

København, 6. maj 2019

Juridisk vurdering af mulige modeller for sletning og/eller blokering af fejlagtige oplysninger

*Professor, dr. Jur. Mette Hartlev
Det Juridiske Fakultet, Københavns Universitet*

Sundheds- og Ældreministeriet har anmodet mig om at foretage en juridisk vurdering af tre mulige modeller for sletning, blokering og/eller berigtigelse af oplysninger i patientjournaler. Modellerne er udformet på baggrund af et notat udarbejdet af Styrelsen for Patientsikkerhed, og jeg har til brug for min vurdering fået udleveret Styrelsens notat af 24. april 2017¹. Det bemærkes, at dette notat er udformet et år før ikrafttrædelsen af EU's databeskyttelsesforordning² og databeskyttelsesloven³ og derfor ikke tager højde for den nyeste databeskyttelsesretlige regulering.

Jeg vil i det følgende indlede med et kort afsnit om den historiske udvikling af journalføringsreglerne, som kan bidrage til at sætte de nuværende regler og praksis vedrørende journalføring i kontekst (afsnit 1). Derefter vil jeg i afsnit 2 identificere journalføringspligtens mere præcise omfang med fokus på, dels hvilke oplysninger, der er ifølge reglerne er pligt til at notere, og hvilke oplysninger, der er hjemmel – men ikke pligt – til at notere. Dette kan have betydning for vurderingen af de foreslåede modeller. Da der ved journalføring sker en behandling af personoplysninger, er det væsentligt at vurdere journalføringsreglernes relation til og overensstemmelse med EU's databeskyttelsesforordning og den danske databeskyttelseslov. I afsnit 3 vil jeg derfor relatere afgrænsningen af pligten og retten til at indføre personoplysninger i patientjournalen til den databeskyttelsesretlige regulering, og herudover redegøre for, hvilken betydningen de databeskyttelsesretlige regler vedrørende sletning, blokering og berigtigelse har for vurderingen af de tre opstillede modeller. I afsnit 4 vil jeg identificere de hovedhensyn, som gør sig gældende ved overvejelser om en model for sletning/blokering eller berigtigelse og derefter vurdere de tre foreslåede modeller. Jeg afslutter med nogle betragtninger og anbefalinger i afsnit 5.

1. Journalføringspligtens baggrund og udvikling

Pligten til at føre journaler blev indført ved den oprindelige lægelovs ikrafttræden i 1935.⁴ På det tidspunkt var det praksis at foretage optegnelser i forbindelse med behandling på sygehuse, hvorimod optegnelser i privat praksis foregik mere tilfældigt, og primært tjente som dokumentation for refusion af ydelser i forhold til sygesikringen.⁵ Lægelovens § 13 indeholdt en bemyndigelse til, at Indenrigsministeren kunne fastsættes nærmere regler for lægers pligt til at foretage optegnelser,

¹ Styrelsen for Patientsikkerhed, "Styrelsen for Patientsikkerheds løsningsforslag til etablering af adgang til at slette fejlagtige oplysninger i patientjournaler, sagsnr. 5-1010-1246/1, 24. april 2017

² Europa-Parlamentets og Rådets Forordning (EU) 2016/679 af 27. april 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger og om ophævelse af direktiv 95/46/EF (generel forordning om databeskyttelse).

³ Lov nr. 502 af 23. maj 2018 om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven).

⁴ § 13 i lov nr. 72 af 14. marts 1934 om udøvelse af lægegerning.

⁵ Betænkning afgivet af Kommissionen angående Lægers Retstilling, 1931, s. 83

og Indenrigsministeriet udstedte i 1937 en kortfattet bekendtgørelse om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser.⁶ I forhold til alment praktiserende læger var pligten begrænset til specifikke situationer, hvor et journalnotat kunne tjene som dokumentation for patientens sygdom eller et ulykkestilfælde. For sygehuse og speciallæger var pligten mere omfattende, og formålet var at sikre en mere systematisk registrering af patientbehandlingen inden for disse sektorer, hvor behandlingen typisk var mere kompliceret og indgribende end i almen praksis. I forhold til sygehusbehandling, som involverede flere sundhedspersoner, var det endvidere vigtigt at sikre en ordentlig kommunikation mellem de involverede sundhedspersoner. Ud over de rammer, som var fastsat ved bekendtgørelsen, kunne pligten til at foretage optegnelser følge af anden lovgivning, herunder fx af de øvrige pligter i lægeloven (fx § 11, stk. 2). Bekendtgørelsen fra 1937 indeholdt ikke regler vedrørende rettelse og sletning af oplysninger i journalen. I 1981 blev bekendtgørelsen suppleret af et kortfattet cirkulære om praktiserende lægers og speciallægers journalføring.⁷ I 1996 blev der udstedt et mere udførligt cirkulære, som omfattede alle lægers journalføring, og som ophævede cirkulæret fra 1981.⁸ Af § 7 i dette cirkulære fremgår det, at der ikke må rettes og slettes i journalen. Bekendtgørelsen fra 1937 og cirkulæret fra 1996 blev i 2003 erstattet af en ny bekendtgørelse⁹, som var betydeligt mere detaljeret og også indeholdt en bestemmelse om rettelser og tilføjelser til journalen og et forbud mod at slette journaloplysninger. De rammer, der er fastsat i denne bekendtgørelse, danner i vidt omfang grundlag for senere administrativ regulering.¹⁰

I dag har en række nærmere opregnede autoriserede sundhedspersoner ifølge autorisationslovens¹¹ § 21, stk. 1, pligt til at føre journal. Styrelsen for Patientsikkerhed er ifølge autorisationslovens § 21, stk. 2, bemyndiget til at udvide pligten til at omfatte andre grupper af autoriserede sundhedspersoner, og siden 2013 har alle autoriserede sundhedspersoner været omfattet af en journalføringspligt.¹² Journalføringspligten er uddybet i en bekendtgørelse¹³ (i det følgende betegnet som ”journalføringsbekendtgørelsen”), som blandt andet fastlægger nærmere regler for, hvilke oplysninger journalen skal indeholde, hvornår der skal foretages registrering i journalen, og som også indeholder regler om tilføjelse og rettelser i journalen og et forbud mod at slette journaloplysninger.

Reguleringen af autoriserede sundhedspersoners journalføring varetager en række forskellige hensyn, som har udviklet sig over tid. Af bemærkningerne til autorisationsloven fremgår det, at journalføringen skal ”... fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten”, og skal ”... skabe det bedst mulige grundlag for den diagnostiske proces og iværksættelsen af den adækvate behandling”.¹⁴ Det vil sige, at

⁶ Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 244 af 26. juli 1937 om lægers pligt til at føre optegnelser.

⁷ Cirkulære nr. 144 af 19. juli 1981 vedrørende vejledende retningslinjer for praktiserende lægers/speciallægers optegnelser (journalføring).

⁸ Cirkulære nr. 235 af 19. december 1996 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring).

⁹ Bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføringspligt).

¹⁰ Den seneste regulering er sket ved bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.).

¹¹ Lovbekendtgørelsen nr. 1141 af 30. september 2018 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven). Den lovbestemte journalføringspligt omfatter i medfør af § 21, stk. 1, alene læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske diætister, kliniske tandteknikere, tandplejere, kontaktlinseoptikere og optometriste.

¹² For autoriserede psykologers journalføring er der dog fastsat særlige regler i bekendtgørelse 567 af 19. maj 2017 om autoriserede psykologers pligt til at føre ordnede optegnelser.

¹³ Bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.).

¹⁴ 2005/1 LSF 111, bemærkninger til §§ 21-22.

formålet primært er at sikre, at den enkelte patient får en adækvat behandling. Dette forudsætter, at de involverede sundhedspersoner har adgang til korrekt og fyldestgørende information om patienten og den forudgående behandling. Derudover fremgår det, at journalen også skal indeholde oplysninger, "... som er nødvendige for at foretage anmeldelser og opfylde oplysningspligt fastsat i lovgivningen eller i medfør af lovgivningen." De formål, der peges på i bemærkningerne til autorisationsloven, svarer i vidt omfang til dem, der oprindeligt blev peget på i bemærkningerne til lægeloven fra 1934; nemlig dels hensynet til, at sundhedspersoners interne kommunikation i forbindelse med patientbehandlingen, og dels hensynet til at kunne fungere som dokumentation i forbindelse med retlige pligter (fx underretningspligt og attestpligt) og tvister.

Disse formål er (på lidt forskellig vis) præciseret i de bekendtgørelser, som siden autorisationslovens ikrafttræden i 2007, er udstedt i medfør af § 21, stk. 2, og siden 2013 har formålet været afgrænset i bekendtgørelsens § 2, stk. 4, til, at journalen ud fra hensynet til at varetage *patientsikkerheden* skal "... danne grundlag for information og behandling af patienten, dokumentere den udførte behandling, fungere som det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personale, der deltager i behandlingen af patienten, sikre kontinuitet i behandlingen samt danne grundlag for tilsyn".

Der er imidlertid også en række andre (sekundære) formål med journalføringen. I en ældre vejledning til en tidligere bekendtgørelse om lægers journalføring¹⁵, anføres det således, at journalen udover at være lægens arbejdsredskab også er et vigtigt *informationsgrundlag for patienten*. Det fremhæves endvidere, at journalen kan være *et incitament til faglig udvikling* og give mulighed for at vurdere kvaliteten af eget arbejde. Derudover er journalen også vigtig i forhold til *forskning*, og ved tilsyn og kontrol inden for sundhedsvæsenet samt ved behandling af *klage- og erstatningssager*.

Journalføring skal endvidere forstås som en praksis, som har udviklet sig gennem næsten 100 år og er en integreret del af sundhedspersoners faglige virke. Journalen er et arbejdsredskab for sundhedspersoner i forbindelse med patientbehandling, og derudover også en kilde til egen læring for både sundhedspersoner og studerende inden for de sundhedsvidenskabelige og sundhedsfaglige uddannelser, jf. fx sundhedslovens § 41, stk. 2, nr. 6-7, og § 42 d, stk. 2, nr. 1. Det forhold, at journalen primært er blevet set og brugt af sundhedspersonerne som et arbejdsredskab – og ikke fortrinsvis for at tilgodese hensynet til patienten, myndigheder m.v. – kan have betydning for den registrering, der i praksis sker i journalen.

2. Journalføring – pligt og ret

Journalføringsbekendtgørelsen præciserer, hvilke oplysninger der skal journalføres. Bekendtgørelsens § 10, stk. 1-6, indeholder således en omfattende liste over oplysninger, som der er *pligt* til at journalføre. Det drejer sig om *stamoplysninger* (§ 10, stk. 1 og stk. 2, nr. 1), som bl.a. omfatter patientens navn, personnummer, adresse, kontaktoplysninger på fx pårørende, allergier m.v. Derudover skal oplysninger relateret til *konkrete patientkontakter* også registreres (§ 10, stk. 2, nr. 2-3). Det omfatter bl.a. patientens sygehistorie, tilstand, observationer, undersøgelser (fx blodprøver, røntgenbilleder m.v.), diagnoser, ordinationer, epikriser m.v. Bortset fra oplysning om

¹⁵ Vejledning nr. 118 af 13. oktober 2003 om lægers journalføring, udstedt på baggrund af bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring).

patientens navn og personnummer (§ 10, stk. 1) er pligten til at registrere de øvrige oplysninger betinget af, at registrering er ”*relevant og nødvendig*” (§ 10, stk. 2). Dermed er der ikke en ubetinget pligt til at journalføre alle disse oplysninger. Det følger endvidere (§ 10, stk. 3), at der også i *fornødent* omfang skal registreres oplysninger om patientens kontaktperson, planer for genoptræning, implantater m.v. Ordination af nærmere definerede biologiske lægemidler skal endvidere fremgå af journalen (§ 10, stk. 4-5). Og endelig kan pligten til at journalføre følge af anden lovgivning (§ 10, stk. 6). Der indgår således et vist *skøn* ved vurderingen af, hvilke oplysninger der skal registreres i journalen.

Journalføringsbekendtgørelsen forholder sig alene til hvilke relevante og nødvendige oplysninger, der er pligt til at journalføre. Spørgsmålet om, hvorvidt der er hjemmel til at journalføre oplysninger i videre omfang, er ikke reguleret, og bekendtgørelsen indeholder derfor ikke hjemmel til at journalføring ud over det, der er omfattet af journalføringspligten. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt der er grænser for, hvilke oplysninger, der kan indføres i journalen. I Styrelsen for Patientsikkerheds notat fremgår det således, at der af og til klages over oplysninger, som er tilkommet journalen retsstridigt, fordi de ikke er relevante eller nødvendige for behandling.¹⁶ Det kan fx være oplysninger om personlige forhold, som ikke er relevante for behandlingen, men som er blevet noteret i journalen som baggrundsinformation. Sådanne oplysninger kan eventuelt også vedrøre andre end patienten (fx ægtefælle, børn, kolleger m.v.).

I styrelsens notat peges der også på, at der klages over sproglige formuleringer, såsom ”storryger” eller ”alkoholiker”. Der vil eventuelt også kunne indgå subjektive vurderinger af patienten eller patientens livsforhold. Sådanne sproglige formuleringer og subjektive vurderinger kan virke krænkende på patienten, og kan potentielt påvirke synet på patienten hos andre sundhedspersoner – eller andre personer, som får adgang til journaloplysninger.

Det er således relevant at overveje de retlige rammer for lovlig registrering af oplysninger i patientjournalen. Dette indeholder grænseflader til databeskyttelsesreguleringen.

3. Journalføring og databeskyttelsesretten

Grundbetingelserne i databeskyttelsesreguleringen¹⁷ er, at behandlingen af personoplysninger altid skal iagttage de generelle databeskyttelsesprincipper (formålsbegrænsning, hjemmel, proportionalitet, indsamlingsbegrænsning m.v.) og derudover enten være hjemlet i databeskyttelsesreguleringen (EU’s databeskyttelsesforordning og den danske databeskyttelseslov) eller anden lovgivning (fx autorisationsloven eller sundhedsloven).¹⁸

¹⁶ Styrelsen for Patientsikkerhed, ”Styrelsen for Patientsikkerheds løsningsforslag til etablering af adgang til at slette fejlagtige oplysninger i patientjournaler, sagsnr. 5-1010-1246/1, 24. april 2017, s. 4-5.

¹⁷ Europa-Parlamentets og Rådets Forordning (EU) 2016/679 af 27. april 2016 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger og om ophævelse af direktiv 95/46/EF (generel forordning om databeskyttelse) og Lov nr. 502 af 23. maj 2018 om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven).

¹⁸ Forordningen åbner mulighed for, at der fastsættes særlige regler ved national lov. Denne lovgivning skal dog holde sig inden for rammerne af databeskyttelsesforordningen.

Hjemmel til journalføring følger først og fremmest af autorisationslovens § 21 og journalføringsbekendtgørelsen, som er udstedt i medfør af denne bestemmelse. Derudover kan journalføringen for så vidt angår de ikke-sensitive journaloplysninger have hjemmel i databeskyttelsesforordningens artikel 6 og for sensitive journaloplysninger i databeskyttelseslovens § 7, stk. 3, (som er baseret på databeskyttelsesforordningens artikel 9, stk. 2, litra h).

Som ovenfor nævnt, regulerer journalføringsbekendtgørelsen udelukkende *pligten* til at registrere oplysninger i journalen, og det forudsættes i den forbindelse, at sundhedspersoner foretager et skøn vedrørende relevans og nødvendighed i forhold til registrering af personoplysninger i journalen. Kravet om relevans og nødvendighed medvirker til at sikre overensstemmelse med databeskyttelsesreguleringens grundprincipper. Hvis der er registreret oplysninger, som ikke er relevante og nødvendige, vil det være retsstridigt, medmindre de er registreret med hjemmel i den databeskyttelsesretlige regulering (fx med et udtrykkeligt samtykke) eller eventuelt i anden regulering.

Der er således behov for at være opmærksom på de retlige grænser for registrering af oplysninger i journalen, så der ikke registreres oplysninger uden behørig hjemmel. En sådan opmærksomhed kan bidrage til at mindske patienters ønske om efterfølgende at få slettet journaloplysninger, som er registreret retsstridigt. Der kan i den sammenhæng henvises til, at man i norsk ret har en bestemmelse i § 10 i Helse- og omsorgsdepartementets Forskrift om pasientjournal, som udtrykkeligt henleder opmærksomheden på, at dokumentation af oplysninger i patientjournalen skal "... behandles i samsvar med reglene i og i medhold af personvernforordningen, personopplysningsloven og patientjournalloven".¹⁹ Man kunne således overveje at indføje en lignende bestemmelse i den danske journalføringsbekendtgørelse. Dette vil gøre det klart for sundhedspersonerne (og andre), at der er retlige grænser for friheden til at notere personoplysninger i journalen; både vedrørende patienten og vedrørende andre personer (såkaldte bi-personer).

Den databeskyttelsesretlige regulering har også betydning for patientens og andre registreredes ret til at få oplysninger berigtiget eller slettet, eller til at anmode om "begrænset behandling" (kan sammenlignes med den tidligere ret til blokering). EU's databeskyttelsesforordning indeholder således en ret til at få oplysninger berigtiget eller slettet, såfremt visse betingelser er opfyldt, jf. artikel 16 og artikel 17. Derudover er der i visse situationer ifølge artikel 18 en ret til at anmode om "begrænsning af behandlingen". Selvom man i forordningen bl.a. har udvidet retten til at få oplysninger slettet (den såkaldte "ret til at blive glemt"), antages det, at forordningens regler formentlig ikke adskiller sig væsentlig fra de tidligere regler i den danske persondatalov om ret til sletning, blokering og berigtigelse.²⁰ Journalføringsreglernes forbud mod at slette og rette oplysninger i journalen blev ikke anset for at stride mod den tidligere databeskyttelsesregulering, og det har været vurderingen, at databeskyttelsesforordningen ikke ændrer på dette.²¹

Selvom databeskyttelsesforordningen åbner mulighed for at begrænse den registreredes ret til sletning, berigtigelse og begrænset behandling, signalerer forordningen en større opmærksomhed og

¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, Forskrift om pasientjournal, FOR-2000-12-21-1385.

²⁰ Betænkning 1565, "Databeskyttelsesforordningen – og de retlige rammer for dansk lovgivning", Bind I, Justitsministeriet, 2017, s. 325-342

²¹ Se således Sundheds- og Ældreministeriets input til betænkningen om databeskyttelsesforordningen, hvor ministeriet tilkendegiver, at man anser den eksisterende lovgivning for at være i overensstemmelse med forordningen, Betænkning 1565, "Databeskyttelsesforordningen – og de retlige rammer for dansk lovgivning", Bind II, Justitsministeriet, 2017, s. 61-65.

betydning af respekt for den registreredes rettigheder, herunder retten til at blive glemt. Der er således gode grunde til skærpet opmærksomhed vedrørende overensstemmelsen mellem den gældende lovgivning og praksis i forhold til journalføring og forordningens grundprincipper.

4. Vurdering af de foreslåede modeller

Styrelsen for patientsikkerhed har i sit notat opstillet tre forskellige modeller for håndtering af patienters ønsker om at få journaloplysninger berigtiget, slettet eller blokeret.²² Inden jeg kommenterer disse, vil jeg først kort angive de interesser og hensyn, som man set fra et patientperspektiv bør være opmærksom på ved udformning af modeller for berigtigelse, sletning eller blokering.

Patienter har grundlæggende en interesse i, at journalen kan varetage sit primære formål; nemlig at sikre den *bedst mulige patientbehandling*. Dette forudsætter bl.a., at der registreres nødvendige og korrekte oplysninger. Derudover har patienter også en interesse i respekt for deres *privatliv* og ret til selv at have indflydelse på hvilke oplysninger, der registreres, og hvem der kan få adgang til journaloplysninger. Patienten kan bl.a. have en interesse i, at der ikke registreres flere personlige oplysninger i journalen end nødvendigt, for at yde behandlingen. Patienter har også en interesse i det *personlighedsbillede*, der tegnes af dem i journalen. Hvis det virker misvisende, kan det ikke alene være krænkende for patienten. Det kan også have betydning for de relationer, patienter indgår i både inden for og uden for sundhedsvæsenet. Hvis der fx er indføjet en fejlagtig – og dermed misvisende – diagnose i patientens journal, kan det have fx have betydning i forbindelse med familieretlige tvister, i forsikrings- og pensionsrelationer, i ansættelsesforhold m.v.

Patienters interesser skal også ses i sammenhæng med udviklingen mod øget grad af digitalisering (både i den private og den offentlige sektor) og anvendelse af ”big data” og algoritmer som beslutningsstøtte inden for en række samfundsmæssige sektorer. Inden for sundhedsvæsenet er den øgede fokus på personlig medicin, således et eksempel på denne udvikling. Oplysninger fra patientjournaler er imidlertid ikke alene interessante inden for sundhedsvæsenet, men også inden for andre sektorer. Planerne for indsamling af data i den såkaldte ”Gladsaxe-model” med henblik på at identificere særligt udsatte børn involverede også helbredsoplysninger om børn og forældre. Denne udvikling bør skærpe opmærksomheden vedrørende kvaliteten og korrektheden af registrerede data.

Ministeriet har bedt mig om at vurdere, hvordan *retssikkerheden* for den enkelte patient bedst kan sikres i forbindelse med de skitserede løsningsmodeller for sletning, berigtigelse og blokering af journaloplysninger. Jeg forstår her retssikkerhed i bred forstand som både realisering af den enkeltes rettigheder (fx ret til respekt for privatliv, personlighed og selvbestemmelse, databeskyttelsesrettigheder og ret til en kvalificeret behandling), materiel retssikkerhed (retsgrundlagets klarhed) og processuelle aspekter af patienters retssikkerhed (fx ret til at klage).

Model 1 - Sletning

Ved udformning af modellen vedrørende sletning af oplysninger har Styrelsen for Patientsikkerhed taget udgangspunkt i, at journalen skal kunne varetage sit primære patientsikkerhedsmæssige formål og sikre dokumentation og kontinuitet i patientbehandlingen, og derudover også skal kunne

²² Styrelsen for Patientsikkerhed, ”Styrelsen for Patientsikkerheds løsningsforslag til etablering af adgang til at slette fejlagtige oplysninger i patientjournaler, sagsnr. 5-1010-1246/1, 24. april 2017.

anvendes som dokumentation i andre sammenhænge, herunder i forbindelse med klage- og erstatningssager, tilsynssager, straffesager m.v. En ret for patienter til at få slettet oplysninger, må således ikke kompromittere disse formål. Med dette udgangspunkt opstiller man (notatet side 5-6) en række kumulative krav, som skal være opfyldt, for at det kan komme på tale at slette oplysninger;

- a) Der skal være tale om *dokumenterbart faktisk forkerte* oplysninger, som det utvetydigt kan dokumenteres er forkerte
- b) Oplysningerne *skal kunne få betydning for behandlingen*. Der bør således være en bagatelgrænse, før der kan gives tilladelse til sletning
- c) Det *fulde behandlingsforløb skal fortsat kunne dokumenteres*, selvom oplysningerne fjernes. Dette indebærer, at oplysninger ikke kan slettes, hvis de allerede har dannet baggrund for et behandlingstiltag

Det er et grundlæggende databeskyttelsesretligt princip, at behandlede personoplysninger skal være korrekte, og at oplysninger, der er urigtige i forhold til formålet med behandlingen, straks skal slettes eller berigtiges, jf. databeskyttelsesforordningens artikel 5, stk. 1, litra d. En mulighed for at få slettet *faktuelt forkerte oplysninger* (punkt a) vil således tilgodese patientens grundlæggende databeskyttelsesrettigheder, og vil desuden også kunne have afgørende betydning for patientsikkerheden ved at mindske risikoen for, at de forkerte oplysninger senere kan komme til at influere negativt på patientbehandlingen.

Modellen lægger imidlertid op til, at ikke alle faktisk forkerte oplysninger skal kunne slettes. Hvis oplysningerne ikke har en karakter, hvor de *kan få betydning for behandlingen*, skal de således ikke slettes (punkt b). Her lægger Styrelsen for Patientsikkerhed primært vægt på journalens patientsikkerhedsmæssige formål og tager ikke højde for patientens interesse i at få slettet faktisk forkerte oplysninger, uanset om disse kan have behandlingsmæssig betydning eller ej. Det kunne fx være forkerte oplysninger om patientens uddannelsesmæssige eller beskæftigelsesmæssige forhold, eller andre oplysninger, som kan bidrage til at skabe et forkert eller misvisende personlighedsbillede af patienten, og derfor kan virke krænkende. Faktuelt forkerte oplysninger, der indgår i en patientjournal, vil også efter omstændighederne kunne have en skadevirkning for patienten, hvis oplysningerne lægges til grund i sammenhænge uden for sundhedsvæsenet, fx i forbindelse med en forsikringsag eller i familie- eller ansættelsesretlige relationer.

Oplysninger skal ifølge forslaget heller ikke kunne slettes, hvis de allerede har dannet baggrund for et behandlingstiltag (punkt c). Dette begrundes med behovet for hele tiden at kunne *dokumentere det fulde behandlingsforløb*. Dette indebærer, at hvis man har behandlet patienten på baggrund af en forkert oplysning (fx har amputeret det forkerte ben, eller iværksat medicinsk behandling for en forkert sygdom, fordi patienten er forvekslet med en anden patient) må oplysningerne ikke slettes. Styrelsen fremhæver her behovet for at sikre journalens kontinuitet og peger derudover på, at der netop i sådanne situationer kan være behov for at kunne dokumentere grundlaget for beslutningen i forbindelse med en klage- eller erstatningssag, eller ved andre sagstyper. I mange situationer, vil der være tungtvejende patientsikkerhedsmæssige grunde for at bevare faktisk forkerte oplysninger i journalen, når disse har dannet baggrund for behandling af patienten, og mange patienter vil formentlig ikke have noget imod, at sådanne oplysninger bevares med henblik på at dokumentere og forklare forkerte behandlingstiltag. Der kan dog forekomme situationer, hvor patienten opfatter en faktisk forkert oplysning som krænkende (fx hvis der er indføjet en diagnose vedrørende en anden patient), og derfor kan have et ønske om, at denne fjernes fra journalen, også selvom der er

iværksat (forkerte) behandlingsmæssige tiltag på baggrund af den registrerede diagnose. Det samme kan være tilfældet, hvor man fx har noteret faktisk forkerte oplysninger om en ulykke (fx at den skete i hjemmet i stedet for på arbejdspladsen). I sådanne situationer bør det overvejes, om selve den faktisk forkerte oplysning kan slettes, samtidig med at man kan bevare en form for kontinuitet i journalen, hvor der er tungtvejende grunde for dette. Hvis hovedbegrundelsen for at bevare de forkerte oplysninger ikke er patientsikkerhedshensyn, men hensynet til patientens mulighed for at klage eller få erstatning, kan man overveje i stedet at give patienten anden dokumentation, som kan anvendes i disse sager. En anden mulighed vil være at begrænse behandlingen af oplysningerne (se nedenfor vedrørende model 2) indtil en sag er afsluttet eller klagefristen overskredet, hvorefter man vil kunne slette de faktisk forkerte oplysninger. Kontinuiteten i journalen vil kunne sikres, ved at bevare oplysninger om de iværksatte behandlingstiltag, og tilføje en bemærkning om, at disse er iværksat på baggrund af faktisk forkerte oplysninger, som er slettet.

Samlet vil jeg således anbefale, at man overvejer at udvide mulighederne for, at patienter, som ønsker det, kan få slettet faktisk forkerte oplysninger fra deres journal, uanset om disse kan have betydning for behandlingen, eller allerede har dannet grundlag for behandlingen. Dette vil medvirke til at styrke respekten for patienters privatliv og databeskyttelses- og personlighedsrettigheder, og vil også kunne bidrage til at minimere skadevirkninger, som patienten vil kunne opleve som følge af registreringen af de forkerte oplysninger. Dette skal ses i lyset af, at journaloplysninger – med eller uden patientens samtykke – i stigende grad indgår i en række forskellige sammenhænge både inden for og uden for sundhedsvæsenet, og at urigtige oplysninger dermed vil kunne have skadevirkning for patienten i andre relationer end inden for sundhedsvæsenet.

I Styrelsen for Patientsikkerheds notat fremgår det (side 6), at man med modellen ”... kan imødekomme de tilfælde, hvor sundhedspersonen har skrevet noget faktisk forkert, *eller noget retsstridigt* i journalen ...” (min udhævelse). Det er imidlertid ikke klart, at man med afgrænsningen imødekommer behovet for at få slettet oplysninger, som ikke er faktisk forkerte²³, men registreret *retsstridigt* i journalen. Der kan fx være tale om *korrekte oplysninger* om patienten, som imidlertid ikke opfylder journalføringsbekendtgørelsens krav om at være relevante eller nødvendige for patientbehandlingen, og som der i øvrigt ikke er andet hjemmelsgrundlag for at registrere (se oven for i afsnit 2-3). Det fremgår ikke klart af styrelsens notat, hvordan man vil håndtere disse oplysninger inden for de opstillede løsningsmodeller. Normalt har den registrerede en ret til at få slettet oplysninger, som er registreret retsstridigt, jf. databeskyttelsesforordningens artikel 17, stk. 1, litra d. Retten til sletning kan dog fraviges, hvis der fx er væsentlige samfunds- eller folkesundhedsmæssige begrundelser for at bevare oplysningerne, jf. artikel 17, stk. 3. Der er imidlertid ikke redegjort for, hvilke væsentlige samfunds- eller folkesundhedshensyn, der taler for at bevare ulovligt registrerede korrekte oplysninger. Hvis oplysningerne ikke er relevante eller nødvendige, er det således vanskeligt at se, hvilke patientsikkerheds- og folkesundhedsmæssige hensyn, der taler imod at slette oplysningerne. Jeg vil derfor anbefale at man overvejer at udvide modellen til også at omfatte retten til at få slettet ulovligt registrerede oplysninger i situationer, hvor der ikke væsentlige samfunds- eller folkesundhedsmæssige hensyn, der taler imod dette.

Det fremgår af Styrelsens for Patientsikkerheds notat (s. 12) at hovedparten af henvendelser vedrørende sletning eller berigtigelse ikke vedrører faktisk forkerte oplysninger, men *diagnoser, arbejdsdiagnoser, skøn og vurdering og oplysninger som opleves som stigmatiserende*.

²³ Det bemærkes, at faktisk forkerte oplysninger også altid vil være registreret retsstridigt, da det er et grundlæggende krav, at de behandlede data er korrekte, jf. databeskyttelsesforordningen artikel 5, stk. 1, litra d.

Løsningsmodellens afgrænsning af retten til sletning til dokumenterbart faktisk forkerte oplysninger indebærer, at sådanne oplysninger ikke kan kræves slettet.

Sundhedspersoners *skøn og vurderinger* – uanset som de senere viser sig at være forkerte – kan ifølge styrelsens notat ikke slettes.²⁴ Det samme gælder også for diagnoser og arbejdsdiagnoser. Dette begrundes med, at der ikke vil være tale om faktisk forkerte oplysninger. Foreløbige skøn og vurderinger er en væsentlig del af den sundhedsfaglige metodik, og det har selvsagt betydning for kvaliteten i patientbehandlingen, at man kan identificere de skøn, vurderinger og arbejdsdiagnoser, som man har haft i behandlingsforløbet og eventuelt senere har forladt. Derfor er der tungtvejende folkesundheds- og patientsikkerhedsmæssige argumenter for at bevare sådanne oplysninger i journalen. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at der også kan forekomme situationer, hvor disse hensyn ikke taler med særlig vægt for at bevare oplysningerne, og hvor der er tungtvejende argumenter relateret til respekt for patientens personlighed, privatliv og databeskyttelsesrettigheder, der taler for at slette oplysninger. Jeg foreslår derfor, at man forholder sig mindre kategorisk i forhold til at få slettet oplysninger baseret på skøn, vurderinger og arbejdsdiagnoser. Særligt i forhold til *diagnoser*, vil jeg også fremhæve, at der godt kan være tale om en faktisk forkert oplysning. En diagnose kan stilles på baggrund af ufuldstændige eller forkerte oplysninger om patienten, og sundhedspersoner kan følge et vildspor i behandlingen, hvor det senere viser sig, at patientens diagnose er en ganske anden, og den oprindelige diagnose faktisk forkert. Det sker også, at der fejlagtigt registreres en diagnose i journalen om en anden patient. I sådanne situationer taler hensynet til patientens privatliv, og databeskyttelses- og personlighedsrettigheder for at en sådan diagnose slettes. Patientsikkerhedshensyn, vil også kunne tale for dette, ligesom man også bør tage hensyn til, at en forkert diagnose, der indgår i en patientjournal, også efter omstændighederne vil kunne have en skadevirkning for patienten, hvis oplysningerne anvendes i sammenhænge uden for sundhedsvæsenet, fx i forbindelse med en forsikrings sag, i ansættelsesretlige relationer, i forbindelse med familieretlige tvister m.v. Som ovenfor anført vil kontinuiteten i journalen kunne sikres ved at bevare oplysninger om de iværksatte behandlingstiltag, og tilføje en bemærkning om, at disse er iværksat på baggrund af faktisk forkerte oplysninger, som er slettet.

Styrelsen for Patientsikkerhed nævner endvidere, at *sproglige formuleringer*, som patienten eventuelt opfatter som stigmatiserende eller krænkende (fx ord som storrryger og alkoholiker), ikke er faktisk forkerte og derfor ikke vil skulle slettes. I forhold til sådanne oplysninger, bør man efter min vurdering overveje, om disse oplysninger er relevante og nødvendige for patientbehandlingen. Hvis ikke dette er tilfældet, er de registreret retsstridigt, og det er vanskeligt at se, at folkesundhedsmæssige hensyn kan begrunde, at de ikke slettes.²⁵ Inden for den offentlige forvaltning gælder der i øvrigt som et led i god forvaltningsskik et krav om høflighed og hensynsfuldhed, som også taler for at man anvender en ordentlig sprogbrug i forhold til borgerne.

²⁴ Styrelsen for Patientsikkerhed, ”Styrelsen for Patientsikkerheds løsningsforslag til etablering af adgang til at slette fejlagtige oplysninger i patientjournaler, sagsnr. 5-1010-1246/1, 24. april 2017, s. 5-6.

²⁵ Patienter kan også klage over sprogbrugen i journalen eller attester. Der kan fx henvises til en afgørelse fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, hvor en patient havde klaget over, at den praktiserende læge i en statusattest havde beskrevet patienten som ”vred, grådlabil, havde en springende tankegang, var usamlet, rastløs, råbende og tangerende til det truende”, da patienten aldrig ville opføre sig på denne måde. Disciplinærnævnet fandt ikke grundlag for kritik i denne sag. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har i flere sager bemærket, at sprogbrugen kunne være mere hensigtsmæssig. Se fx sag nr. 0018206 hvor der ikke gives kritik for journalføringen, men hvor det nævnes, at det havde været hensigtsmæssigt, hvis lægen havde anvendt et mindre værdiladet sprogbrug. Se også sag nr. 0868222 vedrørende sprogbrug i statusattest. Fra ældre praksis fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn kan fx henvises til sag nr. 9913523 og nr. 9914822, som begge vedrørte attester, og hvor sprogbrugen kritiseres.

Styrelsen nævner som andre eksempler situationer, hvor patienten associerer en sundhedsfaglig betegnelse til noget andet, end sundhedspersonen. Her vil der normalt ikke være tale om en faktisk forkert oplysninger, men oplysningen kan efter omstændighederne være misvisende, og derfor opfattes som krænkende af patienten. Som et eksempel kan nævnes en upubliceret afgørelse fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, hvor en patient var blevet betegnet som ”narkoman” i journalen. Patienten var afhængig af medicin, og patientklagenævnet lagde vægt på, at betegnelsen ”narkoman” lægefagligt forstås som afhængighed af fx sovemidler eller andre beroligende midler og derfor var en lægefagligt korrekt betegnelse. Nævnet tilkendegav dog forståelse for, at begrebet ”narkoman” kan forstås forskelligt af læger og patienter.²⁶ I sådanne situationer kan man overveje, om det er nødvendigt at bruge begrebet ”narkoman”, eller om man i stedet kan notere i journalen hvilken form for medicinafhængighed, der er tale om. Alternativt kan man imødekomme hensynet til patienten ved at lave en tilføjelse i journalen, som forklarer hvilken form for afhængighed, der er tale om.

Som det vil fremgå, er det min *sammenfattende vurdering af løsningsmodel 1*, at det er muligt at udvide patientens ret til at få fejlagtige, retsstridige og misvisende oplysninger slettet, uden at dette compromittere de patientsikkerhedsmæssige hensyn, der kan tale for at bevare oplysningerne i journalen. Jeg kan i den sammenhæng henvise til de norske regler om sletning af journaloplysninger, som er reguleret i § 43 i helsepersonelloven²⁷:

”Etter krav fra den journalopplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette opplysninger eller utsagn i journalen, dersom dette er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, ikke strider mot bestemmelsene i eller i medhold av arkivloven §§ 9 og 18 og:

1. opplysningene er feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder eller
 2. opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp”
- (...)

Som det vil fremgå, åbner de norske regler mulighed for at få slettet både urigtige og misvisende oplysninger, ligesom oplysninger kan slettes, hvis det er åbenbart, at de ikke er nødvendige for patientbehandlingen. Disse formuleringer vil tilgodese de hensyn, der som ovenfor anført kan være for at åbne mulighed for sletning i situationer skitseret under punkt b og c.

Model 2 – Blokering

I Styrelsen for Patientsikkerheds notat skitseres en supplerende løsningsmodel, hvorefter der i visse af de situationer, hvor kravene til sletning i model 1 ikke er opfyldt, i stedet kan foretages ”blokering” af oplysninger i journalen.²⁸ Som jeg forstår notatet, tænker man på situationer, hvor der er registreret faktisk forkerte oplysninger i journalen, som enten er bagatelagtige og derfor ikke kan have betydning for behandlingen, eller hvor der er iværksat behandlingstiltag på grundlag af de forkerte oplysninger. Denne løsningsmodel vil – som der også peges på i notatet – kunne forene hensynet til at sikre en kontinuitet i journalen, samtidig med at man begrænser adgangen til anvendelse af urigtige eller vildledende oplysninger.

²⁶ Sagen er omtalt hos Mette Hartlev, Fortrolighed i sundhedsretten – et patientretligt perspektiv”, Thomsons Forlag, København 2005, s. 770.

²⁷ Lov-1999-07-02-64 om helsepersonell m.v.

²⁸ Styrelsen for Patientsikkerhed, ”Styrelsen for Patientsikkerheds løsningsforslag til etablering af adgang til at slette fejlagtige oplysninger i patientjournaler, sagsnr. 5-1010-1246/1, 24. april 2017, s. 12-13.

Det bemærkes at denne løsningsmodel ikke ser ud til at være møntet på situationer, hvor der retsstridigt er registreret oplysninger eller er registreret skønmæssige vurderinger eller arbejdsdiagnoser, som senere viser sig at være forkerte, krænkende eller stigmatiserende.

Databeskyttelsesforordningen har erstattet ”blokering” med ”begrænsning af behandlingen” (forordningens artikel 18). Som tidligere anført, antages det, at retsstillingen i vidt omfang svarer til den tidligere retsstilling i forhold blokering.²⁹ Anvendelse af en mulighed for at begrænse behandlingen i de situationer, hvor patienten ikke har nogen ret til at få slettet oplysninger, vil kunne imødekomme patientens interesser. Ifølge forordningens artikel 18, stk. 2, må oplysninger, som er omfattet af en begrænset behandling, kun behandles med den registreredes samtykke eller med henblik på, at et retskrav kan fastlægges, gøres gældende eller forsvares eller for at beskytte en anden fysisk eller juridisk person eller af hensyn til Unionens eller en medlemsstats vigtige samfundsinteresser. I betragtning 67 i præamblen til databeskyttelsesforordningen nævnes det også som en mulighed, at data overføres til et andet databehandlingssystem. Dette kunne være relevant i forhold til faktisk forkerte oplysninger, som ud fra patientsikkerheds- og folkesundhedshensyn ikke kan slettes fra journalen. Ved at flytte de forkerte oplysninger til et andet behandlingssystem end journalen, er der mindre risiko for, at de forkerte oplysninger kommer til at indgå i behandlingsmæssige og andre beslutninger.

Model 3: Opdatering af berigtigelsesbegrebet

Styrelsen for Patientsikkerhed anbefaler endelig en løsningsmodel vedrørende opdatering af berigtigelsesbegrebet.³⁰ Modellen går helt konkret ud på, at berigtigelsen skal ske øverst i det journalnotat, hvor den fejlagtige oplysning befinder sig (i stedet for sidst i notatet) eller eventuelt i direkte tilknyt til den fejlagtige oplysninger. Denne model vil klart bidrage til at understøtte patienters ret til privatliv og databeskyttelses og personlighedsrettigheder – og formentlig også bidrage til større patientsikkerhed.

Udover denne ”tekniske” anbefaling kunne man også overveje at indføre regler om berigtigelse svarende til reglerne i den norske helsepersonellovs³¹ § 42:

”Helsepersonell som nevnt i § 39 skal etter krav fra den opplysningene gjelder, eller av eget tiltak, rette uriktige eller ufullstendige opplysninger, jf. Personvernforordningen artikkel 16. Opplysningene skal etter krav fra den opplysningene gjelder, eller av eget tiltak, også rettes dersom de er utilbørlige. Retting skal skje ved at journalen føres på nytt, eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen. Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes”

(...)

Som det vil fremgå, åbner disse regler mulighed for mere vidtgående berigtigelser/rettelser, end der følger af de danske regler, og som i højere grad tilgodeser de interesser og hensyn, der kan være set fra et patientperspektiv.

²⁹ Betænkning 1565, ”Databeskyttelsesforordningen – og de retlige rammer for dansk lovgivning”, Bind I, Justitsministeriet, 2017, s. 338 ff

³⁰ Styrelsen for Patientsikkerhed, ”Styrelsen for Patientsikkerheds løsningsforslag til etablering af adgang til at slette fejlagtige oplysninger i patientjournaler, sagsnr. 5-1010-1246/1, 24. april 2017, s. 13.

³¹ Lov-1999-07-02-64 om helsepersonell m.v.

Beslutningskompetence og andre processuelle forhold

Styrelsen for Patientsikkerhed anbefaler i notatet, at sletning alene kan ske efter en myndighedsprøvelse og at denne kommer til at ligge i statsligt regi.³² Man anbefaler endvidere, at det er den dataansvarlige, som skal stå for selve sletningen. Hvis den dataansvarlige mod forventning ikke foretager sletningen, skal der kunne iværksættes sanktioner. En myndighedsprøvelse i statsligt regi bidrager til at sikre en ensartet behandling af sagerne og må derfor betragtes som en ordning, der understøtter patienters retssikkerhed. Det er også væsentligt, at patienten har en egentlig ret til sletning efter myndighedsprøvelsen, således at den dataansvarlige er forpligtet til at slette den urigtige oplysning.

Styrelsen anbefaler endvidere, at sletning i journalen alene kan ske *på foranledning af patienten selv* (eller en værge/anden som optræder på vegne af patienten). En sundhedsperson, som opdager en fejl, bør derfor ikke selv kunne slette oplysningen, men skal i stedet sørge for, at oplysningen berigtiges. Jeg er enig i betragtningen om, at sundhedspersoner ikke selv bør kunne slette en fejlagtig oplysning, da patienten kan have en interesse i, at oplysningen ikke slettes. Jeg vil dog foreslå, at sundhedspersonen eller den dataansvarlige i disse situationer er forpligtet til at oplyse patienten om fejlen og om retten til at få slettet den fejlagtige oplysning.

Styrelsen anbefaler også, at en eventuel ordning med sletning alene får *virkning fremadrettet* for at tilgodese indretningshensyn. Det er lidt uklart, hvad der tænkes på med ”indretningshensyn”. Dette hensyn har tidligere begrundet, at patienters udvidede ret til aktindsigt i journalen alene skete fremadrettet, så sundhedspersoner kunne indrette journalføringen med henblik på, at patienter fremadrettet havde adgang til hele journalen. Sådanne hensyn gør sig efter min vurdering ikke gældende i forhold til sletning og berigtigelse af oplysninger, da der her er tale om oplysninger, som enten er urigtige eller registreret retsstridigt.

Endelig foreslår styrelsen, at der indføres en *forældelsesfrist* på 2 år efter, at patienten blev bekendt med registreringen af de oplysninger, der ønskes slettet, og en absolut forældelsesfrist på 5 år. Dette er primært begrundet i hensynet til at kunne oplyse sagerne. Styrelsen peger dog også på, at hensynet til patienternes interesser kan begrunde, at det også skal være muligt at få slettet oplysninger, der er registret længere tilbage i tiden, fx så længe journalen er omfattet af opbevaringspligten. Da der er tale om patienters rettigheder i forhold til dokumenterbart urigtige oplysninger og oplysninger, som er registreret retsstridigt, forekommer det bedst stemmende med hensynet til patienterne at udvide retten til hele journalens opbevaringsperiode.

Retsgrundlaget klarhed

Ud fra et retssikkerhedssynspunkt er det vigtigt, at det er klart for patienter, hvilke rettigheder, de har, i forhold til sletning, blokering og berigtigelse. Ved en mulig udvidelse af patienters rettigheder til at få slettet, blokeret eller berigtiget oplysninger i journalen, er det således væsentligt at sikre klarhed om dette i lovgivningen. I norsk ret har man indføjet en ret til at få oplysninger slettet og rettet i § 5-2 i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er således formuleret som en *patientrettighed*. *Pligten* til at slette og rette følger derimod af helsepersonelloven (svarende til den danske

³² Styrelsen for Patientsikkerhed, ”Styrelsen for Patientsikkerheds løsningsforslag til etablering af adgang til at slette fejlagtige oplysninger i patientjournaler, sagsnr. 5-1010-1246/1, 24. april 2017, s. 2-3. I notatet peger man på, at Styrelsen for Patientsikkerhed bør være den kompetente myndighed, men da styrelsens opgaver vedrørende klager over journalføring nu er placeret i Styrelsen for Patientklager, bør opgaven formentlig placeres her.

autorisationslov). Det kunne derfor overvejes, om retten til at få oplysninger slettet og rettet skulle indføjes i sundhedsloven som en patientrettighed. Som ovenfor anført, er det også vigtigt, at patienter informeres om retten til at få slettet eller berigtiget urigtige oplysninger, når sundhedspersoner opdager fejlagtigt registrerede oplysninger. Dette bør derfor også fremgå ved en mulig ændring af de nuværende journalføringsregler.

5. Afsluttende bemærkninger og anbefalinger

Opsummerende finder jeg, at de af Styrelsen for Patientsikkerhed opstillede løsningsmodeller i væsentlig grad tager højde for de patientsikkerhedsmæssige hensyn, som er journalføringens primære formål. Det er dog efter min vurdering muligt at justere modellerne, så de i højere grad tager hensyn til patienters ret til privatliv og personligheds- og databeskyttelsesrettigheder, uden at kompromittere patientsikkerheden. Tværtimod vil dette i nogle situationer kunne styrke patientsikkerheden. En sådan justering vil bidrage til at styrke patienters retssikkerhed. Jeg har som inspiration anbefalet, at man ser på de norske regler, som i vidt omfang er baseret på de samme hensyn, som ligger til grund for de danske journalføringsregler, men som giver patienter en mere vidtgående mulighed for at få slettet og rettet oplysninger i patientjournaler.

Jeg har yderligere anbefalet, at man skærper opmærksomheden vedrørende de retlige grænser for registrering af personoplysninger i patientjournalen. Dette kan i sig selv medvirke til, at behovet for at få slettet eller rettet oplysninger bliver reduceret.