

Baslista för KVÅ-kodning av vårdtillfällen i psykiatrisk heldygnsvård 2026

Urval av KVÅ-koder för rapportering till Socialstyrelsens patientregister vid vårdtillfällen i psykiatrisk heldygnsvård. Giltig från och med 1 januari 2026.

Baslistan för 2026 har 2025-12-05 gemensamt beslutats av de representanter för psykiatrin i de sex sjukvårdsregionerna som ingår i Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret, en grupp som arbetar på uppdrag av SKR:s Nätverk för styrning och ledning av psykiatrin.

Under 2025 har adjungerade representanter för följande förbund och föreningar aktivt deltagit i arbetet: Akademikerförbundet SSR - Psykoterapeutföreningen, Läkarsekreterare och sjukvårdsadministratörers förbund, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svenska psykiatriska föreningen, Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, Sveriges Arbetsterapeuter och Sveriges Psykologförbund.

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) inom psykiatrisk heldygnsvård | 3 |
| Baslista psykiatrisk heldygnsvård | 3 |
| Historik | 4 |
| Kom med synpunkter och förslag!..... | 4 |
| Beredningsgruppens sammansättning | 5 |
| Principer för urval av åtgärder | 6 |
| Förändringar i baslistan 2026..... | 7 |
| Baslistans principiella användning..... | 8 |
| Förslag på steg i framtagandet av lokalt kodurval för heldygnsvård | 9 |
| Instruktion för dig som kodar..... | 9 |
| Generella anvisningar..... | 9 |
| Förteckning över åtgärdskoderna i baslistan | 10 |
| Introduktion | 10 |
| Administrativa koder som är obligatoriska enligt Socialstyrelsens anvisningar | 10 |
| Kliniska åtgärder | 10 |
| Nationell högspecialiserad vård..... | 11 |
| Åtgärder enligt LPT eller LRV | 12 |
| Anvisningar för åtgärdskodernas användning | 13 |
| Kliniska åtgärder | 13 |
| Undersökning och bedömning | 13 |
| ECT och andra medicintekniska åtgärder | 14 |
| Övriga kliniska åtgärder..... | 16 |
| Samordning | 17 |
| Åtgärder enligt LPT eller LRV | 19 |
| Kvarhållning | 19 |
| Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering) | 19 |
| Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård | 20 |
| Behandling med stöd av fasthållande | 20 |
| Behandling under fastspänning..... | 22 |
| Fastspänning..... | 23 |
| Avskiljande | 24 |
| Inskränkning elektronisk kommunikation, undersökning och övervakning av försändelser..... | 26 |
| Kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning..... | 27 |
| Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd..... | 27 |
| Bilaga 1 - Beskrivning av normalvårdtillfälle i psykiatrisk heldygnsvård..... | 28 |

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) inom psykiatrisk heldygnsvård

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en åtgärdsklassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Åtgärds-koder ur KVÅ används vid den obligatoriska rapporteringen av genomförda vårdkontakter till Socialstyrelsens patientregister (PAR). KVÅ förvaltas av Socialstyrelsen, och uppdateras årligen inför varje årsskifte. Socialstyrelsens rutin för uppdatering av KVÅ beskrivs i dokumentet [Uppdateringsrutiner för KVÅ](#).

Baslistor för psykiatrisk öppenvård respektive psykiatrisk heldygnsvård

I detta dokument finns ett urval av koder ur KVÅ vilket betecknas Baslista psykiatrisk heldygnsvård.

Det finns även ett motsvarande urval av koder för öppenvård, det urvalet betecknas Baslista psykiatrisk öppenvård.

Observera att besök på akutmottagning rapporteras som öppenvård.

Baslista psykiatrisk heldygnsvård

Baslistan innehåller det urval av KVÅ-koder ur dokumentet ”Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ” som utgör den rekommenderad miniminivån för obligatorisk åtgärdsrapportering från psykiatrisk heldygnsvård till Socialstyrelsens patientregister (PAR).

När vårdåtgärder, motsvarande koder i baslistan, förekommer vid vårdkontakter i psykiatrisk heldygnsvård ska KVÅ-kod alltså alltid rapporteras till PAR.

Kodurvalet är avsett att kunna användas av samtliga professioner i psykiatrisk heldygnsvård.

Baslistans syfte är att stödja att inrapporteringen av vårdkontakter inom psykiatrisk heldygnsvård till PAR blir enhetlig och sker med tillräcklig kvalitet för att användas som underlag för analys. Syftet med baslistan är alltså **inte** att ge en heltäckande beskrivning av alla yrkesgruppers samtliga insatser inom psykiatrisk vård.

Förvaltning av baslista psykiatrisk heldygnsvård

Baslista psykiatrisk heldygnsvård förvaltas av Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret, som är en arbetsgrupp som arbetar på uppdrag av SKR:s [Nätverk för styrning och ledning av psykiatrin](#). Beredningsgruppen består av representanter för psykiatrin i de sex sjukvårdsregionerna. Till gruppen har representanter för psykiatrens professioners föreningar eller förbund adjungerats.

Beredningsgruppens uppdrag är att skapa förutsättningar för att den obligatoriska rapporteringen till PAR sker på ett enhetligt och samordnat sätt, så att inrapporterade data ska kunna användas som underlag för analys och statistisk.

Arbetet i beredningsgruppen sker tvärprofessionellt genom medverkan av de adjungerade representanterna för föreningar och förbund. Beredningsgruppen anordnar även återkommande en nationell konferens för dem som aktivt arbetar med kodningsfrågor inom psykiatrin. Under konferensen presenteras och diskuteras baslistans kodurval och utformning.

Baslista psykiatrisk heldygnsvård revideras vid varje årsskifte, i samband med den årliga uppdateringen av ”Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)”. I uppdateringen av baslistan vägs behovet av förändring noga mot behovet av stabilitet och långsiktighet. I revisionen ingår följande:

- Kodtexter och beskrivningstexter som finns i dokumentet uppdateras så att de överensstämmer med lydelsen i den uppdaterade versionen av KVÅ.
- Ställningstagande till om någon av de nya koderna i KVÅ ska inkluderas i baslistans kodurval.
- Ställningstagande till andra förändringar i baslistans kodurval utifrån verksamheternas erfarenheter av att använda baslistan och utifrån behov och förslag som formulerats av grupperingar inom den nationella kunskapsstyrningen, av regionala nätverk, av enskilda medarbetare eller av annan aktör.
- Översyn av övriga texter i dokumentet.

Baslistan beslutas gemensamt av de sex sjukvårdsregionernas representanter i beredningsgruppen.

Historik

2010–2022 togs baslistan fram och förvaltades av Svensk interprofessionell grupp för åtgärdsregistrering vid psykiska hälsoproblem, SwInG CHIP, en grupp bestående av representanter för professionsföreningar och förbund för de flesta av psykiatrins yrkesgrupper. För att stärka arbetet för en enhetlig och samordnad åtgärdsrapportering överfördes fr.o.m. 2023 förvaltningen av baslistan till Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret. Representanterna för psykiatrins professioners föreningar eller förbund adjungerades till Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret.

Kom med synpunkter och förslag!

Enskilda medarbetare inom psykiatrin, liksom regionala nätverk och motsvarande, är mycket välkomna att lämna synpunkter på detta dokument - såväl på kodurvalet i baslistan som på dokumentets innehåll och utformning i övrigt. Synpunkter, frågor och förslag på ändringar kan när som helst lämnas via detta [formulär](#).

Samma formulär kan användas för att lämna förslag på nya eller förändrade koder i KVÅ.

Beredningsgruppens sammansättning

Tabellen nedan visar de representanter för sjukvårdsregionerna som ingick i gruppen när denna version av baslistan beslutades.

| Sjukvårdsregion | Representant | Mejladress |
|-------------------------------|---------------------|--|
| Norra sjukvårdsregionen | Britt-Inger Nilsson | britt-inger.nilsson1@rvn.se |
| Sjukvårdsregion Mellansverige | Kristina Morén | kristina.moren@akademiska.se |
| Stockholms sjukvårdsregion | Mattias Agestam | mattias.agestam@regionstockholm.se |
| Sydöstra sjukvårdsregionen | Sofie Zachrisson | sofie.zachrisson@rjl.se |
| Västra sjukvårdsregionen | Annika Hofstedt | annika.hofstedt@vgregion.se |
| Södra sjukvårdsregionen | Jenny Hansson | Jenny.e.hansson@skane.se |

Under 2025 har nedan listade representanter för förbund och föreningar aktivt deltagit i arbetet. De som inte samtidigt är representanter för en sjukvårdsregion har adjungerats till beredningsgruppen.

| Organisation | Representant | Mejladress |
|---|-------------------|--|
| Akademikerförbundet SSR - Psykoterapeutföreningen | Helena Brännström | helena.brannstrom@norrboten.se |
| Läkarsekreterare och sjukvårds-administratörers förbund | Sofie Zachrisson | sofie.zachrisson@rjl.se |
| Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri | Maarit Wirkkala | maarit.wirkkala@regiongavleborg.se |
| Svenska psykiatriska föreningen | Mattias Agestam | mattias.agestam@regionstockholm.se |
| Svenska Rättpsykiatriska Föreningen | Kaj Forslund | kaj.forslund@regionstockholm.se |
| Sveriges Arbetsterapeuter | Lisa Brändström | lisa.brandstrom@norrboten.se |
| Sveriges Psykologförbund | Niklas Lanbeck | niklas.lanbeck@regionstockholm.se |

Principer för urval av åtgärder

Socialstyrelsens patientregister är ett av de hälsodataregister som upprättats med stöd av Lag om hälsodataregister. I lagen beskrivs ändamålet med hälsodataregistren med formuleringen nedan.

Lag (1998:543) om hälsodataregister

”Ändamål

3 § Personuppgifter i ett hälsodataregister får behandlas för följande ändamål:

1. framställning av statistik,
2. uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, och
3. forskning och epidemiologiska undersökningar.”

Utgångspunkten för baslistan har därför varit att urvalet av åtgärder ska vara i linje med det övergripande syftet med rapporteringen till PAR - att på nationell nivå samla analyserbar information som kan användas i enlighet med hälsodataregistrens ändamål.

För att en åtgärd ska kunna ingå i baslistan måste det finnas en KVÅ-kod med en beskrivningstext som ger ändamålsenlig avgränsning av åtgärden, annars saknas förutsättningar för en enhetlig tillämpning.

I vissa fall, då beskrivningstexter har saknats eller har bedömts som svårtolkade, har i baslistan precisering skett med en anvisningstext.

Följande kriterier har använts vid urval av åtgärder:

- åtgärden ska ha en klinisk, resursmässig eller kvalitetsmässig **tyngd** som gör det rimligt att det är obligatoriskt att alltid registrera den om den har förekommit
- information om användning av åtgärden ska på nationell nivå kunna användas för att **besvara väsentliga frågor** om den psykiatriska vården
- åtgärden ska vara möjlig att **beskriva så entydigt** att det inte pga. oklar avgränsning uppstår osäkerhet kring om åtgärden använts eller inte
- det ska finnas förutsättningar för att nå en **rimligt enhetlig kodning** av åtgärden
- registrering av åtgärden ska **tillföra väsentlig information** utöver de andra uppgifter som ingår i rapporteringen till patientregistret, som t.ex. diagnoskod, psykiatrisk vårdform och vårdtillfällets längd. Åtgärden ska således inte ha en karaktär som gör att man kan förutsätta att den alltid, eller nästan alltid, används då en patient med viss diagnos vårdas i heldygnsvård.

För att antalet koder i baslistans urval ska bli hanterbart har en princip varit att hellre ta med för få än för många åtgärder.

Det urval som tagits fram är resultatet av kompromisser mellan olika principer och strävanden.

Förändringar i baslistan 2026

Följande ändringar har gjorts i baslista psykiatrisk heldygnsvård

- Tre nya KVÅ-koder har lagts till:
ZV633 Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Självskaдебeteende
ZV635 Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Åtstörningar
ZV642 Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Könsdysfori
- Redaktionella uppdateringar av text som inte förändrar innehållets betydelse
- Ett mindre antal koders kodtexter och beskrivningstexter har uppdaterats efter förändringar i KVÅ. Soili Palmqvist, Socialstyrelsen, har kontrollerat att koder, kodtexter och beskrivningstexter överensstämmer med KVÅ.

Baslistans principiella användning

I enlighet med *Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret* [HSLF-FS 2023:33](#) ska åtgärder som förekommit vid vårdkontakt i psykiatrisk heldygnsvård, och som har motsvarande åtgärds-koder i baslistan, alltid KVÅ-kodas och rapporteras till Socialstyrelsens patientregister (PAR). Kodurvalet är avsett att kunna användas av samtliga professioner i psykiatrisk heldygnsvård.

Om det regionalt eller lokalt finns beslut om systematisk uppföljning av ytterligare koder kan dessa läggas till regionala/lokala versioner av baslistan. Utgångspunkten bör även då vara de kriterier som använts vid urvalet till baslistan, fast översatt till lokal/regional nivå, se under avsnittet Principer för urval av åtgärder.

För eventuella tillägg gäller samma syfte som för urvalet av KVÅ-koder – att stödja enhetlig inrapportering av koder för att möjliggöra adekvat och kvalitetssäker uppföljning. Syftet med eventuella tillägg ska inte vara att ge en heltäckande beskrivning av alla yrkesgruppers samtliga insatser inom psykiatrisk vård.

Åtgärder som praktiskt taget alltid förekommer vid vårdkontakt i heldygnsvård för den aktuella patientgruppen kan sägas vara en del av ett normalvårdtillfälle i psykiatrisk heldygnsvård och behöver inte kodas. I [Bilaga 1](#) beskrivs åtgärder som ingår i **normalvårdtillfälle i psykiatrisk heldygnsvård** för psykiatrin.

Förslag på steg i framtagandet av lokalt kodurval för heldygnsvård

Erfarenheten från många håll i landet är att kvaliteten i KVÅ-rapporteringen ökar om ett lokalt kodurval används som stöd. Stegen nedan kan ingå i framtagandet av ett lokalt kodurval för heldygnsvård. Beskrivningen är formulerad för att kunna tillämpas i en situation där även andra krav än rapporteringen till PAR styr den lokala KVÅ-kodningen.

1. Utgå från baslistan för heldygnsvård.
2. Exkludera i det lokala kodurvalet de av baslistans KVÅ-koder som avser åtgärder som ALDRIG förekommer inom den verksamhet där kodurvalet ska användas. (Åtgärderna är obligatoriska att rapportera om de förekommer – men om de aldrig förekommer inom verksamheten behöver koderna inte finnas med i det lokala kodurvalet.)
3. Lägg till de ytterligare KVÅ-koder som det enligt lokalt/regionalt avtal eller regelverk är obligatoriskt att rapportera. Även regionala KVÅ-koder (U-koder) kan användas. Observera att dessa koder ska väljas så att de inte ersätter nationella koder utan utgör ett komplement.
4. Lägg till de ytterligare KVÅ-koder som verksamheten behöver för lokal uppföljning.
5. Lägg till de för verksamheten relevanta koder som enligt Socialstyrelsens generella anvisningar ska användas.
6. Säkerställ att de medarbetare som ska använda det lokala kodurvalet har tillgång till **beskrivningstext och anvisning** för de koder som ingår i kodurvalet. Baslistans anvisning kan kompletteras med lokal anvisning så länge denna inte motsäger kodens beskrivningstext eller den anvisning som finns i baslistan.

Instruktion för dig som kodar

Generellt gäller att åtgärder som kodas ska ha dokumenterats i patientens journal. För att KVÅ-kodningen ska ge pålitliga och användbara data är det av stor vikt att rapporteringen sker på ett systematiskt och enhetligt sätt. De beskrivningstexter och anvisningar som tagits fram ska tillämpas, och enhetlig tolkning av anvisningarna ska eftersträvas.

Generella anvisningar

Anvisningar om vad som generellt gäller vid kodning av vårdåtgärder (samtliga vårdområden) återfinns i Socialstyrelsens dokument "*Anvisningar för diagnos och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ*" som kan laddas ner via webbsidan [Klassifikation av vårdåtgärder \(KVÅ\) - Socialstyrelsen](#), under rubriken "Kodningsanvisning"

Rutinåtgärder vid normalvårdtillfälle

I Socialstyrelsens anvisning för användning av KVÅ, ("*Anvisningar för diagnos och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ*"), beskrivs att "*En patient kan bli föremål för en stor mängd åtgärder under en och samma vårdkontakt. I princip ska alla åtgärder dokumenteras i journalen men allt måste inte klassificeras och kodas.*" och att "*... åtgärder som i relation till de övriga åtgärderna under vårdkontakten framstår som ringa behöver inte registreras.*"

För öppenvårdsbesök rekommenderas att **”Rutinåtgärder vid normalbesök behöver inte klassificeras”**, samma logik bör tillämpas för vårdtillfällen.

Exempel på rutinåtgärder finns i Bilaga 1, [Beskrivning av normalvårdtillfälle inom psykiatrisk heldygnsvård](#).

Förteckning över åtgärdskoderna i baslistan

Introduktion

Här följer åtgärdskoderna i baslistan. Koderna är indelade i grupper efter åtgärdens innehåll. Inom varje sådan grupp är koderna sorterade i bokstavs- och nummerordning.

Notera att

- baslistans kodurval bör utgöra grund för att ta fram lokala kodurval där endast de åtgärder som förekommer lokalt är inkluderade
Se avsnittet [Förslag på steg i framtagandet av lokalt kodurval för heldygnsvård](#)
- åtgärdsbeteckningen inte ensam ger tillräcklig information om hur koden ska användas, för korrekt rapportering behöver den som kodar även ha tillgång till beskrivningstext och anvisning. Se avsnittet [Anvisning för kodernas användning](#)

Avgränsning av baslistan

Åtgärdskoderna i baslistan är dels koder som avser det kliniska innehållet i vårdkontakten, dels koder som avser åtgärder enligt LPT eller LRV.

För information om eventuella ytterligare KVÅ-koder som ska ingå i rapporteringen se avsnittet ”Administrativa koder” nedan.

Administrativa koder som är obligatoriska enligt Socialstyrelsens anvisningar

Observera att det finns situationer då det i rapporteringen till patientregistret är obligatoriskt att använda koder med en rent administrativ innebörd. Beträffande användning av dessa koder hänvisas till Socialstyrelsens anvisningar i dokumentet [Stöd vid rapportering till patientregistret](#).

| Kliniska åtgärder | |
|-------------------|--|
| | Undersökning och bedömning |
| AA011 | Datortomografi, hjärna |
| AA045 | Magnetresonanstomografi, hjärna |
| AA085 | Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument |
| AU006 | Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik |
| AU118 | Strukturerad suicidriskbedömning |
| AU122 | Strukturerad farlighetsbedömning |
| | ECT och annan medicinteknisk behandling |
| DA006 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS |
| DA024 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral |
| DA025 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral |
| DU050 | Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) |
| TJD00 | Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond |
| | Övriga kliniska åtgärder |
| DV091 | Smittisolering |

| Kliniska åtgärder | |
|---|---|
| DV092 | Skyddsisolering |
| SA010 | Generell anestesi och sedering... Kod för sövning vid svår abstinens. För fullständig kodtext se "Anvisning för kodernas användande". |
| XV014 | Ständigt närvarande personal (extravak) i 8 timmar eller mer |
| ZV060 | Vårdtillfälle inom slutna psykiatrisk vård som inletts på patientens initiativ inom ramen för självväld inläggning |
| Samordning | |
| AU123 | Upprättande av krisplan |
| AU124 | Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) |
| AU125 | Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivning |
| AW007 | Upprättande av plan för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) |
| Anmälan enligt lag | |
| GD007 | Anmälan för utredning enligt LVM |
| GD008 | Anmälan enligt SoL angående barn med möjligt skyddsbehov |
| Åtgärder för berörda minderåriga | |
| DU055 | Samtal med vuxen patient om minderårigs behov och möjlighet till stöd |
| DU056 | Samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov |
| DU057 | Samtal med minderårig vars förälder är patient om den minderårigas situation och behov |

| Nationell högspecialiserad vård | |
|--|--|
| ZV633 | Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Självskadebeteende |
| ZV635 | Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Ätstörningar |
| ZV642 | Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Könsdysfori |

| Åtgärder enligt LPT eller LRV | |
|--------------------------------------|--|
| | Kvarhållning |
| XU047 | Kvarhållning enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård |
| | Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering) |
| XU043 | Överföring från frivillig sluten vård till sluten psykiatrisk tvångsvård |
| XU044 | Överföring från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård |
| | Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård |
| XU041 | Upprättande av vårdplan vid tvångsvård |
| XU042 | Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård |
| | Behandling med stöd av fasthållande |
| XU023 | Läkemedelstillförsel utförd med stöd av fasthållande |
| XU024 | Anläggning av sond och/eller sondmatning utförd med stöd av fasthållande |
| XU025 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral, utförd med stöd av fasthållande |
| XU026 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral, utförd med stöd av fasthållande |
| XU027 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), UNS, utförd med stöd av fasthållande |
| | Behandling under fastspänning |
| XU033 | Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning |
| XU034 | Anläggning av sond och/eller sondmatning utförd under fastspänning |
| XU035 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral, utförd under fastspänning |
| XU036 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral, utförd under fastspänning |
| XU037 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS utförd under fastspänning |
| | Fastspänning |
| XU000 | Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar |
| XU003 | Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar |
| XU004 | Fastspänning i 72 timmar eller mer |
| XU007 | Fastspänning av minderårig patient upp till och med 1 timme |
| XU008 | Fastspänning av minderårig patient i mer än 1 och högst 4 timmar |
| | Avskiljande |
| XU010 | Avskiljande av vuxen patient upp till och med 8 timmar |
| XU012 | Avskiljande i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar |
| XU014 | Avskiljande i minst 72 timmar men mindre än 15 dagar |
| XU015 | Avskiljande i minst 15 men mindre än 30 dagar |
| XU016 | Avskiljande som pågått i 30 dagar |
| XU017 | Avskiljande av minderårig patient upp till och med 2 timmar |
| XU018 | Avskiljande av minderårig patient i mer än 2 och högst 8 timmar |
| | Inskränkningar rörande kommunikation och försändelser |
| XU030 | Inskränkande av elektronisk kommunikation vid tvångsvård |
| XU031 | Undersökning av försändelser till patient vid tvångsvård |
| XU032 | Övervakning av försändelser från patient vid tvångsvård |
| | Kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning |
| XU060 | Kroppsvisitation efter beslut enligt lag |
| XU061 | Yttlig kroppsbesiktning efter beslut enligt lag |
| | Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd |
| DU045 | Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd |

Anvisningar för åtgärdskodernas användning

I tabellen nedan finns anvisningar för kodernas användning.

Följande uppgifter ingår:

- **Kod** – kod ur Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ.
- **Text** – åtgärdsbeteckning enligt KVÅ.
- **Beskrivning** - beskrivningstext hämtad ur KVÅ. Vissa KVÅ-koder saknar beskrivningstext.
- **Anvisning** - kompletterande anvisning för kodens användning. Anvisningen har formulerats av den arbetsgrupp som tagit fram baslistan. Där anvisning saknas har ”Beskrivning” bedömts utgöra tillräcklig instruktion.

Generellt gäller att åtgärden ska ha dokumenterats i patientens journal.

| Kod | Åtgärdsbeteckning | Beskrivning | Anvisning |
|-----------------------------------|--|---|--|
| Kliniska åtgärder | | | |
| Undersökning och bedömning | | | |
| AA011 | Datortomografi, hjärna | | <i>Radiologiska åtgärder rapporteras på den vårdkontakt de har samband med – om patienten vårdas i heldygnsvård ska de rapporteras på vårdtillfället.</i> |
| AA045 | Magnetresonanstomografi, hjärna | | <i>Radiologiska åtgärder rapporteras på den vårdkontakt de har samband med – om patienten vårdas i heldygnsvård ska de rapporteras på vårdtillfället.</i> |
| AA085 | Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument | Bedömning av bl.a. individens uppträdande, kommunikationsförmåga, kognitioner och kognitiva resursprofil grundad på undersökning med hjälp av vedertagen skattningsskala, strukturerad intervju, test eller motsvarande. T.ex. WAIS, WISC, WCST | <i>Avser inte symtomskattningar.</i> |
| AU006 | Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik | Fastställande av psykiatriska syndromdiagnoser med hjälp av vedertaget standardiserat diagnostiskt instrument. Undersökningen syftar till att fastställa diagnoser enligt ICD eller DSM. Exempel på instrument är SCID, MINI och Kiddie-SADS | <i>Avser fullständigt genomförd intervju enligt anvisningar i använt instrument. Inkluderar även syndromspecifika standardiserade diagnostiska intervjuer t.ex. DIVA, IDA.</i> |

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|
| AU118 | Strukturerad suicidriskbedömning | Strukturerad bedömning av risken för att patienten ska utföra självmordshandling. I åtgärden ingår systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska data, bedömning av psykiskt status och en, med beaktande av anamnesuppgifter, statusfynd samt kända risk- och skyddsfaktorer, gjord värdering av risken för självmordshandling. I åtgärden ingår även dokumentation av en strukturerad formulering av bedömarens värdering av risken | För att koden ska användas ska en klinisk intervju med omsorgsfull värdering av suicidal intention, tidigare suicidal beteende och aktuell sjukdomsbild ha genomförts. Värderingen av suicidrisk ska vara strukturerat dokumenterad, t.ex. med hjälp av termerna "låg, måttlig, hög eller svårbedömd risk" eller "ingen risk, viss risk, hög risk eller mycket hög risk" och vara lätt att hitta i journalen, t.ex. genom att den står under ett specifikt sökord eller motsvarande. |
| AU122 | Strukturerad farlighetsbedömning | Strukturerad bedömning av risken för att patienten genom våld ska komma att vara farlig för annan. I åtgärden ingår systematisk inhämtning av relevanta anamnestiska data, bedömning av psykiskt status och en, med beaktande av anamnesuppgifter, statusfynd samt kända risk- och skyddsfaktorer, gjord värdering av risken för våld mot annan. I åtgärden ingår även dokumentation av en strukturerad formulering av bedömarens värdering av risken | Avser bedömning med etablerat instrument t ex: HCR-20, START, SAVRY eller V-risk 10. |
| ECT och andra medicintekniska åtgärder | | | |
| Anvisning för rapportering av ECT | | | |
| <p>1. Varje enskilt behandlingstillfälle i en ECT-serie åtgärdsregistreras med angivande av datum</p> <p>2. Registrering på patient som vid behandlingstillfället är inskriven i heldygnsvård ska göras på vårdtillfället. (detta gäller oberoende av vilken enhet som administrerar ECT).</p> <p>3. Registrering på patient som vid behandlingstillfället inte är inskriven i heldygnsvård ska göras på vårdkontakten i öppenvård (besöket).</p> <p>4. Multiplicitetskoder (koder för att ange antal åtgärder med samma kod, ZX102-130 och ZX602-630), ska INTE användas</p> <p>5. När ECT under vård enligt LPT eller LRV ges med stöd av fasthållning eller fastspänning (vilket innebär att patienten sövs under fastspänning eller fasthållning) ska i stället koderna XU025-XU027 respektive XU035-XU037 användas.</p> | | | |
| DA006 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS | Behandling där ett krampanfall framkallas, under anestesi, med hjälp | Se anvisning ovan. |

| | | | |
|-------|--|---|---------------------------|
| | | <p>av elektrisk ström. Används vid psykiska sjukdomar, främst förstämningssyndrom. Elektroplaceringen är okänd eller en annan än unilateral eller bitemporal, exempelvis bifrontal <i>Utesluter:</i> ECT, bilateral, se DA025 ECT, unilateral, se DA024 ECT, UNS, utförd med stöd av fasthållande, se XU027 ECT, UNS, utförd under fastspänning, se XU037</p> | |
| DA024 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral | <p>Behandling där ett krampanfall framkallas, under anestesi, med hjälp av elektrisk ström som administreras med unilateral elektroplacering. Används vid psykiska sjukdomar, främst förstämningssyndrom <i>Utesluter:</i> ECT, unilateral, utförd med stöd av fasthållande, se XU025 ECT, unilateral, utförd under fastspänning, se XU035</p> | <i>Se anvisning ovan.</i> |
| DA025 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral | <p>Behandling där ett krampanfall framkallas, under anestesi, med hjälp av elektrisk ström som administreras med bilateral elektroplacering temporalt. Används vid psykiska sjukdomar, främst förstämningssyndrom <i>Utesluter:</i> ECT, bilateral, utförd med stöd av fasthållande, se XU026 ECT, bilateral, utförd under fastspänning, se XU036</p> | <i>Se anvisning ovan.</i> |
| DU050 | Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) | <p>I behandlande syfte utförd repetitiv magnetisk påverkan på avgränsad del av hjärnbarken med hjälp av elektromagnetisk spole placerad på patientens huvud</p> | |

| | | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| TJD00 | Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond | <i>Utesluter:</i> Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond, utförd med stöd av fasthållande, se XU024 Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond, utförd under fastspänning, se XU034 | Avser anläggande av sond. |
| Övriga kliniska åtgärder | | | |
| DV091 | Smittisolering | Isolering av patient på grund av dennes smitta | Används vid isolering av patient med smittsam sjukdom för att undvika smittspridning till medpatienter eller personal. Observera skillnaden mellan smittisolering och skyddsisolering |
| DV092 | Skyddsisolering | Isolering av patient på grund av dennes smittkänslighet | Används vid isolering av patient med nedsatt immunförsvar för att undvika smittspridning från medpatienter eller personal. Observera skillnaden mellan smittisolering och skyddsisolering |
| SA010 | Generell anestesi och sedering. Induktion: Intravenös utan relaxation. Luftvägskontroll med: Spontanandning utan tillskott av oxygen. Huvudsakligt underhåll av narkos/sedering: Intravenöst utan relaxation. Huvudsakligt underhåll av analgesi: Ingen | | Används vid sövning av patienter med svår alkohol/drogabstinens. Anestesi vid ECT rapporteras ej eftersom ECT alltid ges med anestesi och det därför inte skulle tillföra ytterligare information. |
| XV014 | Ständigt närvarande personal (extravak) i 8 timmar eller mer | Ständig närvaro hos en enskild patient av särskilt avdelad personal som aldrig lämnar patienten ensam. Syftet är att förhindra att fara för patientens fysiska eller psykiska hälsa eller för annans liv uppstår. Se även GA002 Extra tillsyn. | Används endast vid tillsynsgrader som motsvarar beskrivningstexten. För den nationella rapporteringen behöver koden inte rapporteras mer än en gång även om åtgärden använts flera gånger. |
| ZV060 | Vårdtillfälle inom slutna psykiatrisk vård som inletts på patientens initiativ inom ramen för självmald inläggning | Vårdtillfälle inom slutna psykiatrisk vård som inletts på patientens initiativ inom ramen för självmald inläggning. Förutsätter att det i patientens vårdplan ingår en | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | <p>överenskommelse om patientens möjlighet att inom fastställda ramar själv initiera inläggning</p> <p><i>Utesluter:</i> Överenskommelse om möjlighet till självvald inläggning inom slutna psykiatrisk vård, se ZV059</p> | |
| Samordning | | | |
| <p><i>I ett vårdtillfälle i psykiatrisk heldygnsvård är samordning mellan olika aktörer och upprättande av vårdplan åtgärder som praktiskt taget alltid kan antas ingå. I den obligatoriska nationella rapporteringen till patientregistret ingår därför inga koder för detta eftersom en sådan rapportering inte skulle tillföra information. Vid vård enligt LPT och LRV gäller dock andra regler.</i></p> | | | |
| AU123 | Upprättande av krisplan | <p>Upprättande eller revidering av skriftlig krisplan för patienten. En krisplan innehåller en beskrivning av de symtom och tecken som hos den specifika patienten kan föregå försämring eller återinsjuknande. I planen beskrivs de åtgärder som patienten och andra aktörer bör vidta om dessa symtom eller tecken uppträder. Krisplanen upprättas tillsammans med patienten, ofta under medverkan av närstående och eventuellt andra aktörer. <i>Innefattar:</i> säkerhetsplan upprättad för att hantera suicidalitet/suicidala impulser</p> | |
| AU124 | Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) | <p>Upprättande av plan enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen respektive 2 kap. 7 § socialtjänstlagen. För uppföljning av SIP, se AW010</p> <p><i>Utesluter:</i> Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård (XU042) och Upprättande av samordnad individuell plan vid utskrivning (AU125)</p> | <p><i>"När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan..... "</i></p> <p><i>"... Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. vilka insatser som behövs,</i> <i>2. vilka insatser som</i> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | | <p>respektive huvudman ska svara för,</p> <p>3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och</p> <p>4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen". HSL 16 kap 4§</p> <p>En samordnad individuell plan kan endast upprättas om patienten gett sitt samtycke.</p> |
| AU125 | Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivning | Insatser enligt 4 kap. 2 § lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Planen ska upprättas i enlighet med 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen respektive 2 kap. 7 § socialtjänstlagen. För uppföljning av SIP, se AW010. <i>Utfesluter:</i> Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård (XU042) och Upprättande av samordnad individuell plan (AU124) | Se anvisning AU124 |
| AW007 | Upprättande av plan för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) | Upprättande/omprövande av plan enligt 4 kap. 10–11 § Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, HSLF-FS 2016:1 | |
| Anmälan enligt lag | | | |
| GD007 | Anmälan för utredning enligt LVM | Anmälan till socialnämnden enligt 6 §, 2 stycket, LVM för initiering av utredning angående behov av vård enligt LVM. Med LVM avses Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall | |
| GD008 | Anmälan enligt SoL ang. barn med möjligt skyddsbehov | Anmälan till socialnämnden enligt 14 kap 1 § SoL av förhållande som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. | |
| Åtgärder för berörda minderåriga | | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| DU055 | Samtal med vuxen patient om minderårigs behov och möjlighet till stöd | Avser situationer enligt 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen då minderårigt barns förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos har en psykisk/fysisk sjukdom/funktionsnedsättning, substansmissbruk eller oväntat avlider | |
| DU056 | Samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov | Information, råd och stöd genom samtal enligt 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen med barn och förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos | |
| DU057 | Samtal med minderårig vars förälder är patient om den minderårigas situation och behov | Åtgärden innebär information, råd och stöd enligt 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen genom samtal med barn (utan närvaro av förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos) | |
| Nationell högspecialiserad vård (NHV) | | | |
| ZV633 | Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Självskadebeteende | Tillståndspliktig vård i enlighet med Socialstyrelsens beslut om NHV | <i>Används vid vård som ges inom ramen för Nationell högspecialiserad vård.</i> |
| ZV635 | Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Åtstörningar | Tillståndspliktig vård i enlighet med Socialstyrelsens beslut om NHV | |
| ZV642 | Nationell högspecialiserad vård (NHV) - Könsdysfori | Tillståndspliktig vård i enlighet med Socialstyrelsens beslut om NHV | |
| Åtgärder enligt LPT eller LRV | | | |
| Kvarhållning | | | |
| XU047 | Kvarhållning enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård | Beslut som fattats av läkare enligt 6 § lagen om psykiatrisk tvångsvård att, sedan vårdintyg har utfärdats, hålla kvar patienten på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts | |
| Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering) | | | |
| XU043 | Överföring från frivillig sluten vård till sluten psykiatrisk tvångsvård | Av chefsöverläkaren fattat beslut enligt 11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård, genom vilken vården av | <i>Avser chefsöverläkarens beslut vid konvertering från HSL till LPT.</i> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | patient som är intagen för frivillig psykiatrisk vård övergår till sluten psykiatrisk tvångsvård | |
| XU044 | Överföring från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård | Av chefsöverläkaren fattat beslut enligt 14 § lagen om psykiatrisk tvångsvård, genom vilken sluten psykiatrisk tvångsvård inleds när rättspsykiatrisk vård upphör. Avser fall som beskrivs i 15 § lagen om rättspsykiatrisk vård | Avser chefsöverläkarens beslut vid konvertering från LRV till LPT. |
| Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård | | | |
| XU041 | Upprättande av vårdplan vid tvångsvård | Innebär upprättande eller uppdatering av vårdplan enligt 16 § LPT eller 6 § 2 st. LRV. Används vid tvångsvård. | Observera att vårdplan alltid "skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård." Det innebär att åtgärden ska rapporteras på praktiskt taget all <u>haldygnsvård</u> enligt LPT eller LRV. |
| XU042 | Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård | Innebär upprättande eller uppdatering av vårdplan enl. 7a § LPT eller 16b § 2 st LRV. Används vid tvångsvård. | Avser vård- och omsorgsplan som upprättats inför ansökan till förvaltningsrätten om <u>öppen</u> psykiatrisk tvångsvård eller <u>öppen</u> rättspsykiatrisk vård. Planen beskriver insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst för den enskilde och har upprättats efter samordnad vård- och omsorgsplanering. Det finns vid rapportering av vårdtillfälle i heldygnsvård inget krav på att rapportera vilka aktörer som medverkat i planens upprättande. |
| Behandling med stöd av fasthållande | | | |
| XU023 | Läkemedelstillförsel utförd med stöd av fasthållande | Läkemedelstillförsel, oberoende av administrationsätt, som, efter beslut enligt LPT eller LRV, utförs med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer fysiskt inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden | |
| XU024 | Anläggning av sond och/eller sondmatning | Anläggning av sond och/eller sondmatning, | |

| | | | |
|-------|--|--|--|
| | utförd med stöd av fasthållande | som, efter beslut enligt LPT eller LRV, utförs med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer fysiskt inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden | |
| XU025 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral, utförd med stöd av fasthållande | Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Administreras med unilateral elektrodplacering. Utförs efter beslut enligt LPT eller LRV med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer fysiskt inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden | |
| XU026 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral, utförd med stöd av fasthållande | Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Administreras med bilateral elektrodplacering temporalt. Utförs efter beslut enligt LPT eller LRV med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer fysiskt inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden | |
| XU027 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), UNS, utförd med stöd av fasthållande | Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Elektrodplaceringen är okänd eller en annan än unilateral eller bilateral, exempelvis bifrontal. Utförs efter beslut enligt LPT eller LRV med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer fysiskt inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden <i>Utesluter:</i> ECT, bilateral, utförd med stöd av fasthållande, se XU026 | |

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| | | <i>Utesluter:</i> ECT, unilateral, utförd med stöd av fasthållande, se XU025 | |
| Behandling under fastspänning | | | |
| XU033 | Läkemedelstillförelse utförd under fastspänning | Läkemedelstillförelse, oberoende av administrationsätt, som utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte. Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008 | |
| XU034 | Anläggning av sond och/eller sondmatning utförd under fastspänning | Anläggning av sond och/eller sondmatning, som utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte. Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008 | |
| XU035 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral, utförd under fastspänning | Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Administreras med unilateral elektrodplacering. Utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte. Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008 | |
| XU036 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral, utförd under fastspänning | Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Administreras med bilateral elektrodplacering temporal. Utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte. Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008 | |
| XU037 | Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS utförd under fastspänning | Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Elektrodplaceringen är okänd eller en annan än unilateral eller bilateral, exempelvis bifrontal. Utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT | |

| | | | |
|---------------------|--|--|---|
| | | <p>eller LRV, är fastspänd i bälte. Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008 <i>Utesluter:</i> ECT, unilateral, utförd med underfastspänning, se XU035. <i>Utesluter:</i> ECT, bilateral, utförd med under fastspänning, se XU036.</p> | |
| Fastspänning | | | |
| XU000 | Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar | <p>Patienten hålls fastspänd med bälte med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med fastspänning ska endast en kod för fastspänning rapporteras. <i>Utesluter:</i> Fastspänning av minderårig patient upp till och med 1 timme, (XU007), Fastspänning av minderårig patient i mer än 1 och högst 4 timmar (XU008).</p> | Se separat anvisning nedan. |
| XU003 | Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar | <p>Patienten hålls fastspänd med bälte med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med fastspänning ska endast en kod för fastspänning rapporteras.</p> | Se separat anvisning nedan. |
| XU004 | Fastspänning i 72 timmar eller mer | <p>Patienten hålls fastspänd med bälte med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med fastspänning ska endast en kod för fastspänning rapporteras.</p> | Se separat anvisning nedan. |
| XU007 | Fastspänning av minderårig patient upp till och med 1 timme | <p>Patient under 18 år hålls fastspänd med bälte på grund av omedelbar fara för att patienten lider allvarlig skada. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV. <i>Utesluter:</i> Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar, se XU000</p> | Se separat anvisning nedan. |
| XU008 | Fastspänning av minderårig patient i mer än 1 och högst 4 timmar | <p>Patient under 18 år hålls fastspänd med bälte på grund av omedelbar fara</p> | Se separat anvisning nedan. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | för att patienten lider allvarlig skada. Används vid tvångvård enligt LPT eller LRV. <i>Utesluter:</i> Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar, se XU000 | |
|--|--|--|--|

Fastspänning – anvisning för kodning

Observera att varje enskilt tillfälle med fastspänning ska kodas.

För ett enskilt tillfälle med fastspänning ska endast en KVÅ-kod rapporteras. Val av KVÅ-kod görs i efterhand och styrs av patientens ålder och fastspänningens längd.

Då under en fastspänning läkemedel ges med stöd av fastspänningen ska läkemedelstillförelsen rapporteras med KVÅ XU033, fastspänningen kodas på samma sätt som vid andra tillfällen.

Att patienten under fastspänning hålls avskild från övriga patienter är underförstått och ska ej rapporteras med kod för avskiljning.

Som tidpunkt för åtgärden rapporteras fastspänningens starttid.

| Fastspänningens längd | Minderårig patient, <18 år | Vuxen patient, 18 år och äldre |
|---|--|---|
| Högst 60 minuter (1 - 60 minuter) | XU007 Fastspänning av minderårig patient upp till och med 1 timme | XU000 Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar |
| Mer än 60 minuter och högst 4 timmar (61 - 240 minuter) | XU008 Fastspänning av minderårig patient i mer än 1 och högst 4 timmar | XU000 Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar |
| Mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar. (241 - 4319 minuter) | XU003 Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar | XU003 Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar |
| 72 timmar eller längre (4320 minuter eller längre) | XU004 Fastspänning i 72 timmar eller mer | XU004 Fastspänning i 72 timmar eller mer |

| Avskiljande | | | |
|-------------|--|---|---|
| XU010 | Avskiljande av vuxen patient upp till och med 8 timmar | Patienten hålls avskild från andra patienter med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med avskiljning ska endast en kod för avskiljning rapporteras. <i>Utesluter:</i> Avskiljande av minderårig patient upp till och med 2 timmar, (XU017) Avskiljande av minderårig patient i mer än 2 och högst 8 timmar, XU018) | Se separat anvisning nedan. |

| | | | |
|-------|---|---|---|
| XU012 | Avskiljande i mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar | Patienten hålls avskild från andra patienter med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med avskiljning ska endast en kod för avskiljning rapporteras | Se separat anvisning nedan. |
| XU014 | Avskiljande i minst 72 timmar men mindre än 15 dagar | Patienten hålls avskild från andra patienter med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med avskiljning ska endast en kod för avskiljning rapporteras | Se separat anvisning nedan. |
| XU015 | Avskiljande i minst 15 men mindre än 30 dagar | Patienten hålls avskild från andra patienter med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med avskiljning ska endast en kod för avskiljning rapporteras | Se separat anvisning nedan. |
| XU016 | Avskiljande som pågått i 30 dagar | Patienten hålls avskild från andra patienter med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Rapporteras en gång för varje avslutad period om 30 dagar. | Se separat anvisning nedan. |
| XU017 | Avskiljande av minderårig patient upp till och med 2 timmar | Patient under 18 år hålls avskild från andra patienter på grund av ett aggressivt beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV. <i>Utesluter:</i> Avskiljande av vuxen patient upp till och med 8 timmar, se XU010 | Se separat anvisning nedan. |
| XU018 | Avskiljande av minderårig patient i mer än 2 och högst 8 timmar | Patient under 18 år hålls avskild från andra patienter på grund av ett aggressivt beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV. <i>Utesluter:</i> Avskiljande av vuxen patient upp till och med 8 timmar, se XU010 | Se separat anvisning nedan. |

Avskiljande – anvisning för kodning

Observera att varje enskilt tillfälle med avskiljande ska kodas.

För avskiljanden **kortare än 30 dagar** gäller följande:

- för varje enskilt tillfälle med avskiljning ska endast en KVÅ-kod rapporteras.
- val av KVÅ-kod görs i efterhand och styrs av patientens ålder och avskiljandets längd.

För avskiljanden **30 dagar eller längre** ska koden XU016 rapporteras enligt följande:

30 - 59 dagar: 1 gång

60 - 89 dagar: 2 gånger

90 - 119 dagar: 3 gånger

120 - 149 dagar: 4 gånger

etc.

Som tidpunkt för åtgärden rapporteras avskiljningens starttid.

| Avskiljandets längd | Minderårig patient, <18 år | Vuxen patient, 18 år och äldre |
|---|---|---|
| Högst 120 minuter (1 - 120 minuter) | XU017 Avskiljande av minderårig patient upp till och med 2 timmar | XU010 Avskiljande av vuxen patient upp till och med 8 timmar |
| Mer än 120 minuter och högst 8 timmar (120 – 480 minuter) | XU018 Avskiljande av minderårig patient i mer än 2 och högst 8 timmar | XU010 Avskiljande av vuxen patient upp till och med 8 timmar |
| Mer än 8 timmar men mindre än 72 timmar. (480 - 4319 minuter) | XU012 Avskiljande i mer än 8 timmar men mindre än 72 | XU012 Avskiljande i mer än 8 timmar men mindre än 72 |
| 72 timmar men mindre än 15 dagar (minst 4320 minuter men mindre än 15 dagar) | XU014 Avskiljande i minst 72 timmar men mindre än 15 dagar | XU014 Avskiljande i minst 72 timmar men mindre än 15 dagar |
| Minst 15 dagar men mindre än 30 dagar (15 - 29 dagar) | XU015, Avskiljande i minst 15 men mindre än 30 dagar | XU015, Avskiljande i minst 15 men mindre än 30 dagar |
| Minst 30 dagar men mindre än 60 dagar (30 - 59 dagar) | XU016, Avskiljande som pågått i 30 dagar <i>Rapporteras 1 gång</i> | XU016, Avskiljande som pågått i 30 dagar <i>Rapporteras 1 gång</i> |
| Minst 60 dagar men mindre än 90 dagar (60 - 89 dagar) | XU016, Avskiljande som pågått i 30 dagar <i>Rapporteras 2 gånger</i> | XU016, Avskiljande som pågått i 30 dagar <i>Rapporteras 2 gånger</i> |
| Minst 90 dagar men mindre än 120 dagar (90 - 119 dagar) | XU016, Avskiljande som pågått i 30 dagar <i>Rapporteras 3 gånger</i> | XU016, Avskiljande som pågått i 30 dagar <i>Rapporteras 3 gånger</i> |
| Etc. | | |

| Inskränkning elektronisk kommunikation, undersökning och övervakning av försändelser | | | |
|--|--|--|---|
| XU030 | Inskränkande av elektronisk kommunikation vid tvångsvård | Beslut om inskränkning av en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster vid tvångsvård enligt LPT eller LRV | Avser beslut om inskränkning av användning av elektroniska kommunikationstjänster under bestämd tidsperiod. Observera att KVÅ-koden avser beslutet och inte varje enskilt tillfälle då patienten hindras att använda elektroniska kommunikationstjänster. |
| XU031 | Undersökning av försändelser till patient vid tvångsvård | Undersökning av försändelser till patient för att kontrollera att de inte innehåller otillåten egendom. Avser inte granskning av det skriftliga innehållet. Åtgärden genomförs | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | efter chefsöverläkares beslut enligt 22 § LPT eller 8 § LRV | |
| XU032 | Övervakning av försändelser från patient vid tvångsvård | Beslut om övervakning av försändelser från patient, vilket innebär att chefsöverläkaren får öppna, ta del av och granska det skriftliga innehållet samt kvarhålla försändelser från patienten. Avser chefsöverläkares beslut enligt 22a § LPT eller 8 § LRV. Inkluderar granskning av det skriftliga innehållet | Avser beslut om övervakning av försändelser under bestämd tidsperiod. Observera att KVÅ-koden avser beslutet och inte varje enskilt tillfälle då patientens försändelse övervakats. |
| Kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning | | | |
| XU060 | Kroppsvisitation efter beslut enligt lag | Kontroll av patientens kläder och tillhörigheter. Åtgärden kräver beslut enligt LPT, LRV eller annan lag | Avser kroppsvisitation efter beslut enligt 23§ el 23a§ LPT eller 8a§ LRV. |
| XU061 | Yttlig kroppsbesiktning efter beslut enligt lag | Besiktning av patientens nakna kropp. Exkluderar: undersökning av kroppens håligheter eller beröring av patientens kropp. Åtgärden kräver beslut enligt LPT, LRV eller annan lag | Avser yttlig kroppsbesiktning efter beslut enligt 23§ el 23a§ LPT eller 8a§ LRV. |
| Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd | | | |
| DU045 | Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd | Efter tvångsåtgärderna fastspänning, avskiljande och medicinering under fastspänning/fasthållande regelbundet använt manualbaserat samtal. Samtalet ska genomföras inom 48 timmar efter tvångsåtgärden och syftar till att ge patienten möjlighet att beskriva och reflektera över tvångsåtgärden. För att åtgärden ska registreras ska sådant samtal ha genomförts efter samtliga eller nästan samtliga tvångsåtgärder under vårdtillfället. Samtalen ska dokumenteras i journal. | |

Bilaga 1 - Beskrivning av normalvårdstillfälle i psykiatrisk heldygnsvård

Begreppet "Normalvårdstillfälle"

I Socialstyrelsens anvisning för användning av KVÅ, ("Anvisningar för diagnos och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ"), beskrivs att "En patient kan bli föremål för en stor mängd åtgärder under en och samma vårdkontakt. I princip ska alla åtgärder dokumenteras i journalen men allt måste inte klassificeras och kodas." och att "... åtgärder som i relation till de övriga åtgärderna under vårdkontakten framstår som ringa behöver inte registreras."

För öppenvårdsbesök rekommenderas att "**Rutinåtgärder vid normalbesök behöver inte klassificeras**", samma logik bör tillämpas för vårdtillfällen.

För att nå större samsyn kring vilka **åtgärder som inte ska rapporteras** har för öppenvårdsbesök respektive heldygnsvårdstillfällen inom psykiatri tagits fram beskrivningar av åtgärder som rimligen förekommer vid de flesta vårdkontakter.

I enlighet med den terminologi som används av Socialstyrelsen betecknas beskrivningarna "Normalbesök" respektive "Normalvårdstillfälle". Observera att det **inte** finns några KVÅ-koder för normalbesök respektive normalvårdstillfälle.

Beskrivning av åtgärder vid heldygnsvårdstillfälle inom psykiatri vilka normalt inte behöver rapporteras.

| Normalvårdstillfälle inom psykiatrisk slutenvård | arbsterapeut | fy sioterapeut | kurator | läkare | psykiolog | psykioterapeut | sjuksköterska | skötare |
|---|--------------|----------------|---------|--------|-----------|----------------|---------------|---------|
| Insatserna vid slutenvård (heldygnsvård) inom psykiatri består av ett stort antal åtgärder utförda av olika professioner. Nedan beskrivs åtgärder som bedömts vara så vanligt förekommande att det vid rapportering till Patientregistret inte bedömts meningsfullt att rapportera dem. I kolumnerna till höger visas vilka professioner som ofta utför åtgärden, detta kan antingen ske inom ramen för det egna professionella ansvaret eller på delegation. När någon annan profession än de anqvina utför en av dessa åtgärder innebär inte detta att åtgärden ska rapporteras. | | | | | | | | |
| 1. Identitetskontroll | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 2. Inskrivningssamtal, inklusive samtal med patienten om problem, behov, omständigheter kring inläggningen och patientens önskemål om vård och behandling. Genomgång av relevanta delar av tidigare journal m.m. | | | | x | | | x | |
| 3. Rundvisning på avdelningen samt information om rutiner, tider osv. | | | | | | | x | x |
| 4. Fortlöpande bedömning av psykiskt tillstånd. Ställningstagande till behov av fördjupad bedömning av suicidrisk och våldrisk. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 5. Klinisk undersökning av somatiskt tillstånd. Kan inkludera mätning av blodtryck, vikt, längd, midjemått, puls, etc. | | x | | x | | | x | x |
| 6. Mindre omfattande laboratorieanalyser och elektrofysiologiska undersökningar. | | | | x | | | x | |
| 7. Fortlöpande bedömning av levnadsomständigheter, aktivitets- och funktionsnivå. Inkluderar ställningstagande till behov av fördjupad bedömning. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 8. Användning av mindre omfattande bedömningsinstrument anpassat efter patientens tillstånd. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 9. Kontakter med närstående och andra för informationsutbyte och stöd. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 10. Information om behandlingsalternativ och diskussion om val av behandling utifrån patientens önskemål och motivation. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 11. Fortlöpande utvärdering av behandlingsresultat och sideeffekter. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 12. Upprättande / revidering av vårdplan | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 13. Samtal, motivering, stöd och uppmuntran om förbättring och återhämtning samt stöd för egenvård. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 14. Mindre omfattande information och rådgivning avseende boende, ekonomi, arbete, studier el. annan sysselsättning | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 15. Stimulera och understödja patientens medverkan i behandlingen | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 16. Omsorg såsom hjälp och stöd med aktiviteter i dagliga livet (ADL). | | | | | | | x | x |
| 17. Följa med patient utanför avdelningen. | | | | | | | x | x |
| 18. Aktivering av patient. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 19. Läkemedelsbehandling: information, insättning, dosjustering, administration, utsättning. Läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse. | | | | x | | | x | |
| 20. Utskrivningssamtal, remiss för uppföljande kontakt, tidbokning, utfärdande av recept, intyg m.m. Inkluderar planering tillsammans med patient, närstående och vårdgrannar. | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 21. Journalföring | x | x | x | x | x | x | x | x |

Hur ska beskrivningen av " Normalvårdtillfälle inom psykiatrisk heldygnsvård " läsas?

Insatserna vid ett vårdtillfälle inom psykiatri består av ett stort antal åtgärder. Här beskrivs åtgärder som bedömts vara så ofta förekommande att det vid rapportering till Patientregistret eller motsvarande inte bedömts meningsfullt att rapportera att åtgärderna utförts.

I kolumnerna till höger visas vilka professioner som ofta utför åtgärden, detta kan antingen ske inom ramen för det egna professionella ansvaret eller på delegation. Om någon annan profession än de angivna utför en av dessa åtgärder innebär inte detta att åtgärden ska rapporteras.

Det exakta innehållet i en åtgärd i normalvårdtillfället kan variera beroende på profession, t.ex. är innehållet i åtgärden "Överenskommelse om påbörjad/fortsatt/avslutad behandling" helt olika om åtgärden utförs av läkare eller av arbetsterapeut.