectual or developmental disability – incidence, support and first person perspectives. 2015:3

Schlyter, M. Myocardial infarction, Personality factors, Coping strategies, Depression and Secondary prevention 2016:1

Carlström, C. BDSM – Paradoxernas praktiker. 2016:2

El-Schich, Z. Novel imaging technology and tools for biomarker detection in cancer. 2016:3

Boonsatean, W. Living with type 2 diabetes in Thai population: Experiences and socioeconomic characteristics. 2016:4

Veizovic, V. Going through a colonoscopy and living with inflammatory bowel disease: Children's and parents' experiences and evaluation of the bowel cleansing quality prior to colonoscopy. 2016:5

Isma, G.E. Overweight and obesity in young children: Preventive work in child health care with focus on nurses' perceptions and parental risk factors. 2016:6

Brännvall, M. Frigörelse med förhinder – Om polisanmälan när kvinnor tar sig ur mäns våld i nära relationer. 2016:7

Pankratov, D. Self-charging biosupercapacitors. 2016:8

Guidi, P. Social work assessment of families with children at risk: Similarities and differences in Italian and Swedish public social services. 2016:9

Jakobsson, J. The process of recovery after colorectal cancer surgery: Patients' experiences and factors of influence. 2017:1

Gerell, M. Neighborhoods without community. Collective efficacy and crime in Malmö, Sweden. 2017:2

Wierzbicka, C. New fractionation tools targeting elusive post-translational modifications. 2017:3

- Afzelius, M. Families with parental mental illness: Supporting children in psychiatric and social services. 2017:4
- Nordgren, J. Making drugs ethnic – Khat and minority drug use in Sweden. 2017:5
- Nilsson, E-L. Parental socialization and adolescent offending. 2017:6
- Sixtensson, J. Härifrån till framtiden. Om gränslinjer, aktörskap och motstånd i tjejers vardagsliv. 2018:1
- Vasiljevic, Z. Ambulatory risk assessment and intervention in the prison services. Using Interactive Voice Response to assess and intervene on acute dynamic risk among prisoners on parole. 2018:2
- González Arribas, E. Flexible and transparent biological electric power sources based on nano-structured electrodes. 2018:3
- Svalin, K. Risk assessment of intimate partner violence in a police setting. Reliability and predictive accuracy. 2018:4
- Andersson, M. Hate crime victimization: consequences and interpretations. 2018:5
- Djampour, P. Borders crossing bodies. The stories of eight youth with experience of migrating. 2018:6
- Yeung, S.Y. Stimuli-responsive lipid bilayer mimics for protein, virus and cell recognition. 2018:7
- Holst-Hansson, A. On a journey for survival: everyday life during radiation therapy from the perspectives of women with breast cancer and their families. 2018:8
- Berlin Hallrup, L. Experiences of Everydaylife and Participation for People with Intellectual Disabilities -From four Perspectives. 2019:1
- Aleksejeva, O. Blue copper proteins as bioelements for bioelectronics devices. 2019:2

Wendel, L. Dokumentation, profession och hälso- och sjukvård. Rättsliga perspektiv. 2019:3

The publications are available on-line.

See www.mah.se/muep

ISBN 978-91-7877-039-7 (print)

ISBN 978-91-7877-040-3 (pdf)

ISSN 1653-5383

MALMÖ UNIVERSITY
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAU.SE