



Riktlinje 7. Dokumentation och informationsöverföring

Inledning

Alla verksamma inom kommunens hälso- och sjukvård är skyldiga att dokumentera uppgifter som kan ha betydelse för vården av den enskilde. Dokumentation är ett viktigt verktyg för informationsutbyte inom och mellan olika yrkesgrupper för att garantera en god och säker vård. En korrekt informationsöverföring mellan yrkesgrupper som arbetar med en patient är avgörande för en god och säker vård.

Styrdokument

- Patientdatalag (2008:355)
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. (HSLF-FS 2016:40)

Ansvarsförhållande

Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för att det finns lokala rutiner för att säkra informationsutbytet dygnet runt, muntligt och skriftligt mellan legitimerad personal samt mellan legitimerad personal och övrig vård- och omsorgspersonal. Verksamhetschefen ska genom ledningssystemet säkerställa att:

- Journaler är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet)
- personuppgifterna är oförvanskade (riktighet)
- obehöriga inte ska kunna ta del av journalhandlingarna (konfidentialitet)
- åtgärder kan härledas till en användare (spårbarhet) i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade

Verksamhetschefen ska fortlöpande bedöma om det i verksamheten finns risker för händelser som kan medföra att ovanstående inte uppfylls. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyserna ska dokumenteras.

Verksamhetschefen ska leda och samordna informationssäkerhetsarbetet. Information om arbetet delges MAS i verksamhetens patientsäkerhetsberättelse. Sammanställningen i



patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla information om de riskanalyser som har gjorts av informationssäkerheten, avvikelser/händelser som har påverkat informationssäkerheten och som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada, uppföljningar som har gjorts, och förbättringsåtgärder som har vidtagits. Den ska också innehålla uppgifter om vilka kontroller/granskningar som gjorts av journaler samt åtkomst (loggkontroller) till journalsystemet.

Legitimerade yrkesgrupper

Legitimerade yrkesgrupper är journalföringsskyldiga enligt lag. De har också skyldighet att hålla ordning i journalen så att väsentliga uppgifter lätt kan tas fram och strukturen i vård- och behandlingsarbetet kan följas.

Vård- och omsorgspersonal

Vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation eller som biträder en legitimerad yrkesutövare är, vid utförandet av dessa moment, hälso- och sjukvårdspersonal och då ingår även journalföring. Signeringslistor är ett sådant exempel.

Syftet med en patientjournal

Syftet med att föra patientjournal är att säkerställa en god och säker vård av patienten.

En patientjournal är även en informationskälla för

- patienten
- uppföljning och utveckling av verksamheten
- tillsyn och rättsliga krav
- uppgiftsskyldighet enligt lag
- forskning

Patientjournalens struktur och innehåll

Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) innehåller information om vad en journal ska innehålla.

En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. De uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal ska finnas tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna.



Under förutsättning att uppgifter finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla:

- uppgift om patientens identitet och kontaktuppgifter
- väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning
- uppgifter om namn och befattning på den personal som svarar fören viss journaluppgift
- tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras
- uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder

I förekommande fall ska även följande uppgifter dokumenteras:

- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder
- slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård
- överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- komplikationer av vård och behandling
- vårdrelaterade infektioner
- samtycken och återkallade samtycken
- patientens önskemål om vård och behandling
- de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras,
- intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information
- vårdplanering
- ett vaccins batchnummer

Patientjournalen ska innehålla en markering som ger en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för hans eller hennes liv eller hälsa. Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras.

Patientjournalen har många olika funktioner och ska spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården, det vill säga de olika steg i vårdprocessen som sker med patienten; bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering. Detta oavsett vilket elektroniskt journalsystem och vilka termer och klassifikationer man använder (t.ex. ICF).



Signering av journalanteckning

För att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet ska en journalanteckning, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som ansvarar för uppgiften.

Signeringen bör ske i omedelbar anslutning till att anteckningen förs in i journalen eller så snart det är praktiskt möjligt.

Om anteckningen görs av någon annan än den som utfört uppgiften ska det antecknas i journalen både vem som gjort anteckningen och vem som utfört uppgiften.

Hälso- och sjukvårdsjournal inom kommunal hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsjournal inom kommunal hälso- och sjukvård omfattas av sjuksköterskans, arbetsterapeutens, fysioterapeutens/sjukgymnastens och dietistens patientdokumentation. Alla dessa yrkesgrupper är enligt lag skyldiga att föra patientjournal. Vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation eller som biträder en legitimerad yrkesutövare räknas också hälso- och sjukvårdspersonal.

Sjuksköterska

Sjuksköterskan har, utöver sitt yrkesansvar, även ansvar för att dokumentera nedanstående i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

Markering av överkänslighet

Sjuksköterska ansvarar för att överkänslighet markeras i patientjournalen på ett sådant sätt att inga missförstånd kan ske i vårdkedjan.

Av läkare diagnosticerad överkänslighet eller intolerans som innebär allvarlig risk för patientens liv och hälsa ska markeras i journalen på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma. Varningsmarkering ska göras i datajournalen och på de journalhandlingar tillhörande pappersjournalen som sjuksköterskan bedömer behövs med tanke på patientens säkerhet. Markeringen "VARNING" ska då göras med röd etikett, röd stämpel eller på annat iögonfallande sätt.

Följande dokument i pappersjournalen ska alltid markeras med vid av läkare diagnosticerad överkänslighet eller intolerans som innebär allvarlig risk för patientens liv och hälsa:



- på aktuell ordinationshandling från Pascals ordinationsverktyg eller signerad läkemedelslista inklusive eventuella kopior i verksamheten skrivs "VARNING" följt av namn på överkänslighet ex ASA, Morfin, getingstick etc.
- vid transport till sjukhus ska markering göras på blanketten *Vårdmeddelande från kommunal hälso- och sjukvård* (bilaga 3:1) under rubriken *Cave*.

Anmälningsskyldig smitta eller allmänfarlig smitta

Uppgifter om eventuell smitta ska dokumenteras i patientjournalen så att berörd personal enkelt kan se informationen. Exempel på detta är MRSA, VRE, ESBL etc.

Vård- och omsorgspersonal

Vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation eller genom att biträda en legitimerad yrkesutövare är hälso- och sjukvårdspersonal och då ingår även journalföring. Signeringslistor är ett sådant exempel.

Elektronisk journal

Varje utförare inom Sollentuna kommun väljer själv vilket dokumentationssystem man använder för att dokumentera hälso- och sjukvård.

Driftstopp

Verksamheten ska planera för hur hälso- och sjukvårdsverksamheten ska bedrivas om informationssystem som används för behandling av personuppgifter (journalssystem, register etc.) inte fungerar. Verksamheten ska ha en nedskrivna kända rutin för hur detta sker samt för återstart och återställande efter en sådan funktionsstörning.

Pappersbaserad del av journalen

Exempel på pappersbaserade journalhandlingar är: ordinationshandling/läkemedelslistor, insamlade signeringslistor för utförda behandlingar, epikriser, insamlade skriftliga instruktioner och remisser. Vätskelistor, vändscheman och liknande dokument räknas som arbetsmaterial och resultat från dessa ska föras in i journalen, pappersbaserad eller elektronisk.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att ordningen i journalen är god och att de uppgifter som behövs för vården finns dokumenterade.

När journalanteckningar förs på papper ska det material som används vara godkänt som åldringsbeständigt. Inga anteckningar eller signeringar får göras med blyertspenna.



I en pappersjournal ska patientens namn och personnummer finnas på varje sida på journalblad där en journalanteckning har gjorts. Det gäller alltså även baksidan på journalhandlingar som är skrivna på fram- och baksidan. I början på varje sida av journalbladen ska också årtal för anteckningarna anges.

Ordningen i den pappersbaserade journalen och i journalskåp

Hänvisa alltid i elektronisk journal till pappersjournal i de fall dokumentation förs där.

Pappersjournalerna ska i journalskåp vara sorterade i bokstavsordning A-Ö efter patienternas efternamn. Då det kan bli stora mängder av t.ex. ordinationshandlingar/läkemedelslistor och signeringslistor kan det vara bra att dela upp journalen i en aktuell och en inaktuell del. Till aktuella handlingar räknas de som är av betydelse för vården just nu. Den inaktuella delen av journalen kan förvaras i samma ordning som den aktuella delen, men då på annan plats, exempelvis ett arkivskåp.

För att snabbt kunna hitta uppgifter i journalerna ska ett fliksystem användas med en tydligt markerad ordning av dokumenten. Under varje flik ska den senaste informationen sitta först. Ordningen i pärmen kan exempelvis vara enligt nedanstående:

Flik 1. Läkemedelsordinationer såsom Pascals ordinationshandling, signerade läkemedelslistor och Waranordinationer, tillhör den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen och ska bevaras i pappersjournalen. Denna del kan även sitta i en egen pärm där flera patienters information finns, det är då ett krav att olika patienters journalblad åtskils tydligt med fliksystem. Eventuella recept och frikort kan också placeras här.

Flik 2. Sårjournal som inte kan dokumenteras i datajournalen.

Flik 3. Dokument gällande tandvård.

Flik 4. "Listor" t.ex. temperaturlista, vätskelista, viktkontroller, vändschema.

Flik 5. Mottagna faxmeddelanden. Avsända faxmeddelanden (kan kastas efter 3 månader under förutsättning att uppgifterna är införda i datajournalen).

Flik 6. Epikriser, remisser och laboratoriesvar.

Flik 7. Signaturlistor för utförda behandlingar.

Flik 8. Övriga handlingar.

Om något/några dokument sätts på annan plats ska hänvisning finnas under fliken.



NVP (Nationell vårdplan för palliativ vård) och LCP (Liverpool Care Pathway)

Den standardiserade vårdplanen för patienter under livets allra sista tid läggs efter avslutad vård i pappersjournalen och ska arkiveras.

Den medicinska journalen (läkarjournalen)

Den medicinska journalen (läkarjournalen) tillhör den auktoriserade läkarorganisationen. I denna journal får endast läkare göra anteckningar. Kommunens journaler och läkarjournalerna ska förvaras var för sig, men ändå vara lätt åtkomliga dygnet runt både för läkarna och den kommunala legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen. Läkarjournalen kan förslagsvis finnas i samma pärm som övrig pappersbaserad dokumentation men då under en egen flik. I de fall verksamheten har tillgång till "läsbehörighet" av elektronisk läkarjournal ska rutin finnas för loggkontroller.

Dokumentationsrutiner - samverkan dag, kväll och natt

Verksamhetschef ansvarar för att det finns lokala rutiner som säkerställer informationsöverföring och journalföring dygnet runt.

Tjänstgörande sjuksköterska ska alltid dokumentera sina insatser/bedömningar i journalen.

Även råd och information till patient eller till den som vårdar patienten måste journalföras. Detta gäller även bedömningen att avvakta med åtgärd eller beslut att inte åtgärda.

I yttersta nödfall (tidsbrist på grund av stor arbetsbelastning kvällar och nätter) kan tjänstgörande sjuksköterska som inte hunnit vara på enheten och dokumentera, och t.ex. givit vårdpersonalen råd per telefon, använda sig av faxmeddelande för att informera nästa tjänstgörande sjuksköterska om vidtagen åtgärd/bedömning.

Vårdförloppet måste kunna följas systematiskt i journalen. Den sjuksköterska som tar emot faxmeddelandet på morgonen måste därför skriva in faxmeddelandets innehåll i journalen samt namnet på sjuksköterskan som utfört insatsen.

Det ska framgå vem som har fört in uppgifterna i journalen (signeras).

Faxmeddelandet ska sparas i pappersjournalen.



Rutiner för informationsöverföring mellan legitimerad personal och omsorgspersonal

För att den enskilde brukaren ska få god och säker vård krävs en säker informationsöverföring mellan den legitimerade personalen och vård- och omsorgspersonalen. Bilaga 7:1 och 7:2 kan användas som stöd i informationsöverföringen.

Omsorgspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade arbetsuppgifter och biträder legitimerad yrkesutövare i hälso- och sjukvårdsuppgifter. De ska då dokumentera väsentliga uppgifter på exempelvis en signeringslista.

Socialtjänstens (SoL) och hälso- och sjukvårdens (HSL) dokumentation ska hållas åtskild och får inte sammanblandas.

Dokumenterad information från legitimerad personal till vård- och omsorgspersonal kan finnas under en hälso- och sjukvårdsflik i anslutning till den sociala dokumentationen eller i en egen pärm. Elektronisk informationsöverföring är möjlig då dokumentation (SoL och HSL) sker i samma system. Skriftlig rutin ska finnas i varje verksamhet för hur informationsöverföring och rapportering går till mellan personalen.

Vid elektronisk dokumentation ska endast de anteckningar som är väsentlig information till omsorgspersonal vara tillgänglig för denna yrkeskategori. En spärrfunktion måste finnas i journalen så att de anteckningar som endast ska ses av leg personal är dolda för omsorgspersonal. Hur detta går till ska beskrivas i den lokala rutinen för informationsöverföring/rapportering.

Muntlig rapport inom SÄBO

Informationsöverföring är en stor riskfaktor inom vård- och omsorg. För att säkerställa informationsöverföringen i så stor utsträckning som möjligt ska, som komplement till den skriftliga informationsöverföringen, "sittande" rapport med sjuksköterska och omsorgspersonal ske minst en gång per dag. Hur detta går till ska beskrivas i den lokala rutinen för informationsöverföring/rapportering.

Informationsöverföring mellan vårdgivare vid övertagande av hälso- och sjukvårdsansvar i kommunen

När en patient flyttar in på ett särskilt boende (SÄBO, LSS eller socialpsykiatri) , börjar på en dagverksamhet eller daglig verksamhet tar kommunen över huvudmannansvaret för hälso- och sjukvård från regionen. Den kommunala vården behöver då få överrapporterat olika delar av patientens anamnes och status (efter samtycke från patienten). Som hjälp finns checklistor i bilaga 7:3 (från vårdcentral) och 7:5 (från rehabiliteringsenhet).



Hantering, arkivering, bevarande och förvaring av journaler

Allmänt

Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Samtidigt ska behörig personal ha tillgång till uppgifter som behövs för att kunna ge en god och säker vård.

Sekretess/utlämnande av patientuppgifter

Journaler är allmän handling. Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659) innehåller bestämmelser om tystnadsplikt och om förbud att lämna ut allmänna handlingar. Alla som är verksamma inom hälso- och sjukvård har lagstadgad tystnadsplikt. Sekretess gäller för uppgift om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden "om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men". Ordet men betyder i detta sammanhang skada och syftar i första hand på integritetskränkningar av olika slag.

Den som arbetar inom hälso- och sjukvård får ta del av dokumenterade uppgifter endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av andra skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården.

Patienten har, med få undantag, rätt att ta del av hens journalhandlingar.

Patienten kan lämna sitt samtycke till att uppgifter om honom/henne lämnas ut till enskilda personer och andra myndigheter. Samtycke bryter således sekretessen. I journalen ska det alltid antecknas om samtycke har inhämtats.

Kan samtycke inte inhämtas från patienten ska en menprövning göras. Detta innebär att den journalföringsskyldige frågar sig om uppgifterna på något sätt kan skada patienten eller någon närstående och om uppgifterna är nödvändiga för en god och säker vård. Menprövning ska dokumenteras i journalen.

Kopia/utlämnande av kommunal HSL-journal

Om en journalhandling, avskrift eller kopia ska lämnas ut till någon, ska det dokumenteras i journalen vem som har fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut, om ev. menprövning är gjord samt vem som tagit beslut om utlämnandet.

Ett utlämnande ska alltid prövas av den som är ansvarig för journalhandling (omvårdnadsansvarig sjuksköterska i samråd med verksamhetschef och/eller MAS). Om anhörig begär ut journal och den enskilda inte kan lämna sitt samtycke ska, om verksamhetschef inte är leg. yrkesutövare, alltid MAS kontaktas för beslut om utlämnande av journal.



Byte av vårdgivare på särskilda boenden

Inför bytet av utförare ska elektronisk journal skrivas ut på åldringsbeständigt papper och föras samman med pappersjournalerna.

Efter patientens medgivande, som ska dokumenteras i journalen, går ansvaret för hantering av journalerna över till den nya utföraren. Om möjligt kan även elektronisk överföring ske till den nya utföraren om systemen kan tillgodose en säker överföring.

Byte av utförare ska alltid dokumenteras i journalen.

Ett avtal bör skrivas mellan utförarna så att den utförare som lämnar över vården ska kunna, i ett visst ärende, få tillgång till en journal för att kunna styrka en händelse i ett rättsligt sammanhang t.ex. till IVO i en utredning enligt lex Maria eller utredning enligt Patientskadeförsäkringen.

Varje utförare ska ha utarbetade rutiner för att försäkra sig om patientens medgivande för att säkerställa, vid eventuellt byte av utförare, att journalen får kvarstanna på enheten (arkiveras hos den nya utföraren) till dess att det blir aktuellt att gallra (10 år efter senaste anteckningen). Se bilaga 7:4 Arkivering av journaler.

För brukare födda 5, 15 och 25 i varje månad gäller medgivandet att journalen får lämnas till kommunarkivet 5 år efter sista anteckningen i journalen eller när patienten avlidit enligt rutiner i bilaga 7:4.

Registrering i nationella register

Varje utförare ska ha utarbetade rutiner för att försäkra sig om brukarens medgivande för att registrera i nationella kvalitetsregister (t.ex. Palliativa registret, Senior alert och BPSD-registret). Medgivandet ska journalföras.

Vid avslutad vård

Vid avslutad vård (utskrivning eller dödsfall) ska samtliga journalhandlingar tillhörande den kommunala hälso- och sjukvården (från datajournal och pappersjournal) föras samman inför arkivering. Journalerna ska sedan arkiveras på respektive enhet i 10 år förutom journaler på brukare som är födda 5, 15 och 25 i varje månad. Dessa ska bevaras och lämnas till kommunarkivet senast 5 år efter sista anteckningen i journalen eller när patienten avlidit.

Se gällande rutin för gallring och handhavande i bilaga 7:4.

Signaturer måste förtydligas i varje journal. Förslagsvis kan bilaga 6:3 "Signaturförtydligande" i riktlinje 6 "Läkemedelshantering" användas. Kopia av dokumentet ska placeras först i journalerna när vården avslutas.



Signeringslistor

Signeringslistor är en journalhandling och ska sparas i enlighet med gällande rutin för övriga journaler. Om elektroniska signeringslistor används i verksamheten ska dessa arkiveras i 10 år av företaget som tillhandahåller tjänsten. Om detta inte kan garanteras av detta företag måste samtliga listor skrivas ut och läggas i patientens pappersjournal vid arkivering.

Den medicinska journalen

Efter avslutad vård ska ansvarig auktoriserad läkarorganisation omhänderta de dokument som tillhör den medicinska journalen för arkivering enligt gällande rutiner. Gallring sker innan överlämnandet enligt respektive läkarorganisations rutiner.

Avvikelse gällande dokumentation och informationsöverföring

Avvikelse gällande dokumentation och informationsöverföring ska skrivas enligt *Riktlinje 1. Avvikelsehantering*. Användning sker då av *Bilaga 1:4 Patientsäkerhet*.

Bilaga 7.1. Hälso- och sjukvårdsinformation

Bilaga 7.1 Hälso- och sjukvårdsinformation kan sitta under hälso- och sjukvårdsflik i anslutning till den sociala dokumentationen eller i egen pärm. Bilagan är arbetsmaterial och inte en journalhandling.

Legitimerad personal ansvarar när denna blankett används för att:

- väsentlig hälso- och sjukvårdsinformation skrivs in på framsidan med bläck, signeras med namn och yrkestitel samt dateras
- informationen är läsbar och kortfattad
- informationen överensstämmer med den medicinska journalens diagnoser och noteringar om överkänslighet
- de ordinationer/insatser som ska utföras av vård- och omsorgspersonal skrivs in på baksidan med blyerts samt för att följa upp att det har förts in på arbetsplanen av kontaktsmannen
- det finns en hänvisning till en utförlig instruktion om det behövs för utförandet av ordination/insats, samt var den är placerad
- informera om uppgiften ska signeras och hänvisa till var signeringslistan är placerad
- följa upp att aktuella ordinationer/insatser blir utförda samt att dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournalen
- se till att ordinationer/insatser alltid är aktuella
- gallra inaktuellt material i överenskommelse med övriga professioner



Den personal som utfört en kontroll efter anvisning från legitimerad personal (t.ex. viktkontroll) ska skriva in resultaten i avsedda rutor på blankettens framsida. Legitimerad personal ansvarar för att föra in värdena i journalen.

Bilaga 7.2. Rapportblad för hälso- och sjukvård från leg. personal

Bilaga 7:2 Rapportblad för hälso- och sjukvård från leg. personal kan sitta under hälso- och sjukvårdsflik i anslutning till den sociala dokumentationen eller i egen pärm. Bilagan är arbetsmaterial och inte en journalhandling. Anteckningarna på rapportbladet ska skrivas med bläck. Om denna blankett används ska vård- och omsorgspersonal dagligen, vid arbetspassets början, kontrollera om ny information finns och då ta del av denna.

Rapport på denna blankett sker endast FRÅN leg. personal till omsorgspersonal. Rapport TILL leg. personal ska ske dagligen via kontakt med sjuksköterska.

Anteckningarna kan till exempel vara:

- rapport/information från legitimerad personal om pågående vård
- brukarens eller närståendes eventuella synpunkter på gällande ordination/insats
- att legitimerad personal beskriver varför en ordination tillkommit eller ändrats

Legitimerad personal ska om denna blankett används kontinuerligt uppdatera och revidera informationen.