

# *Psyk* VIPS

En modell för omvårdnadsdokumentation  
i patientjournalen med hjälp av sökord  
– med särskild inriktning mot  
psykiatrisk omvårdnad.

Övergripande mål för omvårdnaden:

Välbefinnande  
Integritet  
Prevention  
Säkerhet

VIPS © Ehnfors, Ehrenberg, Thorell-Ekstrand  
Anpassad till psykiatrisk omvårdnad av Anna Björkdahl  
Version 1999, reviderad 2014 och 2021

2021

**SÖKORD** och *undersökord* med exempel på innehåll

## ALLMÄNNA UPPGIFTER

### UPPGIFTSLÄMNARE

Uppgiftslämnare, om annan än patienten ange namn och relation till patienten. Tidigare journal.

### NÄRSTÅENDE

Närmast anhörig/närstående, namn och relation till patienten. Adress, telefonnummer, e-postadress. Uppgift om vem som kontaktas i första hand samt hur och när kontakt önskas.

### UPPLYSNING

Samtycke om hur upplysning kan lämnas, vad, till vem.

### TILLFÄLLIGA UPPGIFTER

Tillfälliga uppgifter, till exempel färdväg, portkod, nyckel, anhörig på annan ort.

### PLANERINGSANSVARIG

Planerings-/omvårdnadsansvarig. Ange yrkeskategori, till exempel sjuksköterska, distriktssköterska, barnmorska. För- och efternamn.

### DAGANTECKNING

Återkommande sammanfattningar och uppdateringar, aktuella händelser.

## OMVÅRDNADSANAMNES

Patientens, närståendes eller patientföreträdares beskrivning av kontaktorsak. Förväntningar på vård och behandling. Hälsa, levnadsförhållanden, resurser före aktuell vårdkontakt som bakgrund till bedömning, omvårdnadsplanering och åtgärder.

### KONTAKTORSAK

Patientens berättelse med beskrivning av och uppfattning om anledningen till kontakt/intagning och sjukdom. Uppgifter från ev. annan källa, t.ex. närstående, remiss, polis, juridisk- eller annan dokumentation. Kontaktväg. Vårdform. Förväntningar. Start, förlopp och ev. påbörjade åtgärder. Symtom och påverkan på daglig livsföring.

### HÄLSOHISTORIA/VÅRDERFARENHET

Övergripande beskrivning av hälsosituationen före aktuell vårdkontakt. Hereditet. Tidigare problem/handikapp. Egenvård, t.ex. förmåga att hantera egen sårbarhet och tidiga tecken på försämrade psykisk hälsa. Tidigare vård. Erfarenhet av tidigare värdepisoder, institutionsvistelser, vårdkontakter. Tidigare epikris. Aktuella diagnoser, t.ex. psykiatrisk-, medicinsk- eller omvårdnadsdiagnos.

### PÅGÅENDE VÅRD

Pågående vård och stöd inom psykiatri, kommunal vård, somatik/primärvård, kriminalvård eller privat regi. T.ex. öppenvårds-mottagning, psykoterapi, mobilt team, socialsekreterare, dagverksamhet, arbetsrehabilitering, vårdcentral, skolsköterska, frivårdsmyndighet. Anhörigvårdare. Kontaktperson i öppen-/sluten vård. Namn och tel.nr. vid behov.

### Hjälpinsatser

Insatser och bistånd från t.ex. personlig assistent, stödperson, stödfamilj, boendestöd, hemtjänst, väntjänst, stödförening etc. Omfattning samt namn och tel.nr. till kontakt. Trygghetslarm.

### ÖVERKÄNSLIGHET

Överkänslighet mot läkemedel eller andra ämnen. Allergi. Symtom på reaktion. Ange källa till uppgiften. Hur patienten hanterar överkänslighet. Notera även: Ingen känd överkänslighet.

### SOCIALT

Sociala förhållanden, hem- och familjesituation. Socialt kontaktnät, livsmönster. Boende, yrke, arbete, sysselsättning, studier. Ekonomisk situation. God man, förvaltare.

## LEVNADSVANOR

Vardagsliv, intressen, vanor. Kultur, religion, livsåskådning. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS), bruk och missbruk.

## OMVÅRDNADSSTATUS

Patientens status, det vill säga hälsosituation och förhållanden som har betydelse för den aktuella omvårdnaden, vid första kontakt och fortlöpande under vårdtiden. Val av sökord utifrån hur problem, behov, risker och resurser påverkar patientens funktionsförmåga och upplevelse i dagligt liv. Patientens/närståendes upplevelser och beskrivning samt sjuksköterskans bedömning av

- *funktion*: bibehållen – förändrad, resurser, risker.
- *obehag*: fysiskt – psykosocialt.
- *påverkande faktorer*: omgivning, resurser – krav, inre – yttre, positiva – negativa, förväntningar, värderingar,
- *hjälpmedel patienten använder*: t.ex. farmaka, tekniska, psykosociala.

## KOMMUNIKATION

Kommunikativ status. Förmåga att göra sig förstådd och förstå. Förmåga att uttrycka sina behov och upplevelser. Förmåga till uppmärksamhet. Påverkande faktorer t.ex. hörselhallucinationer eller annan psykospåverkan, rastlöshet, inätvändhet, affekt-påverkan, vilja, öppenhet. Annan funktionsnedsättning av syn, hörsel, tal, av betydelse för kommunikationen. Icke-verbal kommunikation. Miljö som främjar eller hindrar kommunikation. Ej svensktalande. Orientering till tid, rum, person och situation. Nedsatt förmåga till uppmärksamhet. Egenvård och hjälpmedel som används, t.ex. hörapparat, tolk.

## KUNSKAP/UTVECKLING

Kognitiv förmåga och utveckling. Kunskapsnivå, Patientens och närståendes behov av information eller undervisning. Hälsouppfattning. Uppfattning, insikt och kunskap om aktuell psykisk ohälsa/sjukdom t.ex. tidiga tecken på försämring. Koncentrationsförmåga. Minnesfunktion. Vilja, kunskap och förmåga till egenvård, samarbete och delaktighet. Mognad fysiskt, psykiskt. Behov av särskilt bemötande eller intellektuell stimulans. Egenvård och hjälpmedel som används.

## ANDNING/CIRKULATION

Luftvägs- och cirkulationsproblem, t.ex. andnöd, hosta, aspirationsrisk, hyperventilering. Andnings- och cirkulations-påverkan vid ångest eller annan psykisk påfrestning, abstinens, intoxication, kramper. Blödning, ödem, cyanos, perifer kyla etc. Kroppstemperatur, t.ex. feber, frossa, frusenhet. Egenvård och hjälpmedel som används, t.ex. andningsteknik, avslappningsövningar, läkemedel, inhalator.

## NUTRITION/ÄTANDE

Aptit, törst, kost, måltidsvanor, ätmönster, munhållans kondition som påverkar nutrition och ätande. Under- eller övervikt, BMI (body mass index). Bedömning enligt skala (t.ex. SGA, MNA). Kulturmönster av betydelse. Amning. Nutritionsproblem orsakade av föda, miljö, sjukdom eller behandling/läkemedel. Nutritionsproblem relaterade till psykisk hälsosituation, t.ex. självsvält, hetsätning. Psykotisk upplevelse, t.ex. av förgiftning. Påverkan av ämnesomsättning, vätske- och elektrolytbalans, t.ex. blodsockernivå, mag-tarmbesvär. Illamående, kräkning, smakförändring. Uttorkning, övervätskning. Egenvård och hjälpmedel som används, t.ex. särskild diet, kvarliggande sond, läkemedel, tandprotes, påminnelser.

## ELIMINATION

Urin, avföring. Eliminationsproblem relaterade till psykisk hälsosituation, t.ex. tvångsmässighet, nedstämdhet, psykotisk upplevelse. Inkontinent blåsa eller tarm, sängvätning. Miktionsproblem. Förstoppning, diarré, smärtsam avföring. Stomi. Patientens sätt att hantera detta. Egenvård och hjälpmedel som används, t.ex. diet, läkemedel, blöja, kateter, påminnelser.

## HUD/VÄVNAD

Hud, slemhinnor, andra vävnader. Utseende, funktion, eventuella förändringar i hud, muskler, hår, naglar. Färg, renhet, skador, torrhet. Rodnad, utslag, klåda, hårfall, svettning. Besvär från ögon, öron, näsa. Egenvård och hjälpmedel som används t.ex. läkemedel, sängutrustning.

### Sår

Sårtyper t.ex. trycksår, bensår, självfövällade skador t.ex. skärsår, rispningar, brännsår. Lokalisation, längd, bredd, färg, stadium av läkning. Bedömning enligt skala.

## AKTIVITET/ADL

Förmåga att klara sig själv i det dagliga livet, aktiviteter i dagligt liv (ADL). Patientens fysiska, sociala och intellektuella aktivitet, nedsatt aktivitetsförmåga. Funktionsförmåga och begränsningar. Rörlighet, förmåga att ändra och behålla kroppsställning. Skada, till exempel förlamning, tremor, spasticitet, kramper, ledrörlighet, muskelstyrka, personlig ADL (P-ADL), såsom kondition, inaktivitet. Faktorer som påverkar aktivitet, t.ex. fobier, tvångsmässighet, hyperaktivitet, psykotisk upplevelse, fysisk skada, läkemedelsbiverkan.

Bedömning, gärna enligt skala vad gäller förmåga till födointag, förflyttning, rörlighet, toalettbesök, på- och avklädning, personlig hygien, dusch/bad. Förmåga att laga mat, sköta hushåll, handla etc. (I-ADL). Konsekvenser av funktionshinder, t.ex. i relation till miljö och omgivningens krav. Kondition, inaktivitet. Egenvård och hjälpmedel som används, t.ex. läkemedel, assistans, gånghjälpmedel, gripverktyg.

## SÖMN/VILA

Sömn och vila. Dygnsrytm och sömnmönster. Trötthet, tillfällig eller upplevd kronisk trötthet, uttrötthet, utmattning, orkeslöshet. Sömnstörningar, t.ex. sömnrubbingar, sömnbrist, hypersomnia. Insomning, sömnkvalitet, utvilad eller trött efter sömn. Faktorer som underlättar eller hindrar sömn och vila, t.ex. psykisk hälsosituation, oro, drömmar. Egenvård, läkemedel och hjälpmedel som används.

## SMÄRTA/SINNESINTRYCK

### Smärta

Akut eller kronisk smärta eller obehag. Relaterad till fysiska, psykiska, existentiella eller sociala faktorer. Lokalisation, karaktär, mönster, intensitet. Bedömning enligt skala. Patientens ord eller uttryck för smärta och smärtlindring. Beteenden förenade med smärta, till exempel skyddande rörelser, gråt, rastlöshet. Utlösande eller lindrande faktorer. Hur patienten hanterar smärta eller obehag. Egenvård och hjälpmedel som används, t.ex. läkemedel.

### Sinnesintryck av annat slag

Syn-, hörsel-, lukt-, smak-, känsel- och balansrubbingar, t.ex. hallucinationer, synfältsbortfall, yrsel, domningar, beröringskänslighet. Hur patienten hanterar detta, konsekvenser i dagligt liv. Behov av särskilt bemötande eller miljöanpassning. Egenvård, läkemedel och hjälpmedel som används.

## SEXUALITET/REPRODUKTION

Samlevnad. Krav och förväntningar. Kulturella aspekter. Störningar t.ex. potensproblem sexuellt avvikande beteende, fixering, vanföreställning. Psykiska eller fysiska skador efter sexuella övergrepp. Problem med sexuell identitet. Preventivmedel. Biverkan av läkemedel. Pubertet, menstruation, graviditet, amning, klimakterium, prostatabesvär. Könssjukdomar. Gynekologiskt/obstetriskt status, blödningar, vaginala besvär. Bröst. Fosterutveckling. Egenvård, läkemedel och hjälpmedel som används.

## PSYKOSOCIALT

Psykosociala faktorer av betydelse för omvårdnaden.

### Emotionellt

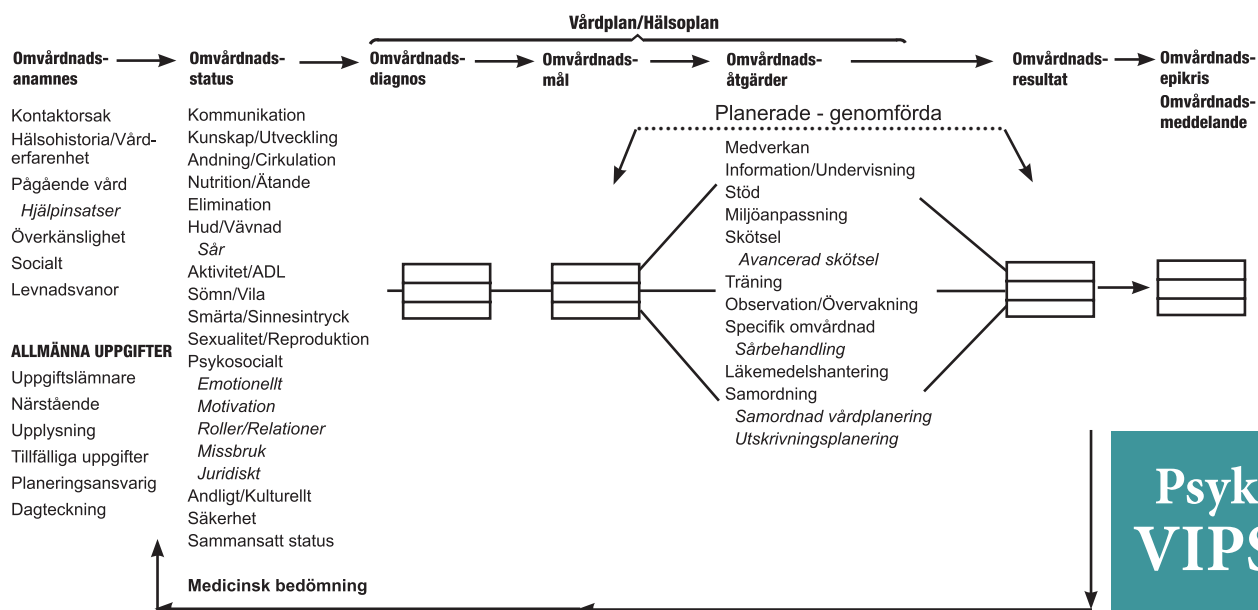
Sinnesstämning, reaktioner, känslor, upplevelser. Ofrivillig ensamhet. Nedstämdhet, depressivitet, sorg, apati, hypomani, mani. Tillit, misstänksamhet, otrygghet. Ängslighet, oro, rädsla, panik, fobier. Självdestruktivitet, suicidtankar, -planer, -försök. Aggressivitet, hot, våld, farlighet. Impulser. Hur patienten hanterar detta. Behov av tröst, särskilt stöd eller bemötande. Självbild, personlig integritet, stress, stresstolerans, krisreaktion. Egenvård, läkemedel och hjälpmedel som används.

### Motivation

Vilja, glädje, livslust, hopp, optimism, mod och uthållighet. Sjukdomsupplevelse. Förväntningar och funderingar. Krav och önskemål från patient/närstående som gäller vård och behandling. Känsla av sammanhang, känsla av maktlöshet, bristande verklighetsuppfattning, sätt att hantera och påverka sin situation, stresshantering (coping). Egenvård och hjälpmedel som används.

### Roller/Relationer

Roller, interaktion på samhälls- och individnivå. Självuppfattning, personlig integritet. Social förmåga, empatisk förmåga, socialt stöd, nätverk, arbetsförmåga, arbetslöshet, diskriminering. Juridisk, ekonomisk situation, förmåga att hantera sin ekonomi, skulder, behov av stöd och rådgivning. Familjerelationer, hot, generationsproblem, engagemang, isolering. Nätverk. Miljö- och boendespekter. Beroendeförhållande, ansvar och skyldigheter. Förtroende för hälso- och sjukvård. Egenvård och hjälpmedel som används.



### Missbruk

Alkohol, narkotika, tobak, spel, läkemedel/droger eller annat pågående missbruk. Beroende, omfattning. Motivation till förändring.

### Juridiskt

Förändringar i vårdform, ev. datum för gällande dom. Rättsliga aspekter t.ex. förhandlingar, överklaganden etc. Kunskap om juridiska rättigheter och skyldigheter. Kriminalitet.

### ANDLIGT/KULTURELLT

Värderingar, kultur, religion, livsåskådning. Upplevelse av meningsfullhet/meningslöshet, frihet, ansvar, egenvärde. Existentiella frågor. Mening och avsikt med liv, lidande och död. Önskan om särskilda ritualer, symboler, klädsel. Tabun. Trosutövning av betydelse för patient och närstående. Källor för tro och hopp. Andlig smärta, förtvivlan. Känslor av skuld, skam, straff. Egenvård och hjälpmedel som används.

### SÄKERHET

Miljörisiker. Risk för skada, fall, smitta, smittspridning, infektion, aspiration, kvävning, förgiftning. Infektionskänslighet, överkänslighetsreaktion. Risk för våld, övergrepp, självskadebeteende, oförmåga att klara vardagen på ett säkert sätt. Säkerhets- och skyddsåtgärder, begränsningar och hjälpmedel som används.

### SAMMANSATT STATUS

Patientstatus baserat på skala eller bedömningsinstrument, som inte kan föras under annat enskilt sökord, t.ex. verklighetsuppfattning demensbedömning, bukstatus, neurologiskt status som omfattar olika dimensioner.

#### MEDICINSK BEDÖMNING

Medicinsk bedömning eller medicinsk diagnos, av sjuksköterska eller barnmorska, t.ex. som underlag för förskrivning av läkemedel. Enligt formell kompetens.

#### VÅRDPLAN/HÄLSOPLAN

Omvårdnadsdiagnos, mål (förväntat resultat), planerade omvårdnadsåtgärder. Kan utgå från standardiserad vårdplan/hälsoplan.

#### OMVÅRDNADSDIAGNOS

Beskrivning av identifierade och prioriterade resurser, problem eller risker baserad på analys av anamnes och status. Omfattar sjuksköterskans bedömning och/eller patientens/närståendes beskrivning av situationen. Kan uttryckas på två sätt: med standardiserade termer, till exempel NANDA-I, eller som fri text, till exempel utifrån PES-strukturen (problem, etiologi, symtom).

#### OMVÅRDNADSMÅL

Mål och förväntat resultat (avsett hälsostatus) i mätbara termer. Förväntningar och prioriteringar överenskomna med patient eller närstående. Mål kan avse patientens:

- funktionsförmåga och hälsostatus (kunna)
- hantering av sjukdom och ohälsa (göra)
- hantering av livsstilsförändringar och egenvård (göra)
- upplevelse av välbefinnande och tillfredsställelse (må)
- vilja och motivation (vilja).

#### OMVÅRDNADSÅTGÄRDER

Planerade och utförda åtgärder/omvårdnadsordinationer (insatser). Avsikten med omvårdnadsåtgärder är att:

- främja hälsa och förebygga ohälsa
- bevara eller återställa hälsa och välbefinnande
- främja en fridfull död.

Omvårdnadsåtgärder ska ange insatsens art, inte insatsens mål. Specificera till exempel vad, hur, när, var, av vem, samt patientens och närståendes medverkan. Omvårdnadsdiagnos och mål styr val av omvårdnadsåtgärder. Val av sökord styrs av syftet med åtgärden. Åtgärder kan utformas på olika sätt, till exempel genom att underlätta, begränsa eller skydda, motivera eller distrahera, stödja eller assistera, utföra något i patientens ställe, eller avstå från att handla.

### MEDVERKAN

Främja medverkan, kommunikation, inflytande, interaktion, ansvar och självbestämmande. Bemötande och förhållningssätt, t.ex. för skyddande av patientens integritet och rättigheter. Enligt förutsättningar för och önskan från patient/närstående. Medverkan baseras på patientens/närståendes värderingar, önskningar. Patienten som partner i vårdteamet. Hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, t.ex. patientens/närståendes medverkan i planering, beslutsfattande, genomförande och utvärdering av vården. Beslut om att avvakta med eller avstå från behandling.

### INFORMATION/UNDERVISNING

Information, undervisning, rådgivning, handledning, demonstration. Till patient/närstående i syfte att öka kunskap, förståelse, motivation, verklighetsförankring och minska risk för återinsjuknande. Hälsofrämjande eller förebyggande. Fakta- och upplevelseinformation. Enligt särskilt program individuellt eller i grupp, t.ex. om undersökning, diagnos, behandling, hjälpmedel, resultat, juridiska frågor, rättigheter och skyldigheten, regler och rutiner. Om hjälpmedel, t.ex. Ett Självständigt Liv, tidiga varningstecken, ångesthantering. Om kost, motion, läkemedel, etc. Kopia i journalen av skriftlig information. Telefonrådgivning.

### STÖD

Emotionellt och socialt stöd. Instrumentellt stöd och praktisk hjälp. Åtgärder för att identifiera och bygga upp socialt nätverk. Jagstödande åtgärder, t.ex. stöd i verbalisering, strukturering, verklighetsförankring, gränssättning, känslomässig härbärgering. Åtgärder för att identifiera och bygga socialt nätverk. Stödsamtal och motiverande samtal. Samtala och lyssna om behandling, diagnos, prognos, familjesituation, svåra beslut etc. Närvaro, tillsyn, uppmuntran, vara patientens språkrör. Kontakt med närstående, nätverk, sjukhuskyrka, kurator.

### MILJÖANPASSNING

Anpassning och strukturering av miljön fysiskt, psykiskt och socialt. Främja hälsa, säkerhet, bekvämlighet och integritet. Förebygga skada och olycksfall, identifiera och minska risker, hindra smittspridning. Anpassa miljön, t.ex. genom avskärmning, för att minska stimuli. Underlätta avskildhet och vila. Rum, ljud, ljus, färg, temperatur. Sysselsättning, lek, förströelse och sociala aktiviteter. Skönhetsupplevelser, glädjeämnen, musik, sällskap.

### SKÖTSEL

Åtgärder för grundläggande skötsel i förhållande till vad patienten klarar själv och för att underlätta egenvård. För att behålla optimal egenvårdsförmåga eller vanor. T.ex. hjälp i samband med födointag, uttömningar, hygien, klädsel, rörlighet, sömn och vila. Kost, matning, mun- och tandvård, lägesändring etc. Förebyggande av sänglägeskomplikationer.

#### Avancerad skötsel

För svårt sjuk patient i komplexa situationer, t.ex. för patient i bälte.

### TRÄNING

Fysisk och psykosocial träning i syfte att återfå, behålla eller förbättra egenvårdsförmågan, olika funktioner eller vanor. T.ex. mobilisering, ADL-träning, minnesträning, social träning som utflykter, träning och permissioner inför utslussning. Kognitiv träning, fobiträning. Fysisk motion. Stöd för fysisk aktivitet på recept (FaR©). Läsning, spel, lek. Frekvens, omfattning, utförande, hjälpmedel.

### OBSERVATION/ÖVERVAKNING

Observation, undersökning, bedömning och särskild övervakning av olika funktioner och problemområden, t.ex. andning, cirkulation, medvetande, känslomässigt tillstånd, motivation social funktion. Vid t.ex. aggressivitet, våldsamhet, självdestruktivitet eller rymningsrisk, drogpåverkan, abstinens. Tecken på förändringar, komplikationer, biverkningar, hälsorisker. Åtgärder för att skydda, begränsa eller hindra. Fortlöpande uppföljning av insatta åtgärder, av status, livsstilsförändringar, prover och mätvärden. Förnyad eller kontinuerlig bedömning av vårdbehov.

## SPECIFIK OMVÅRDNAD

Specifik omvårdnad, initierad av sjuksköterska eller på läkarordination, ofta i samband med användning av olika tekniska hjälpmedel, instrument eller apparatur, dess konsekvenser för omhändertagande av patienten och för undvikande av obehag. Säkerhetsaspekter. Omvårdnad i samband med förberedelse och genomförande av undersökning, provtagning, behandling. Vid tvångsåtgärder enl. ordination. Specifik pre- och postoperativ vård. Omvårdnad i samband med hantering av kanyl, kateter, shunt, sond, dränage, injektion, infusion och transfusion. Lokalisation, in-/utsättningsdatum och vård. Tillfällig eller permanent. Konsultinsatser av till exempel läkare, specialist-sjuksköterska, fysioterapeut etc. (Konsultkontakter förs under Samordning).

### Sårbehandling

Omläggning av bensår, trycksår, operationssår, sårskador etc.

## LÄKEMEDELSHANTERING

Hantering och administrering av läkemedel, till exempel per os, injektion, infusion eller inhalation. Åtgärder för att underlätta eller säkerställa korrekt medicinering, t.ex. intag från dosett, APO dos, övervakning i samband med läkemedelsintag. Åtgärder vid läkemedelsvägran. Säkerhetsaspekter och andra åtgärder i samband med hantering, administrering och förvaring. Anvisningar, information och samarbete med patient och närstående i samband med läkemedelsbehandling, t.ex. överlämnande och intag.

Förskrivning av läkemedel enligt formell kompetens. Uppföljning av läkemedelseffekter, problem, biverkningar, interaktion.

## SAMORDNING

Främja kontinuitet och samordning i samråd med patienten. T.ex. hur patienten vårdas, vem som vårdar, kontakt med närstående och distriktssköterska. Samordning av patientens, närståendes och vårdgivares insatser, kontakt med nätverk, öppna och slutna psykiatriska och somatiska vårdinstanser, representanter för kommunalt stöd. Konsultkontakter. Tidsplanering, fördelning av undersökningar/behandlingar så att patienten får sammanhållna viloperioder. Administrativa åtgärder för patienten, t.ex. intygsskrivande, hjälpmedelsförskrivning, remittering, tidsbokning.

### Samordnad vårdplanering

Planering, genomförande och sammanfattning från vårdkonferens i samråd med patient och närstående.

### Utskrivningsplanering

Förberedelser i samråd med patient och närstående. Kontakter, namn, telefonnummer, etc.

## OMVÅRDNADSRISULTAT

Resultat och utvärdering ur omvårdnadsperspektiv. Måluppfyllelse, tecken på förändring eller stabilitet. Omvårdnadens effekt på patientens:

- funktionsförmåga och hälsostatus (kan)
- hantering av sjukdom och ohälsa (gör)
- hantering av livsstilsförändringar och egenvård (gör)
- upplevelse av välbefinnande och tillfredsställelse (mår)
- vilja och motivation (vill).

Fortlöpande under vårdtiden och vid utskrivning. I förhållande till mål och genomförda åtgärder.

## OMVÅRDNADSMEDDELANDE

Informationsöverföring under pågående vård.

- Information om patientens grundläggande behov och problem i form av aktuell omvårdnadsdiagnos, speciellt kommunikationsproblem.
- Aktuellt behov av omvårdnadsåtgärder, ev. i form av aktuell vårdplan.
- Kontaktperson med telefonnummer, namn och funktion.

## OMVÅRDNADSEPIKRIS

Slutanteckning med sammanfattning av genomförd omvårdnad och patientens förändring under vårdtiden.

- Ev. omvårdnadsdiagnos eller omvårdnadsstatus
- Kommunikationsförmåga vid utskrivning
- Fortsatt behov av omvårdnadsåtgärder
- Information och kontakter inför utskrivning etc.
- Notering om överlämnad epikriskopia.

## OBLIGATORISKA UPPGIFTER I JOURNALHANDLINGAR

**Identitet** Patientens namn och personnummer.

**Datum** Händelsedatum. År, månad, dag, ev. klockslag.

**Signatur** Den som gör journalanteckning. Ange även stud. om studerande gör anteckning.

## LITTERATUR

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. VIPS-boken. Studentlitteratur 2021.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Thorell-Ekstrand, I. Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. J.Adv. Nursing, 1996: 24 (4), 853-867.

Björkdahl, A. Psyk-VIPS. Att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS-modellen. Studentlitteratur 1999.