

# Beskriva äldres behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård

Urval ur ICF och KVÅ

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2013-10-19

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2013

# Förord

Innehållet i denna rapport är en fortsättning av pågående utvecklingsarbete som görs inom ramen för två olika regeringsuppdrag.

Socialstyrelsen har uppdrag inom den nationella strategin för eHälsa att ta ett samordningsansvar för att utveckla förutsättningar för ändamålsenlig och strukturerad vård- och omsorgsdokumentation. Det handlar om att informationen som dokumenteras ska kunna återanvändas för olika syften såsom informationsförsörjning mellan personal inom vård och omsorg. Informationen ska dessutom kunna användas för uppföljning på olika nivåer, för kvalitetssäkring, styrning och uppföljning liksom i beslutsstöd, utbildning och forskning. Detta förutsätter en nationell informationsstruktur för vård och omsorg för att framtidens it-system effektivt och säkert ska kunna hantera och utbyta information. För att undvika risk för missförstånd krävs enhetlig och entydig användning av begrepp, termer och klassifikationer dvs. ett nationellt fackspråk för vård och omsorg.

Det andra uppdraget handlar om att intensifiera utvecklingen av *öppna jämförelser och öka tillgången på data av god kvalitet inom socialtjänstens olika verksamhetsområden och hemsjukvården*. Det pågår mellan 2010 och 2014 i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting. Här ingår bland annat att beskriva äldres behov och insatser enligt socialtjänstlagen som utgår från nationellt fackspråk, men också att beskriva äldres behov och åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård. Ambitionen är att också inkludera den hemsjukvård som landstingen ansvarar för.

Rapporten beskriver urval ur Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Urvalet kan användas för att beskriva äldres behov, planerade och genomförda åtgärder samt resultat inom kommunal hälso- och sjukvård. Resultatet ska ses som ett första steg i att introducera ett systematiskt arbetssätt för att beskriva äldres behov, åtgärder och resultat med enhetliga, entydiga begrepp, termer och klassifikationer. Det kommer att krävas fortsatt utvecklingsarbete inom området med att utveckla informationsstruktur och nationellt fackspråk för att det ska kunna användas i kommuner och privata utförarens it-system. Rapporten vänder sig till verksamhetsutvecklare, professioner, ledning inom den hälso- och sjukvård om äldre som kommunerna ansvarar för samt privata utförare och it-leverantörer av dokumentationssystem.

Rapporten är skriven av Ann-Helene Almborg (projektledare). Margareta Adolfsson, Dalarnas läns landsting och Pär Holgersson, Östergötlands kommuner har medverkat i att genomföra enkätdelen. 250 verksamhetsföreträdare i 36 kommuner svarade på enkäten.

Erik Höglund  
Avdelningschef  
Avdelningen för regler och behörighet



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Bakgrund .....	9
Nationell uppföljning av äldres vård inom kommunerna.....	9
Gemensam informationsstruktur.....	12
Fortsatt utveckling av gemensam informationsstruktur .....	12
Nationell informationsstruktur .....	13
Nationellt fackspråk .....	14
Regelverk för informationshantering.....	18
Bedöma behov och följa resultat .....	19
Syfte och mål.....	25
Genomförande.....	26
Resultat .....	29
Urval ICF.....	29
Urval KVÅ.....	31
Diskussion och slutsatser .....	32
Referenser .....	35
Bilaga 1 Urval ICF .....	37
Bilaga 2 Urval KVÅ .....	46



# Sammanfattning

Allt fler äldre får hälso- och sjukvård inom kommunernas ansvarsområde. För att kunna följa äldres hälsa och behov av åtgärder samt resultat av åtgärderna på lokal såväl som nationell nivå behövs ett systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation. Denna rapport beskriver ett systematiskt arbetssätt för att utreda och bedöma behov, planera och genomföra åtgärder samt följa resultat med användning av enhetliga, entydiga begrepp, termer och klassifikationer. Arbetssättet utgår från ett behovsorienterat synsätt, där bedömt funktionstillstånd och målformulering tillsammans med individen utgör grunden för att bedöma behovet av åtgärder. Målet bör vara specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsbestämt för att resultatet sedan ska kunna följas upp. Denna studie är en fortsättning på tidigare arbete för att identifiera begrepp och termer som är multiprofessionella och kan användas av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor i journaldokumentationen inom den hälso- och sjukvård för äldre som kommunerna ansvarar för.

Syftet med projektet var att ta fram urval ur Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), som kan användas för strukturerad dokumentation av funktionstillstånd, mål, bedömt behov, uppföljning av resultat samt åtgärder i utredning och behandling. Urvalen kan användas dels i den lokala dokumentationen, dels som underlag för nationell statistik.

Resultat innehåller 265 ICF-kategorier, varav 150 ICF-kategorier på andra nivån och 78 ICF-kategorier på tredje nivån. Urvalet på andra nivån stämmer väl överens med ICF core sets för geriatriska patienter i postakutsjukvård, men det har utökats med tillägg inom framförallt aktiviteter och delaktighet gällande att lära och tillämpa kunskap, förflyttning och hemliv. Urvalet ur KVÅ innehåller totalt 109 utredande åtgärder, 166 behandlande och preventiva åtgärder samt 16 administrativa åtgärder.

Det framtagna urvalet ur ICF

- innehåller ICF-kategorier från alla ICF-komponenterna för att beskriva äldres hälsa
- stämmer väl med ICF core sets för geriatriska patienter inom postakut slutenvård
- kan användas för att bedöma äldres behov genom att dokumentera bedömt funktionstillstånd, mål, bedömt behov samt uppföljning av resultat med nytt bedömt funktionstillstånd och måluppfyllelse enligt den framtagna modellen.
- Det framtagna urvalet ur KVÅ kan användas för att dokumentera utredande och åtgärdande aktiviteter.
- Urvalen kan användas som underlag för utveckling av nationell statistik.

Socialstyrelsen avser att fortsätta sitt utvecklingsarbete för att

- reliabilitetstesta bedömningsskalan för urvalet i ICF
- utveckla nationell informationsstruktur för området
- utveckla vad som ska vara underlag för nationell statistik
- utreda hur urvalen och modellen ska förvaltas och distribueras.

Socialstyrelsen bedömer att det också finns behov av att testa modellen och att ta fram användarstöd för att införa modellen.



# Bakgrund

Projektet syftar till att ta fram urval ur ICF och KVÅ för att kunna beskriva äldres behov och åtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården. Målet är att urvalet ska kunna användas i strukturerad dokumentation, samt vid insamling av underlag till nationell statistik eller öppna jämförelser.

## Nationell uppföljning av äldres vård inom kommunerna

### Utveckling av öppna jämförelser inom äldreomsorg och hemsjukvård

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med SKL intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser inom äldreomsorg och hemsjukvård. Med hemsjukvård avses i detta sammanhang den av kommunerna finansierade hälso- och sjukvården av personer 65 år och äldre samt sådan hemsjukvård till samma målgrupp som finansieras av landsting och drivs inom primärvården.

Målet är att det ska finnas lätt tillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga öppna jämförelser av kvalitet, resultat och effektivitet inom äldreomsorg och hemsjukvård, anpassade till de olika målgruppernas behov. Delmålen är att

- det ska finnas en strukturerad dokumentation av brukarnas behov och insatser, utvecklad i enlighet med den nationella it-strategin
- den officiella statistiken ska innehålla relevanta, aktuella och säkra data som beskriver behov, insatser och kvalitet
- fler målgruppsanpassade nationella indikatorer på kvalitet och mått på resultat och effektivitet ska finnas
- analyser av data ska finnas, vara kända och användas av berörda målgrupper
- det ska finnas en webbplats, med presentationer anpassade till berörda målgrupper, som är väl känd och använd av personer i målgrupperna.

Syftet är att ge medborgare stöd i val av utförare, verksamhetsnära beslutsfattare och personal stöd i förbättringsarbete, lokala chefer och politiker underlag för beslutsfattande samt ge nationella beslutsfattare stöd i oberoende granskning och för policybeslut.

### Rapportering till den officiella statistiken

Uppgifter om personer som erhållit vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 18 §, dvs. den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för både i särskilt och ordinärt boende, rapporteras till den personnummerbaserade socialtjänststatistiken sedan 2008. De uppgifter som rapporteras till den officiella statistiken ska vara tillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga.

ciella statistiken beskriver endast om en patient har fått någon eller några vårdåtgärder i den kommunala hälso- och sjukvården under en månad. Uppgifterna innehåller alltså inte någon specificering av vilka behov som patienten har utifrån sitt funktionstillstånd, vilken typ av vårdåtgärder som genomförts eller resultatet av de genomförda åtgärderna. Därför behövs en beskrivning av innehållet i den kommunala hälso- och sjukvården enligt HSL 18 §, liksom en beskrivning av vad vårdåtgärderna resulterat i. Detta är en förutsättning för att man på sikt ska kunna utvärdera och göra jämförelser mellan olika verksamheter.

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag på en komplettering av personnummerbaserade statistikuppgifter som bör samlas in från socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Förslaget gäller endast personer 65 år eller äldre. Förslaget är att den officiella statistiken kompletteras med uppgifter om

- äldres behov av socialtjänstinsatser
- äldres behov av kommunal hälso- och sjukvård
- åtgärder riktade till äldre i kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen föreslår därför att personnummerbaserade uppgifter om bedömt funktionstillstånd för att beskriva behov, klassificerade enligt Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), samlas in från både socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Myndigheten föreslår dessutom att åtgärder klassificerade enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samlas in från kommunal hälso- och sjukvård [1].

## Vård och omsorg om äldre

Allt fler äldre människor får vård och omsorg. Den 1 april 2012 hade 308 900 personer 65 år och äldre beviljade insatser enligt socialtjänstlagen, varav 87 600 personer var beviljade särskilt boende. Totalt fick 164 500 personer i åldern 65 år och äldre kommunal hälso- och sjukvård någon gång under april 2012. Cirka 70 procent av dessa personer bodde i kommuner som helt eller delvis hade övertagit ansvaret för hemsjukvården från landstinget i ordinärt boende. I april 2012 hade 165 av landets 290 kommuner övertagit ansvaret helt eller delvis för hemsjukvården (exkl. läkarinsatser) i ordinärt boende. Med ”delvis” menas att ansvaret för hemsjukvården är förenat med någon form av förbehåll eller begränsning, exempelvis att ansvaret inte omfattar barn och ungdomar under en viss ålder eller insatser av en viss personalkategori [2].

Ökningen av antalet personer med behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder tillsammans med ett ökande antal personer som får hemsjukvård i sitt egna ordinära boende under de senaste åren har fört med sig en diskussion om vilka kompetenser bland personalen i vården och omsorgen som bäst kan tillgodose de äldres behov.

Kommunerna har samma ansvar som landstingen när det gäller omvårdnad och rehabilitering. Den legitimerade personalen i kommunerna består framför allt av sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter och det finns ett

ökat behov av dietister, tandhygienister och logopeder i den kommunala hälso- och sjukvården. I november 2011 fanns det 8 160 sjuksköterskor, 2 469 arbetsterapeuter, 1 641 sjukgymnaster, 49 dietister och 21 logopeder anställda i kommunernas äldreomsorg [3]. Enskild verksamhet är inte inkluderad i dessa uppgifter.

# Gemensam informationsstruktur

Idag görs en stor del av dokumentationen med fritext och utifrån varje professions begrepp, termer och struktur för informationen. Detta innebär att när flera professioner dokumenterar sådant som berör en individ kan samma information vara dokumenterad på flera ställen och ha olika innebörd för de professioner som ska använda informationen. Genom detta finns en risk för misstolkningar som kan påverka patientsäkerheten och säkerheten för brukare. Avsaknaden av en gemensam struktur och terminologi gör det också svårare att få en helhetsbild av individens hälsa och hälsorelaterade tillstånd samt av vilken vård och omsorg som individen har behov av och faktiskt får. Bristen på helhetsbild kring individen försämrar kvaliteten i vård- och omsorgsprocessen och försvårar även verksamhetsuppföljning [4], dvs. möjligheten att följa och mäta resultat. Tidigare arbete på Socialstyrelsen pekar på betydelsen av att dokumentationen omfattar en bedömning av det hälsorelaterade vård- och omsorgsbehovet och att man kunnat klassificera det aktuella och det avsedda hälsotillståndet<sup>1</sup> för att kunna följa upp resultat [5]. Av dessa anledningar bör dokumentationen i patientjournaler och personakter göras med enhetliga och entydiga begrepp, termer och klassifikationer och enligt en nationell informationsstruktur. Strukturen och fackspråket kan bidra till att förenkla den lokala dokumentationen, ge en ökad kvalitet och ge förutsättningar för att utveckla en evidensbaserad kunskap och praktik.

## Fortsatt utveckling av gemensam informationsstruktur

Socialstyrelsen har tagit fram en plan för fortsatt utveckling av en gemensam informationsstruktur inom två regeringsuppdrag: ”Nationellt samordningsansvar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i hälso- och sjukvården och socialtjänsten” och ”Uppdrag att vidareutveckla nationell informationsstruktur och fackspråk för användning inom socialtjänsten<sup>2</sup> samt utbetalning av medel”. Dessa uppdrag rapporterades till regeringen i december 2011. Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag under 2012–2013 för att utveckla en förvaltningsorganisation, skapa ett råd för samordning men även att göra en översyn av nationell informationsstruktur.

<sup>1</sup> Avsett hälsotillstånd = det hälsotillstånd som socialtjänstpersonal eller hälso- och sjukvårdspersonal, oftast i samråd med berörd individ, har beslutat att försöka uppnå.

<sup>2</sup> Med socialtjänst avses i första hand den verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110). Socialtjänst avser även handläggning av ärenden som rör adoptioner, faderskap, vårdnad, boende och umgänge enligt föräldrabalken (1049:381).

## Nationell informationsstruktur

För att utveckla effektiva it-stöd krävs en analys och beskrivning av den verksamhet som ska stödjas med övergripande mål, verksamhetsprocesser och informationsbehov. Projektet Nationell informationsstruktur genomförde en grundläggande analys av vård- och omsorgsprocessen, begreppen i processen och olika intressenters informationsbehov. Detta resulterade i den nationella informationsstrukturen, som utgörs av fyra generella modeller som beskriver kärnprocessen i vård och omsorg, de begrepp som behövs för att beskriva processen samt den typ av information som identifierats som viktig att strukturera och sortera [6]. Det ger en ”sorteringsgrund” för information som ska dokumenteras och kunna återanvändas av olika intressenter i olika syften och situationer. Syftet med strukturen är alltså att göra informationen tillgänglig i vård- och omsorgsprocessen för flera aktörer. Nationell informationsstruktur är en förutsättning för att verksamheter ska kunna utveckla sina it-stöd som ska kunna hantera, dela och tillgängliggöra information från olika delar av processen och på så sätt stödja ett processorienterat arbetssätt i vården och omsorgen [7]. Nedan beskrivs kortfattat de typer av modeller som togs fram i NI-projektet.

### Processmodell

Processmodellen ska beskriva det värde som skapas för vård- och omsorgstagaren och genom vilka processteg ”värdeförädlingen” åstadkoms, det vill säga stödja och förbättra vård- och omsorgstagarens hälsa i vid mening. Det är vanligt att dela in processer i lednings-, kärn- respektive stödprocesser. Ledningsprocesser är de aktiviteter som behövs för att leda och styra kärnprocesserna. Modellen för kärnprocessen inom vård och omsorg beskriver processmodellens huvudsyften – att identifiera hälsotillstånd och att åtgärda hälsoproblem som också innefattar att förebygga risk för hälsoproblem och att följa upp resultat. Stödprocesser innehåller aktiviteter som förser kärnprocesser med olika former av resurser såsom personal, maskiner, lokaler och material. Kartläggningen av en verksamhets processer kan beskrivas i en processmodell.

### Begreppsmodell

En begreppsmodell förklarar och förtydligar begreppen som används för att beskriva en process. Begreppsmodellen beskriver och förklarar alltså viktiga företeelser i processen – vad de betyder och hur de hänger ihop. Det kan handla om begrepp som används i dagligt tal i verksamheten, men också begrepp som behöver skapas om det inte finns ett gemensamt och redan etablerat begrepp som krävs för att it-stöden ska kunna hålla ihop viss typ av information.

### Informationsmodell

Process-, begrepps- och flödesmodellerna ligger till grund för detaljerade analyser av informationsbehovet i den verksamhet som analyseras. En informationsmodell visar den information som aktörerna i vård- och omsorgsprocessen behöver för att processen ska kunna genomföras.

## Flödesmodell

Dessutom kan flödesmodeller tas fram. Om processmodeller visar det värde som skapas, så visar flödesmodeller mer i detalj vilka aktiviteter som utförs, i vilken följd och vem som gör vad samt den information som dokumenteras eller läses.

Dessa modeller kan tas fram på olika nivåer från en generell för vården och omsorgen till preciserade modeller för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till ytterligare preciserade för t.ex. äldreomsorg inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård. Pågående översyn av nationell informationsstruktur kommer att ta fram en beskrivning av de olika nivåerna.

## Nationellt fackspråk

- Det nationella fackspråket är en gemensam språklig resurs för vård och omsorg som består av tre delar:
- Nationellt överenskomna begrepp och termer som är publicerade i Socialstyrelsens termbank
- Begreppssystemet Snomed CT
- Nationellt fastställda statistiska klassifikationer och kodverk.

I detta projekt har Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) varit en grund för att utveckla gemensamma begrepp och termer för att beskriva funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat. För att dokumentera åtgärder har Klassifikationen av vårdåtgärder (KVÅ) varit källan.

## Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

*”Det övergripande målet för klassifikationen är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd”, [8][9, s 9] enligt WHO.*

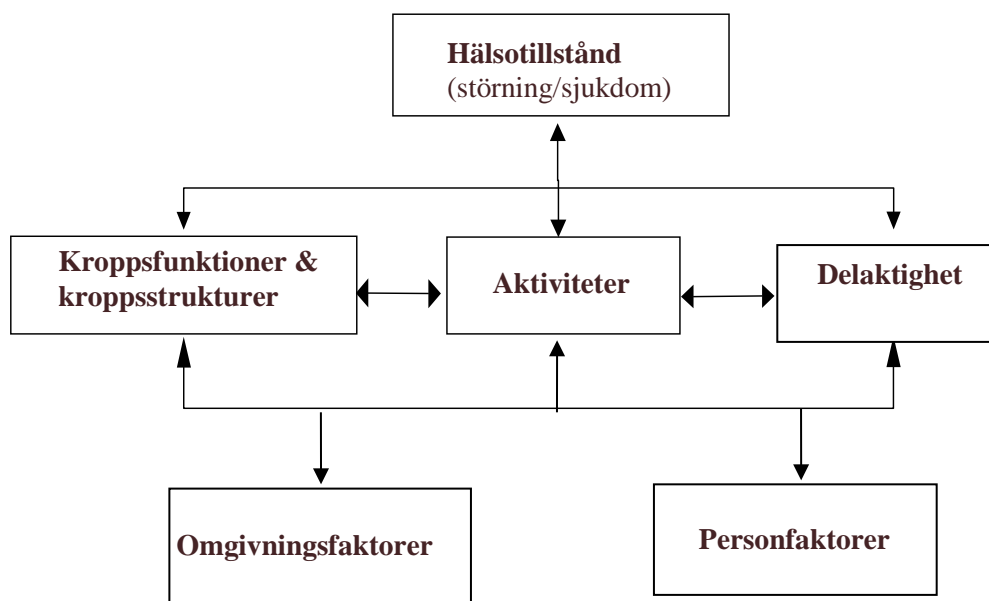
ICF är utvecklad och godkänd av WHO [9] (2001) som komplement till International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10), som diagnostiserar olika skador, störningar och sjukdomar. WHO uppmanar medlemsländerna att använda ICF, som översattes till svenska 2003 [8].

### ICF ska

- erbjuda grund för ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd
- möjliggöra jämförelser av data mellan länder, mellan olika delar av verksamheter samt över tid
- ge vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, dess konsekvenser och bestämningsfaktorer

- erbjuda ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem.

ICF utgår från den biopsykosociala modellen (figur 1) och består av två delar med vardera två komponenter. Den första delen är funktionstillstånd med komponenterna kroppsfuntioner (b) och strukturer (s), samt aktiviteter och delaktighet (d). Den andra delen är kontextuella faktorer med komponenterna omgivningsfaktorer (e) och personliga faktorer.



Figur 1. ICF-modellen med de olika komponenterna och interaktionen mellan dessa.

Kroppsfuntioner omfattar fysiologiska och psykologiska funktioner i kroppen och kroppsstrukturer avser anatomiska delar av kroppen. Aktivitet motsvarar en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet motsvarar engagemang i en livssituation. Omgivningsfaktorer utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga miljö i vilken människor lever, som kan ha positiv eller negativ påverkan på kroppsfuntioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. Personfaktorer utgörs av personliga egenskaper, bl.a. kön, ålder, livsstil, vanor, uppfostran, copingstrategier, social bakgrund, utbildning, yrke, allmänna beteendemönster och karaktär, individuella psykologiska tillgångar och egenskaper, som tillsammans eller var och en kan påverka en persons funktionshinder.

Klassifikationen har en hierarkisk uppbyggnad med alfanumeriska koder för komponenterna:

- Aktiviteter och delaktighet (d) som kan delas på aktiviteter (a) och delaktighet (p)

- Kroppsfunktioner (b)
- Kroppsstrukturer (s)
- Omgivningsfaktorer (e).

Den 1:a nivån är kapitelnivå och betecknas med en bokstav och en siffra, 2:a nivån kodas med en bokstav och tre siffror, 3:e nivån med en bokstav och fyra siffror osv.

För att underlätta användning av ICF har bland annat ”core sets” dvs. standardurval för olika sjukdomstillstånd eller situationer tagits fram inom forskningen. Urvalen består av ICF-kategorier på andra nivån, vilken anses vara den mest lämpliga nivån för att praktiskt dokumentera individens funktions-tillstånd. Det finns:

- **Comprehensive ICF core sets – lång version av standardurval** som kan användas vid omfattande multidisciplinär bedömning av ett visst tillstånd. Kan betraktas som kliniska checklistor.
- **Brief ICF core sets – kort version av standardurval** som kan användas vid kliniska studier av ett visst tillstånd och för att få enhetliga beskrivningar i vetenskapliga arbeten och kliniska rapporter.

Det finns ett framtaget core sets dvs. urval för geriatrisk postakut vård som består av 123 ICF-kategorier på andra nivå [10,11].

ICF har en generisk skala för att bedöma funktionsnedsättning, strukturavvikelse, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och om omgivningsfaktorer är hindrande eller stödjande.

Idag används ICF inom flera verksamheter, exempelvis hälso- och sjukvård (landsting och kommun), Försäkringskassan, företagshälsovård och rehabilitering/habilitering. ICF kan användas för att få struktur i t.ex. journaldokumentation, intyg och olika typer av planer [12], och framför allt för att få en gemensam struktur i teambaserad dokumentation [13]. Detta bidrar till en ökad förståelse av individens funktionstillstånd och vilka fastställda mål som ska uppnås med de planerade åtgärderna. Den teambaserade dokumentationen underlättar också kommunikation med vård- och omsorgsgivare utanför teamet [13]. Genom att använda ICF som komplement att beskriva sjukdomens effekter på funktionstillståndet i hälsoinformationssystem kan planeringen av åtgärder och beskrivningen av hälsa förbättras [14].

Tidigare studier visar att den enskildes förmåga belyses på ett bättre sätt med ICF än på traditionellt sätt [15]. Den biopsykosociala modellen i ICF kan vara ett stöd för att beskriva och bedöma hälsa och hälsorelaterade tillstånd, dels för att lyfta fram de olika komponenterna av betydelse på ett bättre sätt, dels för att tydliggöra interaktionen mellan dem [15]. ICF kan även användas för att bedöma behov, sätta mål och utvärdera resultat [8]. Tidigare forskning visar att hinder i omgivningen kan påverka en persons delaktighet negativt, och det är därför viktigt att identifiera underlättande faktorer i omgivningen och förändra de hindrande omgivningsfaktorerna i positiv riktning för att öka delaktigheten [16]. ICF bidrar till att fokus läggs



på delaktighet och omgivningen, vilket ökar möjligheten att utveckla vård och omsorg inklusive rehabilitering för personer med funktionshinder [16].

### Klassifikation av vårdåtgärder

Hälso- och sjukvården bygger i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna. Det innebär att beskrivningen av vården måste omfatta åtgärder som utförs av de olika professionerna. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är den första svenska åtgärdsklassifikationen som har denna ambition. Klassifikation av vårdåtgärder omfattar både kirurgiska åtgärder baserat på en gemensam nordisk kirurgisk åtgärdsklassifikation, och en svensk klassifikation av medicinska åtgärder. KVÅ används för inrapportering till patientregistret. Socialstyrelsen har tillsammans med organisationerna Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) och Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) utvecklat åtgärds-koder i KVÅ baserade på ICF-strukturen. Dessa åtgärder återfinns i KVÅ sedan 2008 och beskriver verksamheten inom arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik mer heltäckande än vad övriga, mer specifika, åtgärds-koder i KVÅ gör.

# Regelverk för informationshantering

Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. Detta regleras i 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355). Syftet med att föra en patientjournal är enligt 3 kap. 2 § i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är även en informationskälla för patienten, för uppföljning och utveckling av verksamheten, för tillsyn och rättsliga krav, för uppgiftsskyldighet enligt lag, samt för forskning. Patientdatalagen innehåller även bestämmelser om sammanhållen journalföring m.m.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården finns regler om att patientuppgifter så långt det är möjligt ska dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp, termer och klassifikationer.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är tillämpliga inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och inom verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Föreskrifterna och de allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Det ställs även krav på att verksamheterna systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten i verksamheten. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av verksamhetens processer och rutiner.

Socialstyrelsens hälsodataregister regleras i lagen (1998:543) om hälsodataregister samt i förordningar och föreskrifter för respektive register. Med hjälp av hälsodataregistren kan man följa, analysera och rapportera om hälsa och sociala förhållanden. Registren bidrar till att förbättra hälso- och sjukvården då de ger kunskap som kan rädda liv.

# Bedöma behov och följa resultat

## Hälsa

Begreppet hälsa är enligt WHO:s definition ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp och skada<sup>3</sup>. För att förstå vad som påverkar en individs hälsa är det därför viktigt att undersöka och bedöma individens funktionstillstånd inklusive utförande av olika aktiviteter i det dagliga livet i hans eller hennes aktuella miljö [17]. Två personer med samma sjukdom kan ha olika nivåer av funktionstillstånd, och två personer med samma funktionstillstånd behöver inte nödvändigtvis ha samma hälsotillstånd. Beskrivningen av funktionstillstånd görs på olika sätt utifrån olika professioner och den utgår inte från en gemensam referensram. I dokumentationen saknas ofta länken mellan diagnos, funktionstillstånd och behandling kopplat till det som är meningsfullt i individens liv, dvs. begränsningar i det dagliga livets aktiviteter och hur dessa fungerar i den omgivning som individen lever i. Även resultatet av behandlingen saknas [17].

Hälsotillstånd är definierat som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande vid ett visst tillfälle. Funktionstillstånd är ett tillstånd hos en persons kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt förmåga till aktiviteter och delaktighet. Funktionstillstånd kan ses som en specificering av hälsotillstånd.

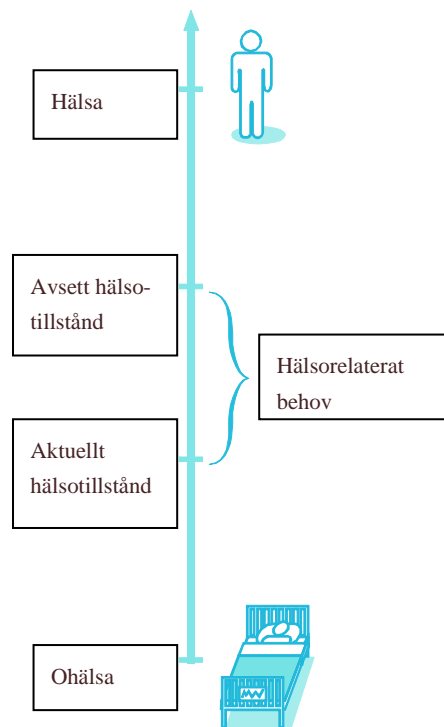
## Metod för behovsbedömning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen [18, 19] ska vården och omsorgen vara behovsbaserad. Bedömningen av behov kan göras på olika nivåer såsom befolkningsnivå, gruppnivå och individnivå. En metod för behovsbedömning har prövats inom tidigare projekt på Socialstyrelsen (figur 2) [20].

Oberoende av nivån omfattar denna metod för behovsbedömningen tre steg:

1. identifiering av behov genom att det aktuella hälso- eller funktionstillståndet bedöms och det avsedda hälso- eller funktionstillståndet (målet) bestäms
2. bedömning av nödvändiga åtgärder för att tillgodose behovet, det vill säga för att eliminera eller minska gapet mellan den enskildes aktuella och avsedda hälso- eller funktionstillstånd
3. bedömning av de resurser som krävs för att de nödvändiga åtgärderna ska kunna genomföras.

<sup>3</sup> <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>



Figur 2. Skillnaden mellan aktuellt hälsotillstånd och avsett hälsotillstånd är det hälsorelaterade vård- och omsorgsbehov som det tidsbestämda målet bör inriktas på [20].

För att identifiera ett vård- och omsorgsbehov behövs kunskap om det aktuella hälsotillståndet och det avsedda hälsotillståndet; behovet blir då skillnaden mellan dessa tillstånd (figur 2). Bedömningen av det aktuella hälsotillståndet handlar om att bedöma individens tillstånd, t.ex. sjukdomstillstånd, funktionstillstånd eller risk för försämring. Denna bedömning ska ligga till grund för bedömningen av nödvändig åtgärd och därför måste det aktuella hälsotillståndet vara tillräckligt väl preciserat i form av funktionstillstånd. Det avsedda hälsotillståndet eller avsett funktionstillstånd (specificerad form av hälsotillstånd) är en viktig men ofta undervärderad komponent i behovsbegreppet. Det är det tillstånd som ska uppnås genom att behovet tillfredsställs. I praktiken sätts ofta ett antal delmål i kärnprocessen och det slutliga målet kan inte alltid definieras när det aktuella hälsotillståndet eller funktionstillståndet fastställs [21]. Ett klart definierat mål är en förutsättning för en realistisk behovsbedömning, och det krävs också i syfte att koordinera alla som är involverade i insatserna, såsom professionerna och den enskilde, mot målet. Tidigare forskning visar att det även är motivationsskapande för den enskilde att ha uppsatta mål. Målen har tre dimensioner: Vad är det? Hur mycket är det? När ska det uppnås? Ett mål kan ha flera olika funktioner. Målet kan ha en handlingsinriktad vägledande funktion och kan också fungera som en motiverande funktion för den enskilde [22].

Bedömningen av en nödvändig åtgärd eller insats berör den åtgärd/insats som behövs för att realisera målet (det avsedda hälso- eller funktionstillståndet) utifrån det aktuella hälso- eller funktionstillståndet. Denna bedömning

kräver därför att hälsotillstånd preciseras i form av aktuellt funktionstillstånd och avsett funktionstillstånd dvs. mål. Bedömningen kan ske i flera steg, där det första steget kan innebära en bedömning av vilka hälsorelaterade behov som *inte* ska åtgärdas med vård och omsorg. Det kan vara behov som enbart kräver insatser från aktörer utanför vården och omsorgen, t.ex. från Arbetsförmedlingen. Det andra steget handlar om att bedöma vilken typ av åtgärder eller insatser som krävs för att uppnå målet utifrån det aktuella hälso-/funktionstillståndet. Genom uppföljning av resultat kan graden av måluppfyllelse mätas (i vilken utsträckning som behovet eliminerats) [21].

Det finns ingen tradition av att definiera och tillämpa behovsbegreppet på ett enhetligt vis. Det behovsbegrepp som presenteras ovan är teoretiskt väl underbyggt och det har i begränsad omfattning testats i tidigare arbeten på Socialstyrelsen och visat sig användbart i vård och omsorg [20]. Det är därför mycket angeläget att tillämpningen av denna metod för behovsbedömning prövas ytterligare och i större skala, där stor vikt läggs på dokumentation och hur behovsbedömningen styr vård- och omsorgsinsatserna ].

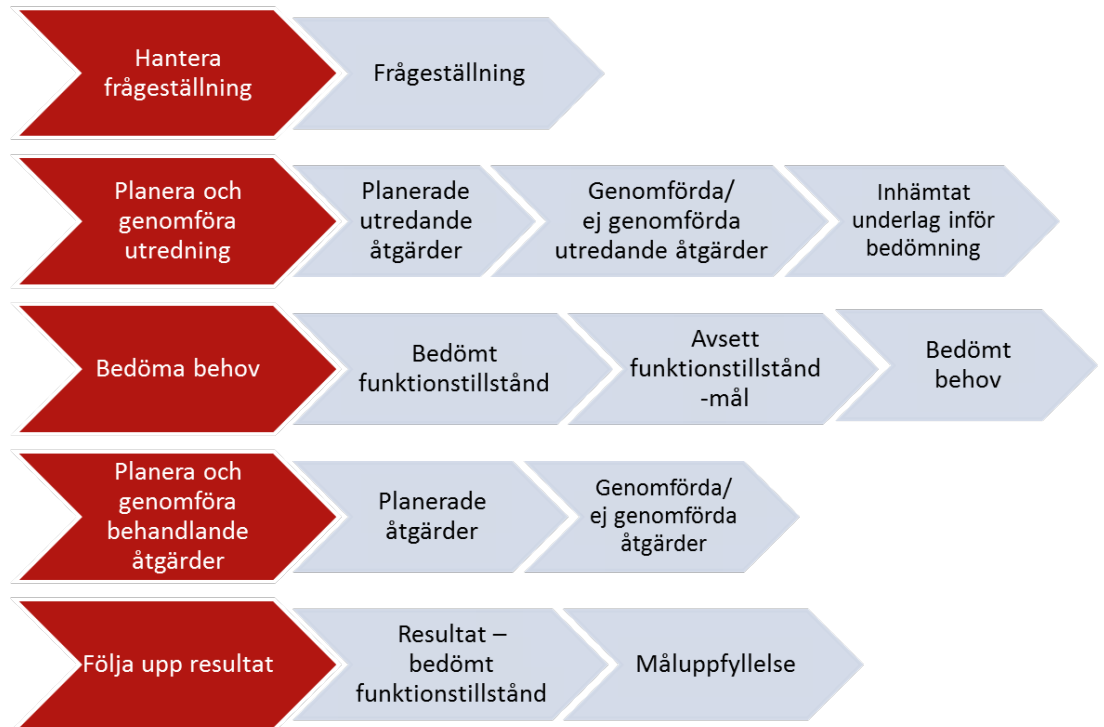
I detta arbete beskrivs individens behov av vård och omsorg med utgångspunkt i WHO:s definition av hälsa. Det aktuella och avsedda hälsotillståndet som preciseras i form av aktuellt och avsett funktionstillstånd samt uppföljning av resultat kan beskrivas med hjälp av ICF.

## Vem dokumenterar vad i kommunal hälso- och sjukvård?

En journalgranskning genomfördes som ett första steg i utvecklingen av nationellt språk för att beskriva äldre personers behov och åtgärder. Studiens syfte var att undersöka om det är möjligt att utveckla nationell statistik från primärdokumentationen genom att använda Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Därför genomfördes en journalgranskning av 178 journaler under 2009. Resultatet av den granskningen finns beskrivet i rapporten *Vem dokumenterar vad i kommunal hälso- och sjukvård* från 2010. Arbetet visade att det finns behov av en systematisk dokumentation av informationen i vårdprocessen, där samtliga involverade yrkesgruppers dokumentation samordnas, för att kunna inhämta statistik på det sätt som efterfrågades. Informationen som finns i processen måste dokumenteras med en enhetlig terminologi för att verksamhetsuppföljning på såväl nationell som lokal nivå ska kunna genomföras med hög kvalitet [23]. Dokumentationen som den ser ut idag täcker inte behovet av att kunna följa resultatet av vården och omsorgen kring den enskilde. Genom att sätta mål och dokumentera de åtgärder som planeras och genomförs samt följa resultat ökar möjligheten att bättre värdera resultatet av vården och omsorgen på lokal såväl som nationell nivå. Det ger även möjlighet att studera effektiviteten hos vården och omsorgen som bedrivits.

## Individens behov i centrum – sätta mål och följa resultat

Nästa steg i projektet var att utveckla en ”modell” (figur 3) för att bedöma behov och följa resultat. Den utgår från ett processororienterat arbetssätt med strukturerad information utifrån individens kärnprocess i nationell informationsstruktur samt metoden för behovsbedömning.



Figur 3. Modellen med processteg för att beskriva behov och åtgärder

Modellen omfattar följande fem processteg:

- Hantera frågeställningen
  - Dvs. vad anger patienten som problem eller orsak till kontakt? Frågeställningen kan kategoriseras till ICF.
- Planera och genomföra utredning
  - En plan för utredande aktiviteter för att identifiera aktuellt funktionstillstånd och om det föreligger något hälsoproblem tas fram. För att strukturerat dokumentera planerade och genomförda åtgärder kan KVÅ användas. Resultatet blir ett underlag för att bedöma behov.
- Bedöma behov består av
  - Bedömt funktionstillstånd som är resultatet av analysen och bedömningen av underlaget. Här kan den strukturerade dokumentationen av aktuellt funktionstillstånd ske med ICF-kategorier och bedömningsskalan.
  - Målformulering som i möjligaste mån görs tillsammans med patienten och resulterar i avsett funktionstillstånd dvs. målet. Om

- patienten har en avvikande uppfattning om sitt mål kan patientens önskade funktionstillstånd dokumenteras. Här kan den strukturerade dokumentationen av avsett funktionstillstånd ske med ICF-kategorierna och bedömningsskalan.
- Bedömning av behov för respektive ICF-kategori som kan ske med stöd av kodverk för att bedöma behov (finns inget behov, behovet kan tillgodoses på annat sätt, behovet tillgodoses med hälso- och sjukvårdsåtgärd).
  - Planering för genomförande av behandlande åtgärder:
    - I detta processteg kan behandlande åtgärder i KVÅ, som planeras för att uppnå avsett funktionstillstånd dvs målet, användas i strukturerad dokumentation.
    - Här kan genomförda eller ej genomförda åtgärder enligt plan dokumenteras med användning av urval av KVÅ i strukturerad dokumentation.
  - Följa upp resultat består av följande delar:
    - Uppföljning som innebär en ny utredning/bedömning för att komma fram till ett bedömt funktionstillstånd. Här kan den strukturerade dokumentationen ske genom att använda ICF-kategorierna och bedömningsskalan.
    - Utvärdera måluppfyllelse i relation till det tidigare och det aktuella bedömda funktionstillståndet. Här kan den strukturerade dokumentationen ske genom att använda ICF-kategorierna och kodverk för måluppfyllelse (ja, nej, delvis). Utvärderingen omfattar även om åtgärder har genomförts enligt plan.
    - Ev. fråga patienten om subjektiv upplevelse av kvaliteten.

ICF har varit utgångspunkt för att med ett gemensamt språk beskriva vad frågeställningen gäller, bedömt funktionstillstånd, mål, bedömt behov och resultat, dvs. ett nytt bedömt funktionstillstånd samt en måluppfyllelse. För att strukturera svarsalternativen har den generiska bedömningsskalan använts till aktuellt funktionstillstånd och mål. Koderna i ICF är fullständiga endast om de kombineras med en eller flera bedömningsfaktorer (qualifiers), som ger specifik information om ett funktionstillstånd (t.ex. problemets svårighetsgrad eller lokalisering). Bedömningsfaktorerna används för att göra en bedömning i relation till en allmänt accepterad populationsstandard, vilken motsvaras av vad som kan förväntas av personer utan de specifika hälsobetingelserna.

Om det inte finns tillräcklig information för att specificera graden av hälsoproblem används *ej specificerat*. Det kan finnas situationer där det inte är korrekt att tillämpa en viss kod och då används *ej tillämpbart*.

0	inget problem	0–4 %
1	lätt problem	5–24 %
2	måttligt problem	25–49 %
3	svårt problem	50–95 %
4	totalt problem	96–100 %
8	ej specificerat	
9	ej tillämpbart	

Åtgärder i KVÅ används för att dokumentera utredande, behandlande, preventiva och administrativa åtgärder. Här kan kodverk för status för åtgärderna användas, t.ex. beslutad, planerad, genomförd, avslutad.

### Försöksverksamhet

Under 2010 prövades modellen i Mölndal av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Försöksverksamheten har utförts på pappersformulär och gjordes för 30 personer i särskilt boende och 35 personer i ordinärt boende, vid sidan av ordinarie dokumentation. Försöksverksamheten avslutades med en workshop där gruppen med verksamhetsföreträdare enades om ett antal ICF-kategorier, som behövs för dokumentation. Personalen var efter testen positiv till att använda det systematiska arbetssättet och den strukturerade dokumentationen med stöd av ICF och KVÅ.

Personalen tyckte att ICF-kategorierna var relevanta för att kategorisera hälsofrågeställningen, som underlag för vad som ska utredas. De flesta i personalen tyckte att ICF-kategorierna och bedömningsskalan som används för bedömning av den enskildes hälsorelaterade tillstånd och för att sätta mål var i hög grad relevanta. Majoriteten tycker att det varit ganska lätt att använda ICF-kategorierna och bedömningsskalan för hälsorelaterat tillstånd och målsättning. När det gäller att bedöma behov tyckte de att ICF-kategorierna och de olika svarsalternativen för att bedöma behov var relevanta och att det var mycket lätt att använda. Samtliga tycker att det i hög grad är relevant att följa resultat och de flesta ansåg att det var lätt att använda ICF-kategorierna, bedömningsskalan och måluppfyllelse för att göra resultatuppföljning. Alla som deltog i testen accepterade benämningar och beskrivningar av ICF-kategorierna. Samtliga ansåg att åtgärderna för utredning och behandling var relevanta och att de var lätta att använda. De saknade inte någon åtgärd i listan och accepterade benämning och beskrivning av åtgärderna.

Testen har varit ett bidrag till det första steget i utvecklingen av ett urval av ICF-kategorier och ett urval av åtgärder enligt KVÅ. Detta kan på sikt användas i primärdokumentationen för att återanvändas som underlag för nationell statistik. En erfarenhet från detta och andra projekt är att professioner ofta ser ett värde i att sätta mål tillsammans med den enskilde. Den upplevda nyttan är bland annat att det ger vägledning för både personal, den enskilde och närstående om vad som ska uppnås. När planerade åtgärder dokumenteras kan andra berörda professioner, individen själv eller närstående ta del av den informationen. Det ger även bättre möjlighet att bedöma vad som faktiskt utförts utifrån gjord planering. Försöksverksamheten visar att ICF kan användas för att dokumentera behov, sätta mål och följa resultat inom detta område, på motsvarande sätt som inom socialtjänsten. Försöket visar även att KVÅ kan användas för att dokumentera åtgärder dels i utredningen, dels för behandling.



# Syfte och mål

## Syfte

Projektet syftar till att ta fram ett urval av ICF-kategorier och åtgärder enligt KVÅ för att kunna beskriva äldre personers behov och åtgärder i modellen (figur 1).

- Vilka ICF-kategorier är relevanta för att beskriva hälsofrågeställning och funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat?
- Vilka åtgärder i KVÅ är relevanta för att beskriva utredande, behandlande och administrativa åtgärder?

## Mål

Målet med detta projekt är ett kunna tillhandhålla ett urval av ICF och KVÅ, som sedan kan användas i modellen (figur 1) för att strukturerat dokumentera behov och åtgärder enligt HSL 18 § dvs. den vård som kommunerna ansvarar för i särskilt boende och i ordinärt boende för personer 65 år och äldre. Ytterligare ett mål är att möjliggöra insamling av underlag för nationell statistik eller för öppna jämförelser.

## Avgränsningar

Projektet omfattar enbart information för att bedöma behov och följa resultat i den hälso- och sjukvård som ges enligt HSL 18 §. Projektet avgränsas till den information som dokumenteras av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor.

## Genomförande

### Medverkande

Inbjudan med beskrivning av genomförandet för att ta fram urvalen skickades till samtliga 290 kommuner. Målet var att inkludera cirka 30 kommuner och stadsdelar. I testen skulle varje profession (arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska) med ansvar för särskilt boende respektive hemsjukvård i ordinärt boende delta från respektive kommun, dvs. totalt cirka 90 personer.

Totalt medverkade 250 verksamhetsföreträdare fördelat på 73 arbetsterapeuter, 66 sjukgymnaster och 111 sjuksköterskor i 36 kommuner.

Representanter för de tre organisationerna Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) och Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) inbjöds att ge en ”second opinion” på urvalet från verksamhetsföreträdarna. Tre arbetsterapeuter, två sjukgymnaster och tre sjuksköterskor deltog.

### Genomförande

Framtagande av urvalet har baserats på en sammanställning av resultat från tidigare arbete:

- Journalgranskning av 178 journaler inom den kommunala hälso- och sjukvården
- Försöksverksamhet för att pröva modellen i en kommun, där 65 patienter var involverade.

Framtagande av urvalen inleddes med ett seminarium för de 36 kommunerna. Deltagarna fick information om nationell strategi för eHälsa, gemensam informationsstruktur, processorienterat arbetssätt enligt modellen, ändamålsenlig dokumentation, ICF och KVÅ. Dessutom ingick information om hur urvalet från ICF och KVÅ ska tas fram via enkät.

Urvalet har tagits fram i följande tre faser:

1. Enkät genom användning av Delphi-metoden
2. Second opinion av professionella organisationer
3. Validering mot ICF core sets för patienter inom geriatrisk postakut sjukvård.

### Delphi-metoden

Enkäter skickades ut till deltagarna vid två tillfällen. Det första tillfället var i februari direkt efter seminariet och det andra tillfället var i mars. Svarstiden för varje enkät var tre veckor.

Delphi-metoden användes för att ta fram urvalet. Delphi beskrivs som en strukturerad urvalsprocess med syftet att uppnå konsensus mellan experter som geografiskt befinner sig på avstånd från varandra. Antalet deltagare kan variera från 15 och uppåt [24]. Deras uppfattningar söks på gruppnivå och

individuella svar är anonyma för övriga deltagare [25, 26]. Urvalet genomförs i minst två ”rundor” och endast svar med god överensstämmelse överförs till nästa runda. Graden av överensstämmelse bestäms beroende på syftet med urvalet och varierar mellan 50 procent och 80 procent [24]. Inför varje ny runda ges deltagarna information om gruppens svar liksom sitt eget för att ha möjlighet att omvärdera sina uppfattningar.

I detta projekt utgick urvalet från listor med ICF-kategorier (421 stycken) och KVÅ-kategorier (417 stycken) baserat på sammanställning av tidigare arbete. En enkät konstruerades för ICF och en enkät för KVÅ. Deltagarna ombads markera hur de utifrån sin profession bedömt i vilken mån de olika ICF-kategorierna kan användas för att dokumentera den enskildes hälsa när det gäller att:

- kategorisera hälsofrågeställning
- bedöma funktionstillstånd
- sätta mål
- bedöma behov
- följa resultat.

På motsvarande sätt ombads de att markera de KVÅ-åtgärder som var aktuella för att dokumentera utredande, behandlande, preventiva och administrativa åtgärder. Enkäterna skickades ut i två omgångar. I den första enkäten fanns svarsalternativen Ja/Nej. De ICF-kategorier och KVÅ-åtgärder, som markerats med Ja av  $\geq 50$  procent av deltagarna inom respektive yrkesgrupp gick vidare till enkät två. I den andra enkäten värderades det reducerade antalet kategorier enligt en 5-gradig skala från 0 (Inte alls viktig) till 4 (Mycket viktig). Efter den andra enkäten beräknades medianvärden för varje yrkesgrupp för sig respektive för hela gruppen. Det slutliga resultatet består av de ICF-kategorier och KVÅ-åtgärder där 50 procent inom respektive yrkesgrupp svarat viktig eller mycket viktig.

Därefter jämfördes det slutliga urvalet ur ICF med urvalet ur KVÅ. Om det saknades en motsvarande utredande KVÅ-kod så infogades den i urvalet.

15 KVÅ-åtgärder om information om hälsa som låg under omgivningsfaktorer flyttades till ”att sköta sin egen hälsa” (d570). En Provtagning UNS flyttades från komponenten omgivning till komponenten kroppsfunktion. Även läkemedelsbaserade åtgärder kopplas till kroppsfunktioner.

## Second opinion från professionella organisationer

Representanterna från de tre professionella organisationerna fick information om projektet och hur verksamhetsföreträdarna medverkat i att ta fram urvalet i september 2012. De fick sedan tid till i början av december för att ge en second opinion på urvalet genom att markera de ICF-kategorier och KVÅ-koder som de värderade som viktiga. De hade även möjlighet att komplettera urvalet från verksamhetsföreträdarna. Svensk sjuksköterskeförening valde att inte ge någon second opinion på urvalet. Istället valde organisationen att ge generella synpunkter på ICF:s användbarhet.

## Validering mot ICF core sets

Efter enkäterna och second opinion genomfördes en validering mot ICF core sets för geriatrisk postakut vård [10]. Det innehåller totalt 123 ICF-kategorier varav 51 för kroppsfunktioner, 14 för kroppsstrukturer, 30 för aktiviteter och delaktighet och 28 för omgivningsfaktorer. De ICF-kategorier som saknas inom kroppsfunktioner, aktiviteter och delaktighet, omgivningsfaktorer (ej attityder och policyer, tjänster och service) och kroppsstrukturer (ej kap 1–6) har lagts till i den slutliga listan för urvalet för ICF.

# Resultat

## Urval ICF

### Professionsspecifikt urval ur ICF

Den ursprungliga listan innehöll 421 ICF-kategorier. Urvalen från enkät 1 baseras på de ICF-kategorier som fått 50 procent eller mer Ja-svar. Listan med urval reduceras till 139 ICF-kategorier för arbetsterapeuter, 101 för sjukgymnaster och 131 för sjuksköterskor. Den andra enkäten reducerade de yrkesspecifika urvalen till 84 ICF-kategorier för arbetsterapeuter, 73 för sjukgymnaster och 95 för sjuksköterskor. Vid second opinion från de professionella organisationerna utökades urvalet för arbetsterapeuter och sjukgymnaster framförallt inom aktiviteter och delaktighet på tredje nivån. Det totala antalet ICF-kategorier blev 163 för arbetsterapeuter, 89 för sjukgymnaster och 95 för sjuksköterskor.

### Teambaserat urval ur ICF

I nästa steg togs ett teambaserat urval för ICF fram dvs. de professionsspecifika urvalen slogs ihop till ett gemensamt urval. Detta teambaserade urval omfattar 169 ICF-kategorier fördelade på olika nivåer i ICF. När de professionella organisationerna gett sin second opinionen ökade det teambaserade urvalet med 68 ICF-kategorier till totalt 237 ICF kategorier. Av dessa är 128 kategorier på andra nivån, varav 60 för kroppsfunktioner, 49 för aktiviteter och delaktighet, 13 för omgivningsfaktorer och 6 för kroppsstrukturer.

### *Validering*

De framtagna teambaserade urvalet på 128 ICF kategorierna på andra nivån validerades mot ICF core sets för geriatriska patienter inom postakut vård, som innehåller 123 ICF-kategorier [10]. Resultatet visade att 40 ICF-kategorier från ICF core sets saknades i det teambaserade urvalet, varav 22 ICF-kategorier infogades. Detta resulterade i totalt 150 ICF-kategorier på andra nivån (tabell 4).

Tabell 4. Urval av ICF-kategorier på andra nivån fördelat på komponent och kapitel respektive ICF core sets.

ICF-kod	ICF- kategorier	Antal i lista	Antal i ICF-core sets
	<b>Kroppsfunktioner</b>	<b>66</b>	<b>51</b>
b1	Psyksiska funktioner	16	13
b2	Sinnesfunktioner och smärta	12	8
b3	Röst- och talfunktioner	1	1
b4	Hjärt- kärlfunktioner, blodbildnings-, immun-systems- och andningsfunktioner	9	9
b5	Matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	7	6
b6	Funktioner i köns- och urinorgan samt reproduktiva funktioner	3	2
b7	Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner	12	9
b8	Hudens och därmed relaterade funktioner	3	3
	<b>Kroppsstrukturer</b>	<b>8</b>	<b>14</b>
s1-6		<b>0</b>	<b>7</b>
s7	Struktur som sammanhänger med rörelse	7	6
s8	Hud och därmed sammanhängande struktur	1	1
	<b>Aktiviteter och delaktighet</b>	<b>54</b>	<b>30</b>
d1	Lärande och tillämpa kunskap	11	3
d2	Allmänna uppgifter och krav	4	2
d3	Kommunikation	5	5
d4	Förflyttning	12	8
d5	Personlig vård	7	7
d6	Hemliv	4	0
d7	Mellanmänskliga interaktioner och reaktioner	2	2
d8	Viktiga livsområden	4	1
d9	Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	5	2
	<b>Omgivningsfaktorer</b>	<b>22</b>	<b>28</b>
e1	Produkter och teknik	8	7
e2	Naturmiljö	4	3
e3	Personligt stöd	10	7
e4	Attityder	0	9
e5	Service, tjänster och policies	0	2
	<b>Totalt</b>	<b>150</b>	<b>123</b>

### Urval för samtliga nivåer i ICF

Urvalet för samtliga nivåer i ICF innehåller totalt 259 ICF-kategorier fördelade på alla ICF-kapitel (första nivån), 150 på andra nivån, 78 på tredje nivån och en på fjärde nivån (tabell 5). Majoriteten av ICF-kategorierna återfinns inom aktiviteter och delaktighet.

**Tabell 5. Urval för ICF-kategorier fördelat på komponenter och nivåer samt de olika faserna i framtagandet av urvalet.**

	Nivå1		Nivå 2			Nivå 3		Nivå 4	Totalt
	A	B	A	B	C	A	B	A	
Kroppsfuntioner	8		60		6	17	3	1	<b>95</b>
Kroppsstrukturer	8		6		2				<b>16</b>
Aktiviteter och delaktighet	8	1	36	13	5	16	3	4	<b>113</b>
Omgivningsfaktorer	3	2	5	8	9	1	7		<b>35</b>
<b>Totalt per fas</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>107</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	
<b>Totalt per nivå</b>	<b>30</b>		<b>150</b>			<b>78</b>		<b>1</b>	<b>259</b>

A= Delphi-metoden; B= second opinion, C= validering ICF core sets

### Urval KVÅ

#### Professionsspecifikt urval ur KVÅ

Urvalet för KVÅ har sammanställts på likadant sätt som ICF. Den ursprungliga listan innehöll 417 åtgärder som reducerades till 271 KVÅ-koder efter genomförda enkäter med verksamhetsföreträdare.

När de professionella organisationerna gett sin second opinion kompletterades urvalet med 2 KVÅ-koder för arbetsterapeuter och 17 för sjukgymnaster. I det yrkesspecifika urvalet har arbetsterapeuterna flest åtgärder inriktade mot aktiviteter och delaktighet, sjukgymnaster och sjuksköterskor har flest åtgärder inriktade mot kroppsfuntioner.

#### Teambaserat urval ur KVÅ

Vid sammanslagning av de professionsspecifika urvalen till ett teambaserat urval för KVÅ blev det totalt 291 KVÅ-koder, fördelade på 109 utredande åtgärder, 166 behandlande åtgärder och 16 administrativa åtgärder. I det teambaserade urvalet är de flesta utredande och behandlande åtgärderna inriktade mot kroppsfuntioner.

## Diskussion och slutsatser

Urvalet ur ICF och KVÅ ska ses som ett led i att utveckla entydiga och enhetliga begrepp, termer och klassifikationer för att beskriva och bedöma behov och åtgärder samt följa resultat för äldre personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård. Urvalet är tänkt att användas i strukturerad dokumentation, dvs. med fast värde eller svarsalternativ i den lokala dokumentationen. Syftet är att information ska kunna återanvändas för t.ex. uppföljning på lokal nivå och som underlag för nationell statistik. Socialstyrelsen har tagit fram förslag på kompletteringar av den officiella statistiken med uppgifter om bedömt funktionstillstånd som kommer att samlas in med ICF och åtgärder med KVÅ.

Enligt tidigare studier saknas det ofta beskrivna mål för funktionstillståndet dvs. vilka mål som åtgärderna ska leda till i journaler, trots att det är av stor betydelse utifrån flera aspekter. Tydliga mål är motiverande för individen och gör det lättare för flera professioner att arbeta mot samma mål, samtidigt som de behövs för att man ska kunna följa resultat och måluppfyllelse. Hur ska professionerna kunna utvärdera resultatet om det inte finns en målformulering? Man kan säga ”att det blev vad det blev” utan att veta om man uppnått vad som var avsett med åtgärderna. Professionerna måste också i samband med utvärdering veta i förhållande till vad resultatet ska utvärderas. Den genomförda journalgranskningen visade på att det saknas strukturerad dokumentation om den äldres funktionstillstånd, mål, bedömt behov och resultat (23). Journalgranskningen visar att ett processorienterat arbetssätt, där den äldres behov och funktionstillstånd och satta mål är utgångspunkten, är en förutsättning för att man ska kunna följa resultat och måluppfyllelse. Granskningen visar även på att informationen kräver en struktur för att kunna vara ändamålsenlig, dvs. kunna erbjuda rätt information till rätt person vid rätt tillfälle. Modellerna för systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation i äldreomsorgen och kommunal hälso- och sjukvård är i första hand framtagna för att främja en behovsorienterad vård och omsorg, det vill säga modellerna ska skapa goda förutsättningar för verksamheterna i det dagliga arbetet. I andra hand har modellerna utvecklats för att skapa förutsättningar för jämförbar statistik på nationell nivå.

Urvalet ur ICF på andra nivån för att beskriva äldres behov stämmer väl med de tidigare framtagna core sets för patienter inom geriatrisk vård [10] och de förslag på tillägg som framkommit i validering [10]. Dock saknas det ICF-kategorier på andra nivån framför allt inom omgivningsfaktorer (attityder och service, tjänster och policies), vilket tyder på att urvalet kan utvecklas från kapitelnivå till andra nivån inom dessa områden. Därutöver saknas några ICF-kategorier inom kroppsfunktioner, vilket kan förklaras av att urvalet är framtaget för äldre inom särskilt boende och hemsjukvård och för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. I detta arbete har urvalet utökats med ICF-kategorier framförallt inom att lära och tillämpa kunskap,



förflyttning och hemliv. Detta kan bero på att urvalet är framtaget för äldre personer på särskilt boende och hemsjukvård där det är viktigt att beskriva behov inom dessa områden. Forskningen pekar på att andra nivån är en lämplig nivå för core sets, men att även mer detaljerade nivåer kan användas om bedömningen ska preciseras mer. Detta stämmer väl överens med det nu framtagna urvalet där huvudparten av ICF-kategorierna är på andra nivån, även om de även finns på tredje nivån. Den första nivån (kapitelnivån) är den mest övergripande. Den kan också användas som sorteringsgrund och markering om det inte är aktuellt eller att det inte finns någon funktionsnedsättning inom det kapitlet. Detta arbete har avgränsat sig till att omfatta yrkesgrupperna arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Det saknas därmed synpunkter och medverkan från t.ex. dietister och logopedier. Urvalet bör därför stämmas av med dessa yrkesgrupper, och med läkare som dokumenterar sina bedömningar i primärvårdsjournalen.

ICF:s syfte är inte att beskriva all dokumentation om personen, utan avgränsas till hälsa och hälsorelaterade tillstånd. I ICF:s biopsykosociala modell ingår också personfaktorer (t.ex. livsstil, vanor, beteende) som en del för att kunna beskriva hälsa, men personfaktorer finns inte närmare beskrivna. Just nu pågår ett utvecklingsarbete relaterat till ICF och personfaktorer i Holland som på sikt kan leda till att klassifikationen kan kompletteras med personfaktorer.

I modellen har Socialstyrelsen prövat att använda den generiska bedömningsskalan i tidigare försöksverksamhet. Det är vår avsikt att använda denna för att ge förutsättningar för en strukturerad dokumentation i enlighet med strategi för nationell eHälsa. ICF kommer även att användas på motsvarande sätt inom äldreomsorgen i socialtjänsten i den framtagna modellen Äldres behov i centrum (ÄBIC) [27]. Genom att använda ICF som grund för att med entydiga och enhetliga begrepp och termer beskriva äldres behov inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård minskar risken för missförstånd mellan professionerna och det ökar även semantisk interoperabiliteten mellan olika it-system. Dock saknas de legala förutsättningarna för att fullt ut kunna dela information mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

ICF finns inte idag representerat i Snomed CT. WHO och IHTSDO (den internationella organisation som äger och förvaltar Snomed CT) undersöker möjligheten att ICF på sikt ska kunna vara representerat i Snomed CT. Urvalet ur KVÅ kan användas för att dokumentera aktiviteter i utredning, bedömning, behandling, prevention och administrativa åtgärder. Den del i KVÅ som utgår från ICF-strukturen stämmer väl överens med WHO:s pågående utveckling av International Classifications of Health Interventions (ICHI).

Detta projekt har varit ett steg i att utveckla begrepp och termer för att dokumentera äldres behov och åtgärder samt resultat. Att beskriva äldres behov, åtgärder och resultat är en del av dokumentationen i kärnprocessen för den äldre personen inom kommunal hälso- och sjukvård. Fortsatt utvecklingsarbete kommer att behövas för att involvera fler professioner, för att testa interbedömarreliabiliteten av den generiska skalan för ICF samt utveckla vilka data som bära vara underlag för nationell statistik. Det är av stor betydelse

delse att interbedömarreliabiliteten, dvs. att två bedömare bedömer lika, testas ytterligare inom detta område.

Dessutom behöver nationell informationsstruktur och specialiseringar av nationell informationsstruktur för kommunal hälso- och sjukvård utvecklas för att bättre omfatta kommunal hälso- och sjukvård för äldre. Även det nationella fackspråket för övriga delar i processen, som inte täcks av urvalen ur ICF och KVÅ, måste utvecklas ytterligare. Dessutom behöver det utredas hur urvalen och modellen ska förvaltas och distribueras.

Slutsatser:

- Det framtagna urvalet ur ICF
  - innehåller ICF-kategorier från alla ICF-komponenterna för att beskriva äldres hälsa
  - stämmer väl med ICF core sets för geriatriska patienter inom slutenvården
  - kan användas för att bedöma äldres behov genom att dokumentera bedömt funktionstillstånd, mål, bedömt behov samt uppföljning av resultat med nytt bedömt funktionstillstånd och måluppfyllelse enligt den framtagna modellen.
- Det framtagna urvalet ur KVÅ kan användas för att dokumentera utredande och åtgärdande aktiviteter.
- Urvalen kan användas som underlag för utveckling av nationell statistik.

Socialstyrelsen avser att fortsätta sitt utvecklingsarbete för att

- reliabilitetstesta bedömningsskalan för urvalet i ICF
- utveckla nationell informationsstruktur för området
- utveckla vad som ska vara underlag för nationell statistik
- utreda hur urvalen och modellen ska förvaltas och distribueras.

Socialstyrelsen anser att det också finns behov av att testa modellen och att ta fram användarstöd för att införa modellen

## Referenser

1. Äldres behov av vård och omsorg - Förslag på nya statistikuppgifter från socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; planerad publicering 2013.
2. Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012
3. NPS-registret. Stockholm: Socialstyrelsen.
4. Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
5. Individbaserad verksamhetsuppföljning för personer som insjuknat i stroke och personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
6. Nationell Informationsstruktur - ett regeringsuppdrag inom Nationell ITstrategi för vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
7. Nationell Informationsstruktur – ett regeringsuppdrag inom Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
8. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen; 2003..
9. WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health 2001, Geneva: World Health Organization.
10. Grill E, Hermes R, Swoboda W, Uzarewicz C, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil* 2005;27:411-417.
11. Stier-Jarmer M, Grill E, Müller M, Strobl R, Quittan M, Stucki G. Validation of the comprehensive ICF core set for patients in geriatric post-acute rehabilitation facilities. *J Rehabil Med* 2011; 43: 113–122
12. Grimby G, Harms-Ringdahl K, Morgell R, Nordenskiöld U, Sunnerhagen KS. ICF- klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd, Ett internationellt utvecklingsarbete. *Läkartidningen* 2005;102(37):2556-9
13. Darzins P, Fone S, Darzins S. Viewpoint. The International Classification of Functioning, Disability and Health can help to structure and evaluate therapy. *Austral Occup Ther J* 2006;53(2):127-131.
14. Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R, Cieza A, Kennedy C, Selb M, Stucki G, Üstün TB. Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disability & Rehabilitation*, 2011. **33**(15/16): p. 1475-1482.
15. MORSE, Riktlinjer för sjukskrivning vid sjukdomar i rörelseorganen - ett kunskapsunderlag, in MORSE rapportserie2009: Lund.

16. Larsson M, Lexell J. Delaktighet och omgivningsfaktorer i ICF. Möjligheter och utmaningar vid användning inom rehabilitering. *Läkartidningen* 2009;13(106): 932-935.
17. Üstün TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. *Health Care Financing Review* 2003;24(3):77
18. SFS, Hälso- och sjukvårdslagen (The Swedish health and medical services act), S. The Swedish Government, Editor 1982 Svensk författningssamling, 1982:763.
19. SFS, Socialtjänstlagen in 2001:4532001.
20. Metod för behovsbedömning. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
21. Liss PE. Målsättningar och verklighet-vård och omsorg i kommunal regi. Del 1 Mål och prioriteringar, 2006, PrioriteringsCentrum: Linköping.
22. Liss PE. Setting goals in health promotion. A conceptual and ethical platform. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1999. 3: p. 169-173.
23. Vem dokumenterar vad inom kommunal hälso- och sjukvård? Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
24. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 2000. 32(4): p. 1008-1015.
25. Morita E, Weigl M, Schuh A, Stucki G. Identification of relevant ICF categories for indication, intervention planning and evaluation of health resort programs: a Delphi exercise. *International Journal of Biometeorology*, 2006. 50(3): p. 183-191.
26. Weigl M., Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Aman E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med*, 2004. 36: p. 12-21.
27. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

# Bilaga 1 Urval ICF

Tabell 1. Teambaserat urval ur ICF på samtliga nivåer samt urval för respektive yrkesgrupp och ICF core sets.

ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
<b>B</b>	<b>KROPPSFUNKTIONER</b>					
<b>b1</b>	<b>PSYKISKA FUNKTIONER</b>	1	1*	1*	1*	
b110	Medvetandefunktioner	1			1*	1
b114	Orienteringsfunktioner	1	1*	1	1*	1
b1140	Orientering till tid	1	P		1	
b1141	Orientering till rum	1	P		1	
b1142	Orientering till person	1	P		1	
b117	Intellectuella funktioner	1	1	1	1	1
b126	Temperament och personlighetsfunktioner	1			1	
b130	Energi och driftfunktioner	1	P	1	1	1
b1300	Energinivå	1	P			
b1301	Motivation	1	P			
b134	Sömnfunktioner	1	P		1*	1
b1343	Sömnkvalitet	1	P			
b140	Uppmärksamhetsfunktioner	1	1*	1	1	1
b144	Minnesfunktioner	1	1*	1	1*	1
b147	Psykomotoriska funktioner	1			1	1
b152	Emotionella funktioner	1			1*	1
b156	Perceptuella funktioner	1	1	P	1	1
b160	Tankefunktioner	1			1	
b164	Högre kognitiva funktioner	1	1			
b167	Psykiska språkfunktioner	1	1		1	1
b176	Psykisk funktion att ordna sammansatta rörelser i följd	1	1			1
b180	Funktioner för erfarenheter av jaget och tid	1				1
<b>b2</b>	<b>SINNESFUNKTIONER OCH SMÄRTA</b>	1	1*	1*	1*	
b210	Synfunktioner	1	1	1	1*	1
b215	Funktioner hos strukturer intill ögat	1				1
b220	Förnimmelser förenade med öga och angränsande strukturer	1			1	
b230	Hörsel-funktioner	1	1		1*	1
b235	Vestibulära funktioner	1		1*		

ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
b240	Förnimmelser i samband med hörsel och vestibulär funktion	1	P	1	1*	1
b2401	Yrsel	1	P	1	1	
b2402	Känsla av att falla	1	P	1		
b250	Smakfunktion	1			1	
b255	Luktfunktion	1			1	
b260	Proprioceptiv funktion	1	1	1*		1
b265	Beröringsfunktion	1	1	1*	1	1
b270	Sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck	1	1	1		1
b280	Smärtfornimmelse	1	1	1*	1*	1
b2800	Generell smärta	1		1	1	
b2801	Smärta i en kroppsdel	1	P	1*	1	
b28016	Smärta i leder	1	P	1		
b2803	Smärta i ett dermatom (hudsegment)	1		1		
b2804	Utstrålade smärta i ett segment eller region	1		1		
<b>b3</b>	<b>RÖST- OCH TALFUNKTIONER</b>	1	1		1*	
b320	Artikuleringsfunktioner	1				1
<b>b4</b>	<b>HJÄRT- KÄRLFUNKTIONER, BLODBILDNINGS-, IMMUNSYSTEMS- OCH ANDNINGSFUNKTIONER</b>	1		1*	1*	
b410	Hjärtfunktioner	1		1	1*	1
b4100	Hjärtfrekvens	1			1	
b4101	Hjärtrytm	1			1	
b415	Blodkärlsfunktioner	1			1*	1
b420	Blodtrycksfunktioner	1			1*	1
b430	Blodbildningsfunktioner	1			1	1
b435	Immunologiska funktioner	1			1	1
b4351	Överkänslighetsreaktioner	1			1*	
b440	Andningsfunktioner	1		1*	1*	1
b445	Andningsmuskelfunktioner	1		1		
b450	Övriga andningsfunktioner	1				1
b455	Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete	1		1*		1
b460	Förnimmelser i samband med hjärt-kärlfunktioner och andningsfunktioner	1			1	1
<b>b5</b>	<b>MATSMÄLTNINGS- OCH ÄMNESOMSÄTTNINGS-FUNKTIONER OCH ENDOKRINA FUNKTIONER</b>	1			1*	

ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
b510	Funktioner vid intagande av föda	1	P		1*	1
b5105	Att svälja	1	P		1	
b5106	Uppstötning eller kräkning	1			1	
b515	Matsmältningsfunktioner	1			1*	
b5153	Födoämnestolerans	1			1	
b525	Avföringsfunktioner	1			1*	1
b530	Viktuppehållande funktioner	1			1*	1
b535	Förnimmelser förenade med matsmältningssystemet	1			1*	1
b540	Allmänna ämnesomsättningsfunktioner	1				1
b545	Funktioner för vatten-, mineral- och elektrolytbalans	1				1
b550	Värmereglerande funktioner	1			1*	
b5500	Kroppstemperatur	1			1	
b555	Endokrina funktioner	1			1	
<b>b6</b>	<b>FUNKTIONER I KÖNS- OCH URINORGANEN SAMT REPRODUKTIVA FUNKTIONER</b>	1			1*	
b610	Urinutsöndringsfunktioner	1			1*	
b620	Urineringsfunktioner	1			1*	1
b6202	Urinkontinens	1			1	
b630	Förnimmelser förenade med urinfunktioner	1			1	1
<b>b7</b>	<b>NEUROMUSKULOSKELETALA OCH RÖRELSERELATERADE FUNKTIONER</b>	1	1*	1*	1*	
b710	Funktioner för rörlighet i leder	1	1*	1*	1	1
b715	Ledstabilitetsfunktioner	1	1	1*		1
b720	Funktioner för rörlighet mellan skelettdelar	1		1*		
b730	Muskelkraftsfunktioner	1	1	1*		1
b735	Muskeltonusfunktioner	1	1	1*		1
b740	Muskeluthållighetsfunktioner	1		1*		
b750	Motoriska reflexfunktioner	1		1*		
b755	Funktioner för icke viljemässiga rörelsereaktioner	1		1*		1
b760	Funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser	1		1*		1
b765	Funktioner för icke viljemässiga rörelser	1		1*		1
b770	Gångmönster	1		1*		1
b780	Förnimmelser vad avser muskel- och rörelsefunktioner	1		1		1
<b>b8</b>	<b>FUNKTIONER I HUDEN OCH DÄRMED RELATERADE STRUKTURER</b>	1		1	1*	

ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
b810	Hudens skyddsfunktioner	1			1*	1
b820	Hudens läkande funktioner	1			1	1
b840	Förnimmelser som hänger samman med huden	1			1	1
<b>d</b>	<b>AKTIVITETER OCH DELAKTIGHET</b>					
<b>d1</b>	<b>LÄRANDE OCH ATT TILLÄMPA KUNSKAP</b>	1	1*	P	1*	
d110	Att se	1	1			
d115	Att lyssna	1	1			
d120	Annat målinriktat utnyttjande av sinnesintryck	1	P			
d130	Att härma	1				1
d155	Att förvärva färdigheter	1				1
d160	Att fokusera uppmärksamhet	1	1			
d166	Att läsa	1	1			
d170	Att skriva	1	1			
d172	Att räkna och beräkna	1	P			
d175	Att lösa problem	1	1			1
d177	Att fatta beslut	1	1			
<b>d2</b>	<b>ALLMÄNNA UPPGIFTER OCH KRAV</b>	1	1*	P	1	
d210	Att företa en enstaka uppgift	1	1			
d220	Att företa mångfaldiga uppgifter	1	1			
d230	Att genomföra daglig rutin	1	1*			1
d2301	Att klara daglig rutin	1	P			
d2302	Slutföra den dagliga rutinen	1	P			
d2303	Att hantera den egna aktivitetsnivån	1	P			
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav	1	P			1
<b>d3</b>	<b>KOMMUNIKATION</b>	1	1*	1	1*	
d310	Att kommunicera genom att ta emot talade meddelanden	1	1			1
d315	Att kommunicera genom att ta emot icke-verbala meddelanden	1	P			1
d330	Att tala	1	1			1
d335	Att uttrycka sig genom icke-verbala meddelanden	1	1			1
d360	Att använda kommunikationsutrustningar och kommunikationstekniker	1	1			1
d3600	Att använda telekommunikationsutrustning	1	P			
<b>d4</b>	<b>FÖRFLYTTNING</b>	1	1*	1*	1*	
d410	Att ändra grundläggande kropps-	1	1*	1*	1	1



ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
	ställning					
d4100	Att ligga ner	1	1	1		
d4103	Att sitta	1	1	1*		
d4104	Att stå	1	1	1*		
d4106	Att förskjuta kroppens tyngdpunkt	1	P	1		
d415	Att bibehålla en kroppsställning	1	1*	1*		1
d4153	Att bibehålla sittande ställning	1	1*	1		
d4154	Att bibehålla stående ställning	1	P	1		
d420	Att förflytta sig själv	1	1*	1*	1	1
d4200	Att förflytta sig själv i sittande ställning	1		1		
d4201	Att förflytta sig själv i liggande ställning	1	P			
d430	Att lyfta och bära föremål	1	1	P		
d440	Handens finmotoriska användning	1	1*	1*		1
d445	Användning av hand och arm	1	1*	1*		1
d450	Att gå	1	1*	1*	1	1
d4500	Att gå kortare sträckor	1		P		
d4501	Att gå längre sträckor	1		P		
d4502	Att gå på olika underlag	1		P		
d4503	Att gå runt hinder	1		P		
d455	Att röra sig omkring på olika sätt	1	1	1*		
d4551	Att klättra eller gå i trappa	1	P	1		
d460	Att röra sig omkring på olika platser	1	1	1		1
d4600	Att röra sig inom hemmet	1		P		
d4601	Att röra sig inom andra byggnader än hemmet	1		P		
d4602	Att röra sig utanför hemmet och andra byggnader	1		P		
d465	Att förflytta sig med hjälp av utrustning	1	1*	1*	1	1
d470	Att använda transportmedel	1	1	P		
d4702	Att använda offentliga transportmedel	1	P			
d475	Att vara förare	1	P			
d4750	Att föra mänskligt drivna transportfordon	1	P			
d4751	Att köra motoriserade fordon	1	P			
d5	<b>PERSONLIG VÅRD</b>	1	1*	1	1*	
d510	Att tvätta sig	1	1*		1	1
d5100	Att tvätta delar av kroppen	1	1			
d5101	Att tvätta hela kroppen	1	1			
d5102	Att torka sig	1	1			
d520	Kroppsvård	1	1*		1	1

ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
d5200	Hudvård	1	P			
d5201	Tandvård	1	P			
d5202	Hårvård	1	P			
d5203	Att sköta fingernaglar	1	P			
d5204	Att sköta tånaglar	1	P			
d530	Att sköta toalettbehov	1	1*		1	1
d5300	Att kontrollera urinering	1	P			
d5301	Att kontrollera avföring	1	P			
d540	Att klä sig	1	1*		1	1
d5400	Att klä på sig	1	1			
d5401	Att klä av sig	1	1			
d5402	Att sätta på sig fotbeklädnad	1	1			
d5403	Att ta av sig fotbeklädnad	1	1			
d5404	Att välja lämplig klädsel	1	P			
d550	Att äta	1	1*		1	1
d560	Att dricka	1	1*		1	1
d570	Att sköta sin egen hälsa	1	P	P	1	1
<b>d6</b>	<b>HEMLIV</b>	1	1*	P		
d620	Att skaffa varor och tjänster	1	1*			
d6200	Att handla	1	1			
d630	Att bereda måltider	1	1*			
d6300	Att bereda enkla måltider	1	P			
d6301	Att bereda sammansatta måltider	1	P			
d640	Hushållsarbete	1	1			
d6400	Att tvätta och torka kläder	1	P			
d6401	Att städa köksutrymme och köksredskap	1	P			
d6402	Att städa bostaden	1	P			
d6403	Att använda hushållsapparater	1	P			
d6404	Att förvara förnödenheter för det dagliga livet	1	P			
d6405	Att avlägsna avfall	1	P			
d650	Att ta hand om hemmets föremål	1	P			
d6504	Att underhålla hjälpmedel	1	P			
d6505	Att ta hand om växter inomhus och utomhus	1	P			
d6506	Att ta hand om djur	1	P			
<b>d7</b>	<b>MELLANMÄNSKLIGA INTERAKTIONER OCH RELATIONER</b>	1	1		1*	
d760	Familjerelationer	1				1

ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
d770	Intima relationer	1				1
<b>d8</b>	<b>VIKTIGA LIVSOMRÅDEN</b>	1	P			
d855	Obetald sysselsättning	1	P			
d860	Grundläggande ekonomiska transaktioner	1	P			1
d865	Komplexa ekonomiska transaktioner	1	P			
d870	Ekonomisk självförsörjning	1	P			
<b>d9</b>	<b>SAMHÄLLSGEMENSKAP, SOCIALT OCH MEDBORGERLIGT LIV</b>	1	1		1	
d910	Samhällsgemenskap	1	P			
d920	Rekreation och fritid	1	P			
d930	Religion och andlighet	1	P		1	1
d940	Mänskliga rättigheter	1				1
d950	Politiskt liv och medborgarskap	1	P			
<b>E</b>	<b>OMGIVNINGSAKTÖRER</b>					
<b>e1</b>	<b>PRODUKTER OCH TEKNOLOGI</b>	1	1*	1*	1*	
e110	Produkter eller substanser för egen konsumtion	1			1	1
e1101	Läkemedel	1			1	
e115	Produkter och teknik för eget bruk i det dagliga livet	1	1	1		1
e1150	Allmänna produkter och teknik för personligt bruk i det dagliga livet	1	P			
e1151	Stödande produkter och teknik för personligt bruk i det dagliga livet	1	P			
e120	Produkter och teknik för personlig förflyttning och transport inomhus och utomhus	1	1*	1*		1
e1201	Stödande produkter och stödande teknik för personlig förflyttning och transport inomhus och utomhus	1	P			
e125	Produkter och teknik för kommunikation	1	1*			1
e1250	Allmänna produkter och allmän teknik för kommunikation	1	P			
e1251	Stödande produkter och stödande teknik för kommunikation	1	P			
e140	Produkter och teknik för kultur, rekreation och fritid	1				1
e145	Produkter och teknik för utövande av religion och andlighet	1				1
e150	Design, konstruktion, byggnadsteknik och byggnadsprodukter för allmänt bruk	1	P	P		1

ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
e155	Design, konstruktion, byggnadsteknik och byggnadsprodukter för privat bruk	1	1			
e1550	<i>Design, konstruktion, byggnadsteknik och byggnadsprodukter för att gå in i och ut ur byggnader för privat bruk</i>	1	P			
e1551	<i>Design, konstruktion, byggnadsteknik och byggnadsprodukter för användning av underlättande anordningar i byggnader för privat bruk</i>	1	P			
<b>e2</b>	<b>NATURMILJÖ OCH MÄNSKLIGT SKAPADE MILJÖFÖRÄNDRINGAR</b>	1	P			
e210	Fysisk geografi	1		P		
e240	Ljus	1	P			1
e245	Tidsrelaterade förändringar	1				1
e250	Ljud	1	P			1
<b>e3</b>	<b>PERSONLIGT STÖD OCH PERSONLIGA RELATIONER</b>	1	1*	1	1*	
e310	Närfamilj	1	P			1
e315	Storfamilj eller utvidgad familj	1				1
e320	Vänner	1				1
e325	Bekanta, kamrater, kollegor, grannar och personer i umgänget	1				1
e330	Människor i maktpositioner	1				1
e335	Människor i underordnade positioner	1	P			
e340	Personliga vårdgivare och personliga assistenter	1	P			
e350	Husdjur	1	P			
e355	Yrkesutövare inom hälso- och sjukvård	1				1
e360	Andra yrkesutövare	1				1
<b>e4</b>	<b>ATTITYDER</b>	1	P	1		
<b>e5</b>	<b>SERVICE, TJÄNSTER, SYSTEM OCH POLICIES</b>	1	P			
<b>S</b>	<b>KROPPSTRUKTURER</b>					
<b>s1</b>	<b>STRUKTURER I NERVSISTEMET</b>	1		1	1	
<b>s2</b>	<b>ÖGAT, ÖRAT OCH DÄRMED RELATERADE STRUKTURER</b>	1			1*	
<b>s3</b>	<b>STRUKTURER INVOLVERADE I RÖST OCH TAL</b>	1			1	
<b>s4</b>	<b>STRUKTURER I HJÄRT-KÄRLSYSTEMET, IMMUNOLOGISKA SYSTEMET OCH ANDNINGSSYSTEMET</b>	1			1	

ICF-kod	ICF-kategori	Team base-rat	AT	SG	SSK	ICF core sets
s5	STRUKTURER SOM SAMMANHÄNGER MED MATSMÄLTNINGS- OCH ÄMNESOMSÄTTNINGSSYSTEMEN SAMT ENDOKRINA SYSTEMET	1			1	
s6	STRUKTURER SOM SAMMANHÄNGER MED KÖNS- OCH URINORGANENS SYSTEM	1			1	
s7	STRUKTURER SOM SAMMANHÄNGER MED RÖRELSE	1	1	1*	1	
s710	Struktur i huvud och halsregion	1		1		1
s720	Struktur i skulderregion	1		1		1
s730	Struktur i övre extremitet	1	P	1		
s740	Struktur i bäckenregion	1		1		1
s750	Struktur i nedre extremitet	1		1		1
s760	Struktur i bål	1		1		1
s770	Övrig muskuloskeletal struktur som sammanhänger med rörelse	1				1
s8	HUD OCH DÄRMED SAMMANHÄNGANDE STRUKTURER	1			1*	
s810	Struktur i hudområde	1				1
	TOTALT	259	163	89	95	105

\*ICF-kategori där 50 % av yrkesgruppen skattat mycket viktig (4) på en femgradig skala (0-4).

Teambaserat (totala gruppen); AT (arbetsterapeut); SG (sjukgymnast); SSK (sjuksköterska)

P är infogade ICF-kategorier efter second opinion av professionella organisationer  
ICF-core sets innehåller ytterligare 11 ICF-kategorier för omgivningsfaktorer och 7 för kroppsstrukturer dvs totalt 123 ICF-kategorier

## Bilaga 2 Urval KVÅ

Tabell 2. Totalt urval ur KVÅ samt för respektive yrkesgrupp.

KVÅ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
<b>UTREDANDE/BEDÖMNING</b>					
PA000	Utredning av psykiska funktioner	1	1*	1*	1*
PA001	Bedömning av medvetandefunktioner	1			1*
PA002	Bedömning av orienteringsfunktioner	1	1*	1	1*
PA003	Bedömning av intellektuella funktioner	1	1		1
PA005	Bedömning av temperament och personlighetsfunktioner	A			A
PA006	Bedömning av energi och driftfunktioner	A		A	A
PA007	Bedömning av sömnfunktioner	1	1		1*
PA008	Bedömning av uppmärksamhetsfunktioner	1	1		
PA009	Bedömning av minnesfunktioner	1	1*		1*
PA010	Bedömning av psykomotoriska funktioner	A			A
PA011	Bedömning av emotionella funktioner	A			A
PA012	Bedömning av perceptuella funktioner	1	1		
PA013	Bedömning av tankefunktioner	A			A
PA014	Bedömning av högre kognitiva funktioner	1	1		
PA015	Bedömning av psykiska språkfunktioner	1	1		
PA017	Bedömning av psykisk funktion att ordna sammansatta rörelser i följd	A	A		
PB000	Utredning av sinnesfunktioner och smärta	1	1*	1*	1*
PB002	Hörselundersökning	A	A		A
PB003	Bedömning av balansfunktion	1	1	1*	
PB004	Bedömning av förnimmelser i samband med hörsel och vestibulär funktion	1		1	1
PB005	Bedömning av smakfunktion	A			A
PB006	Bedömning av luktfunktion	A			A
PB007	Bedömning av proprioceptiv funktion	1	1	1*	
PB008	Bedömning av beröringsfunktion och temperatur	1	1	1*	1
PB009	Bedömning av smärta	1	1	1*	1*
PC001	Utredning av röst och talfunktioner	A	A		A
PD000	Utredning av hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings- och immunsystemsfunktioner och andningsfunktioner	1		1*	1*
PD001	Pulsmätning	1			1*
PD003	Bedömning av blodkärlsfunktioner	1			1
PD005	Bedömning av ortostatism	1			1
PD006	Ödemmätning	1			1*

KVÄ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
PD007	Bedömning av andningsfunktioner	1		1*	1*
PD008	Bedömning av hostfunktion	1		1	1
PD009	Bedömning av tolerans för fysisk ansträngning och uthållighet	1		1*	
AF015	Blodtrycksmätning standard	1			1*
PE000	Utredning av matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	1			1*
PE002	Bedömning av sväljfunktion	1			1
PE003	Bedömning av matsmältningsfunktioner	A			A
PE005	Bedömning av avföringsfunktioner	1			1*
PE006	Bedömning av viktuppehållande funktioner	1			1*
PE007	Bedömning av besvär relaterat till matsmältning	1			1
PE009	Bedömning av vätskebalans	1			1
PE010	Bedömning av värmereglerande funktioner	1			1
AV084	Längdmätning (kroppslängd)	1			1*
AV112	Viktmätning	1			1*
AV090	Näringsvärdesberäkning, förenklad	1			1
AV091	Näringsvärdesberäkning, komplett				
AV072	Dygnsmätning av dryckes- och urinvolym	1			1*
PF000	Utredning av funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	1			1*
PF001	Utredning av urinutsöndringsfunktioner	A			A
PF002	Bedömning av urineringsfunktioner	1			1*
PG000	Utredning av neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner	1	1*	1*	1
PG001	Bedömning av ledrörlighet	1	1	1*	
PG002	Bedömning av ledstabilitet	1	1	1*	
PG003	Bedömning av muskelfunktion	1	1	1*	
PG004	Bedömning av reflexer	1		1	
PG005	Bedömning av icke viljemässiga rörelsereaktioner	1		1*	
PG006	Bedömning av viljemässig rörelsekontroll	1	1	1*	
PG007	Bedömning av gångmönster	1		1*	
PH000	Utredning av funktioner i huden och därmed relaterade strukturer	1	1		1*
PH001	Bedömning av huden	1			1*
PH002	Bedömning av risk för trycksår	1			1*
PH003	Bedömning av hudens läkande funktion	1			1
AV034	Provtagning UNS	1			1
PJ000	Utredning av lärande och tillämpning av kunskap	1	1	P	1
PJ001	Bedömning av målinriktad användning av sinnesupplevelser	A	A		

KVÅ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
PJ003	Bedömning av att tillämpa kunskap	A	A		
PK000	Utredning av genomförande av allmänna uppgifter och krav	1	1*	P	
PK001	Bedömning av att företa en enstaka uppgift	1	1		
PK002	Bedömning av att företa mångfaldiga uppgifter	1	1		
PK003	Bedömning av att genomföra daglig rutin	1	1*		
PL000	Utredning av förmåga att kommunicera	1	1*	P	1*
PL001	Bedömning av att vara mottagare	1	1		
PL002	Bedömning av att vara sändare	1	1		
PL004	Bedömning av att använda kommunikationsutrustning och tekniker	1	1		
PM000	Utredning av förmåga att förflytta sig	1	1*	1*	1*
PM001	Bedömning av lägesförändring samt bibehållande av kroppsställning	1	1*	1*	
PM002	Bedömning av kroppshållning	1	1	1*	
PM003	Bedömning av förflyttning	1	1*	1*	
PM004	Bedömning av att lyfta, bära och förflytta föremål	1	1	1	
PM005	Bedömning av finmotorik	1	1*	1	
PM006	Bedömning av att använda arm och hand	1	1*	1*	
PM007	Bedömning av att gå	1	1*	1*	
PM008	Bedömning av att röra sig på olika sätt och på olika platser inom och utom hemmet	1	1	1*	
PM009	Bedömning av att förflytta sig med hjälpmedel	1	1*	1*	
PM010	Bedömning av att använda transportmedel	1	1	P	
PN000	Utredning av personlig vård	1	1*		1*
PN001	Bedömning av att tvätta sig	1	1*		
PN002	Bedömning av att vårda sin kropp	1	1*		
PN003	Bedömning av att sköta sina toalettbehov	1	1*		
PN004	Bedömning av att klä på och av sig	1	1*		
PN005	Bedömning av att äta och dricka	1	1*		
PN008	Bedömning av att sköta sin egen hälsa	1	1	P	
PP000	Utredning av hemliv	1	1*	P	
PP002	Bedömning av att inköpa dagligvaror	1	1*		
PP003	Bedömning av att utföra hushållsgöromål	1	1		
PP004	Bedömning av att laga mat	1	1*		
PP005	Bedömning av att tvätta	1	1		
PP006	Bedömning av att städa bostaden	1	1		
PQ000	Utredning av mellanmänniska interaktioner och relationer	A	A		A
PS000	Utredning av socialt och medborgerligt liv	1	1		



KVÄ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
PS003	Bedömning av engagemang i religiösa och andliga frågor	A	P		A
PT000	Utredning av omgivningsfaktorer	1	1*	1*	1
PT001	Bedömning av behov av omgivningsanpassning i det dagliga livet	1	1*	1*	
PT002	Bedömning av hjälpmedelsbehov	1	1*	1*	
PT008	Bedömning av allmän miljö	P	P	P	
PT009	Bedömning av boendemiljö	1	1*	1*	
PT010	Bedömning av fysisk miljö	P		P	
PT011	Bedömning av personligt stöd från omgivningen	A	A	A	A
PT012	Bedömning av attityder i omgivningen	A		A	
	BEHANDLING/ÅTGÄRDANDE				
QA000	Behandling relaterad till psykiska funktioner	1	1*	1*	1*
QA001	Övervakning av medvetande	1			1*
QA002	Träning av orienteringsfunktioner	1	1*		
QA004	Underlättande av sömn	1			1*
QA006	Uppmärksamhetsträning	1	1		
QA007	Minnesträning	1	1		
QA009	Stöd vid oro	1			1*
QA010	Perceptionsträning	1	1		
QA011	Kognitiv funktionsträning	1	1		
QA012	Afasiträning	1	1		?
QA013	Apraxiträning	1	1		?
QA014	Kroppsmedvetandeträning	1		1	
QB000	Behandling av sinnesfunktioner och smärta	1	1*	1*	1*
QB001	Balansträning	1		1*	
QB002	Yrselträning	1		1*	
QB003	Fallprevention	1	1*	1*	1*
QB008	Smärtreducerande behandling	1		1*	1
QB011	Fysikalisk behandling	1		1*	
DN006	Mobilisering	1		1*	
DA001	Akupunktur	1		1*	
DA021	Transkutan nervstimulering	1		1*	
DC011	Ögonspolning	1			1
DD002	Borttagande av vaxpropp (exkl. spolning)	1			1
	Behandling relaterad till hjärta-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystemets- och andningsfunktioner	1		1*	1*
QD002	Cirkulationsbefrämjande åtgärd	1		1*	1*
QD004	Skötsel av central venkateter	1			1*
QD005	Skötsel av perifer venkateter	1			1*
QD006	Lymfödembehandling	1		P	1

KVÅ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
QD008	Övervakning av vitala tecken	1			1*
QD009	Blodstillning	1			1*
QD011	Övervakning av överkänslighetsreaktion	1			1*
QD012	Andningsträning	1		1*	1
QD013	Skötsel av endotracheal eller tracheal tub	1			1*
QD014	Syrgasbehandling	1			1*
QD015	Träning av hostfunktion	1		1	
QD016	Träning av fysisk prestationsförmåga	1		1*	
DG012	Rensugning av luftvägar	1			1*
	Behandling relaterad till matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	1			1*
QE003	Övervakning av näringsintag	1			1*
QE005	Underlättande av sväljning	1			1*
QE006	Stöd för regelbunden tarmtömning	1			1*
QE007	Övervakning av avföringsmönster	1			1*
QE009	Stöd för viktminskning	1			1*
QE010	Stöd för viktökning	1			1*
QE013	Stöd vid illamående/kräkning	1			1*
QE014	Övervakning och korrigering av saltbalansen	1			1
QE015	Övervakning av blodsockernivå	1			1*
QE016	Övervakning av kroppstemperatur	1			1*
DV051	Nutritionsbehandling, individuellt anpassad kost	1			1*
DV052	Nutritionsbehandling, konsistensanpassning	1			1*
DV053	Nutritionsbehandling, kosttillsägg, berikning	1			1*
DV054	Nutritionsbehandling, lågkaloridieter	1			1
DV055	Nutritionsbehandling, parenteral nutrition	1			1
DV056	Nutritionsbehandling, specialkost	1			1*
DV065	Sondmatning	1			1*
DB002	Insulinsättning hos typ-2- diabetiker	1			1*
	Behandling relaterad till funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	1			1*
QF002	Kontinesträning	1			1
QF003	Inkontinensvård	1			1*
QF006	Peritonealdialys	1			1*
DJ009	Lavemang	1			1*
DJ011	Stomikontroll	1			1*
DK017	Spolning av urinblåsa	1			1*
DK020	Spolning av urinkateter	1			1*
DK021	Borttagande av urinkateter	1			1*
TKC20	Kateterisering av urinblåsa	1			1*
QG000	Behandling relaterad till rörelsefunktioner	1	1*	1*	

KVÅ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
QG001	Rörlighetsträning	1	1	1*	
QG003	Muskelfunktions- och styrketräning	1	1	1*	
QG004	Träning av posturala reaktioner	1		1*	
QG005	Koordinationsträning	1	1	1*	
QG007	Avslappningsträning	1		1*	
DN009	Muskeltøj	1		1	
QH000	Behandling relaterad till funktioner i huden och därmed relaterade strukturer	1	1*	1*	1*
QH001	Trycksårsprofylax	1	1*	1	1*
QH008	Sårvård	1			1*
QH010	Hudvård	1			1*
QH011	Klädstillande behandling	1			1*
DQ020	Smörjning	1			1*
QJ000	Stöd och träning i lärande och kunskapsstillämpning	1	1		
QK000	Stöd och träning i kravhantering	1	1*		
QK001	Stöd och/eller träning i att företa enstaka uppgifter	1	1		
QK003	Stöd och/eller träning i att genomföra daglig rutin	1	1		
QL000	Stöd och träning i att kommunicera	1	1*		
QM000	Behandling relaterad till förflyttning	1	1*	1*	
QM004	Kroppsplacering	1	1*	1*	
QM005	Träning av kroppshållning och kroppsställning	1	1	1*	
QM006	Övervakning av kroppsställning				
QM007	Förflyttningsträning	1	1*	1*	
QM009	Assistans vid förflyttning	1	1*	1*	
QM011	Träning i att lyfta, bära och flytta föremål	1	1	P	
QM013	Träning av finmotorik	1	1*	1	
QM014	Träning i att använda hand och arm	1	1*	1*	
QM015	Gångträning	1	1	1*	
QM017	Träning i att röra sig omkring på olika sätt	1	1	1*	
QM020	Träning i att använda transportmedel	1	1	P	
QN000	Behandling relaterad till personlig vård	1	1*		1*
QN001	Stöd vid personlig vård	1	1*		
QN002	Assistans vid personlig vård	1	1		
QN004	Träning i att tvätta sig	1	1*		
QN005	Assistans vid tvättning	1	1		
QN007	Träning i kroppsvård	1	1*		
QN008	Assistans vid kroppsvård	1	1		
QN010	Träning i munvård	1	1		
QN011	Assistans vid munvård	1			1

KVÄ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
QN012	Fullständigt utförande av munvård	1			1
QN013	Träning i att sköta sina toalettbehov	1	1*		
QN015	Skötsel av stomi	1			1
QN016	Träning av på- och avklädning	1	1*		
QN017	Assistans vid på- och avklädning	1	1		
QN019	Träning i att äta och dricka	1	1*		
QN020	Assistans vid födointag	1			1
QN021	Övervakning vid födointag	1			1
QN022	Matning	1			1
QN024	Övervakning av vätskeintag	1			1
QV001	Information/undervisning om hälsa-ohälsa	1		1	1
QV002	Information/undervisning om hälsoproblem	1		1	1
QV003	Information/undervisning om egenvårdsprogram	1		1*	1
QV004	Information/undervisning om undersökningar och behandlingar	1		1	1*
QV005	Information/undervisning om kostfrågor	1			1
QV006	Information/undervisning om medicinering	1			1*
QV007	Information/undervisning om smärta	1		1*	1*
QV010	Information/undervisning om ergonomi**	1	1	1*	
QV011	Träningsprogram	1	1*	1*	
QV012	Gruppträning	1		1*	
QX001	Prevention av smittsamma sjukdomar	1			1
QX002	Minskning av risken för att en individ skadar sig själv	1			1
DV131	Enkla råd om fysisk aktivitet	1	1	1*	1
DV132	Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	1		1	
DV141	Enkla råd om matvanor	1		P	1
QP000	Stöd och träning i hemliv	1	1*	P	
QP004	Träning i inköp av dagligvaror	1	1		
QP005	Träning i hushållsgöromål	1	1*		
QP008	Matlagningsträning	1	1		
QP009	Träning i att tvätta	1	1		
QP010	Träning i att städa bostaden	1	1		
QT000	Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer	1	1*	1*	1*
QT001	Riskreducering för immunologisk reaktion	1			1
QT002	Läkemedelsdispensering	1			1*
QT003	Anpassning av produkter och teknik i det dagliga livet	1	1*	1*	
QT004	Utprovning och/eller tillverkning av ortos	1	1	1	
QT005	Hjälpmedelsförskrivning	1	1*	1*	
GA023	Utprovning och förskrivning av rullstol	1	1*	P	

KVÄ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
GA025	Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel (exklusive rullstol)	1	1*	1	
GA017	Utprovning och underhåll av ortopedtekniska hjälpmedel	1		1	
QT006	Träning i att använda hjälpmedel	1	1*	1*	
QT007	Hjälpmedelsrådgivning	1	1*	1*	
QT009	Anpassning av boendemiljö	1	1*	1	
QT011	Närståendestöd	1		P	1
QT012	Omgivningsanpassning	1	1		
QX004	Preoperativ förberedelse	1			1
QX006	Vård i livets slutskede	1		1	1*
QX007	Omhändertagande av avliden	1			1*
	ADMINISTRATRATION OCH TYP AV KONTAKT				
GD001	Anmälan enligt lag	1		P	1
GD002	Intyg, enklare	1	1	P	
GD003	Intyg, omfattande	1	1*	P	
GB004	Patientrelaterad extern information och utbildning	1	1	1*	1
XS001	Information och rådgivning med företrädare för patienten	1	1	1*	1
XS005	Extern kontakt	1	1*	1*	1
XS007	Konferens med patient	1	1*	1*	1*
XS008	Konferens om patient	1	1*	1*	1*
XS010	Medverkan i teambesök och gruppteambesök	1	1*	1*	1*
XS011	Information och rådgivning per telefon med företrädare för patienten	1	1*	1	1*
XS012	Information och rådgivning med patient per telefon	1	1*	1*	1*
XS900	Enskilt besök	1	1	1*	1
XS901	Gruppbesök eller gruppteambesök	1		1	
XS902	Teambesök	1	1*	1	1
ZV025	Hembesök	1	1*	1*	1*
DV063	Rådgivande samtal	1		1	1
	ÅTGÄRDER KOPPLADE TILL LÄKEMEDEL				
DV046	Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos	1			1*
DT011	Läkemedelstillförsel, intramuskulär	1			1*
DT016	Läkemedelstillförsel, intravenös	1			1*
DT017	Läkemedelstillförsel, kutan	1			1*
DT018	Läkemedelstillförsel, nasal	1			1*
DT019	Läkemedelstillförsel, peroral	1			1*
DT020	Läkemedelstillförsel, rektal	1			1*

KVÅ-kod	Åtgärd	Team baserat	AT	SG	SSK
DT021	Läkemedelstillförel, subkutan	1			1*
DT022	Läkemedelstillförel, transkutan	1			1
DT023	Läkemedelstillförel, vaginal	1			1*
DT024	Läkemedelstillförel, via inhalation	1			1*
DT026	Ordination av läkemedel	1			1*
DT030	Vaccination	1			1*
DT031	Övervakning efter läkemedelstillförel (inklusive vaccin)	1			1*
	Totalt	291	143	121	165

\* visar på de åtgärder som har värderats mycket viktig (4) på en femgradig skala (0-4) av 50 procent eller fler inom respektive yrkesgrupp.

\*\* QV010 kan även vara riktad till personal.

A är infogade åtgärder (utredande) utifrån att motsvarande ICF-kategori finns med i slutligt urval.

P är infogade åtgärder efter second opinion från professionella organisationer.