

Baslista för KVÅ-kodning av vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård 2024

Urval av KVÅ-koder för rapportering till Socialstyrelsens patientregister vid vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård. Giltig från och med 1 januari 2024.

Baslistan för 2024 har 2023-12-15 gemensamt beslutats av de representanter för psykiatri i de sex sjukvårdsregionerna som ingår i Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret, en grupp som arbetar på uppdrag av SKR:s Nätverk för styrning och ledning av psykiatri.

Under 2023 har adjungerade representanter för följande förbund och föreningar aktivt deltagit i arbetet: Akademikerförbundet SSR - Psykoterapeutföreningen, Fysioterapeuterna, Läkarsekreterare och sjukvårdsadministratörers förbund, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svenska psykiatriska föreningen, Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, Sveriges Arbetsterapeuter och Sveriges Psykologförbund.

Innehåll

Om baslistan och hur den förvaltas	3
Beredningsgruppens sammansättning	5
Principer för urval av åtgärder	6
Förändringar i baslistan 2024	7
Baslistans principiella användning	7
Förslag på steg i framtagandet av lokalt kodurval för slutenvård	7
Instruktion för dig som kodar	8
Generella anvisningar.....	8
Förteckning över åtgärdskoderna i baslistan	8
Introduktion.....	8
Administrativa koder	9
Kliniska åtgärder	9
Åtgärder enligt LPT eller LRV	10
Anvisningar för åtgärdskodernas användning	11
Kliniska åtgärder	11
Undersökning och bedömning.....	11
ECT och andra medicintekniska åtgärder.....	12
Övriga kliniska åtgärder	14
Samordning.....	15
Åtgärder enligt LPT eller LRV	17
Kvarhållning	17
Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering)	17
Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård.....	17
Behandling med stöd av fasthållande.....	18
Behandling under fastspänning	19
Fastspänning.....	20
Avskiljande	21
Inskränkning elektronisk kommunikation, undersökning och övervakning av försändelser	23
Kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning	24
Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd.....	24
Bilaga 1 - Beskrivning av normalvårdtillfälle i psykiatrisk slutenvård	25

Om baslistan och hur den förvaltas

Baslistan

I detta dokument beskrivs ett urval ur Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ, vilket utgör en rekommenderad miniminivå för åtgärdsrapportering vid den obligatoriska rapporteringen till Socialstyrelsens patientregister, PAR. Detta kodurval betecknas baslista.

När motsvarande åtgärder har förekommit vid vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård ska de KVÅ-koder som ingår i urvalet alltid rapporteras.

Syftet med baslistan för psykiatrisk slutenvård är att skapa en grund för en enhetlig och användbar rapportering av vårdtillfällen - inte att ge en heltäckande bild av psykiatrisk slutenvård.

KVÅ

Klassifikation av vårdåtgärder, (KVÅ), är en klassifikation för åtgärder utförda inom hälso- och sjukvården. KVÅ används bl.a. vid den obligatoriska rapporteringen till Socialstyrelsens patientregister. KVÅ förvaltas av Socialstyrelsen.

KVÅ uppdateras årligen, en uppdaterad version införs vid varje årsskifte. Socialstyrelsens rutin för uppdatering av KVÅ beskrivs i dokumentet [Uppdateringsrutiner för KVÅ](#).

Förvaltning av baslistan

Baslistan förvaltas av Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret, en arbetsgrupp som arbetar på uppdrag av SKR:s [Nätverk för styrning och ledning av psykiatri](#). Beredningsgruppen består av representanter för psykiatri i de sex sjukvårdsregionerna, till gruppen har adjungerats representanter för psykiatrins professioners föreningar eller förbund. Som framgår av namnet är beredningsgruppens uppdrag att skapa förutsättningar för att den obligatoriska rapporteringen till patientregistret sker på ett enhetligt och samordnat sätt, detta för att de inrapporterade uppgifterna ska ge ett användbart underlag för analys och statistisk.

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

Eftersom KVÅ uppdateras vid varje årsskifte, behöver även baslistan revideras i samband med årsskiftet. I uppdateringen av baslistan måste behovet av förändring noga vägas mot behovet av stabilitet och långsiktighet.

I revisionen ingår följande:

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

- Översyn av övriga texter i dokumentet.

Baslistan beslutas gemensamt av de sex sjukvårdsregionernas representanter i beredningsgruppen.

Historik

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

Kom med synpunkter och förslag!

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

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

Beredningsgruppens sammansättning

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

Sjukvårdsregion	Representant	Mailadress
Norra sjukvårdsregionen	Björn Norlin	bjorn.norlin@rvn.se
Sjukvårdsregion Mellansverige	Kristina Morén	kristina.moren@akademiska.se
Stockholms sjukvårdsregion	Mattias Agestam	mattias.agestam@regionstockholm.se
Sydöstra sjukvårdsregionen	Mona Lindell Bunis	mona.lindell.bunis@rjl.se
Västra sjukvårdsregionen	Ulrika Lundberg	ulrika.lundberg@vregion.se
Södra sjukvårdsregionen	Lill Torstensson	Lill.Torstensson@skane.se

Under 2023 har nedan listade representanter för förbund och föreningar aktivt deltagit i arbetet. De som inte samtidigt är representanter för en sjukvårdsregion har adjungerats till beredningsgruppen.

Organisation	Representant	Mailadress
Akademikerförbundet SSR - Psykoterapeutföreningen	Helena Brännström	helena.brannstrom@norbotten.se
Fysioterapeuterna	Tomas Waldegren	tomas.waldegren@rjl.se
Läkarsekreterare och sjukvårdsadministratörers förbund	Mona Lindell Bunis	mona.lindell.bunis@rjl.se
Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri	Jonas Nilsson Maarit Wirkkala	Jonas.O.Nilsson@regionostergotland.se maarit.wirkkala@regiongavleborg.se
Svenska psykiatriska föreningen	Mattias Agestam	mattias.agestam@regionstockholm.se
Svenska Rättpsykiatriska Föreningen	Kaj Forslund	kaj.forslund@regionstockholm.se
Sveriges Arbetsterapeuter	Lisa Brändström5	lisa.brandstrom@norbotten.se
Sveriges Psykologförbund	Niklas Lanbeck	niklas.lanbeck@regionstockholm.se

Principer för urval av åtgärder

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

Lag (1998:543) om hälsodataregister

”Ändamål

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

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

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

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

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

Följande kriterier har använts vid urval av åtgärder:

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

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

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

Förändringar i baslistan 2024

Följande ändringar har gjorts i baslistan:

- Omfattande justeringar och uppdateringar har gjorts i övriga texter med anledning av att förvaltningen av baslistan har överförts till Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret.
- Inga förändringar har gjorts i urvalet av koder, i kodtexter eller beskrivningstexter.

Baslistans principiella användning

Åtgärderna i listan ska då de har förekommit i psykiatrisk slutenvård alltid KVÅ-kodas och rapporteras till Socialstyrelsens patientregister. Rapporteringen görs i enlighet med *Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret* [HSLF-FS 2023:33](#). Baslistan anger miniminivån för den nationella rapporteringen till patientregistret.

Det finns inget som hindrar att ytterligare KVÅ-koder tas med i lokala eller regionala kodurval. Vid tillägg av ytterligare koder rekommenderas att utgångspunkten även då ska vara att rapporteringen ska syfta till att **beskriva väsentliga åtgärder som patienten har fått** och som inte praktiskt taget alltid förekommer vid psykiatrisk slutenvård.

Åtgärder som praktiskt taget alltid förekommer vid vårdtillfälle för den aktuella patientgruppen kan sägas vara en del av ett normalvårdtillfälle.

I [Bilaga 1](#) beskrivs åtgärder som ingår i **normalvårdtillfälle** för psykiatri och som därför inte bör kodas.

Förslag på steg i framtagandet av lokalt kodurval för slutenvård

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

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

kompletteras med lokal anvisning så länge denna inte motsäger kodens beskrivningstext eller den anvisning som finns i baslistan.

Instruktion för dig som kodar

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

Generella anvisningar

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

Rutinåtgärder vid normalvårdtillfälle

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

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

Exempel på rutinåtgärder finns i bilagan [Beskrivning av normalvårdtillfälle inom psykiatrisk slutenvård](#)

Förteckning över åtgärdskoderna i baslistan

Introduktion

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

Notera att

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

Avgränsning av baslistan

Åtgärdskoderna i baslistan är dels koder som avser det kliniska innehållet i vårdkontakten, dels koder som avser åtgärder enligt LPT eller LRV.
Se kategorin "Administrativa koder" nedan.

Administrativa koder

Observera att det finns situationer då det i rapporteringen till patientregistret är obligatoriskt att använda koder med rent administrativ innebörd.
Beträffande användning av dessa koder hänvisas till Socialstyrelsens anvisningar.

Kliniska åtgärder

Undersökning och bedömning	
AA011	Datortomografi, hjärna
AA045	Magnetresonanstomografi, hjärna
AA085	Undersökning med psykologiska och psykometriska instrument
AU006	Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik
AU118	Strukturerad suicidriskbedömning
AU122	Strukturerad farlighetsbedömning
ECT och annan medicinteknisk behandling	
DA006	Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS
DA024	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral
DA025	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral
DU050	Repetitiv transkranieell magnetstimulering (rTMS)
TJD00	Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond
Övriga kliniska åtgärder	
DV091	Smittisolerering
DV092	Skyddsisolerering
SA010	Generell anestesi och sedering... <i>Kod för sövning vid svår abstinens. För fullständig kodtext se "Anvisning för kodernas användande".</i>
XV014	Ständigt närvarande personal (extravak) i 8 timmar eller mer
ZV060	Vårdtillfälle inom slutenvård psykiatrisk vård som inletts genom självvald inskrivning

Samordning	
AU123	Upprättande av krisplan
AU124	Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)
AU125	Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivning
AW007	Upprättande av plan för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
Anmälan enligt lag	
GD007	Anmälan för utredning enligt LVM
GD008	Anmälan enligt SoL angående barn med möjligt skyddsbehov
Åtgärder för berörda minderåriga	
DU055	Samtal med vuxen patient om minderårigs behov och möjlighet till stöd
DU056	Samtal med vuxen patient och berörd minderårig om barnets situation och behov
DU057	Samtal med minderårig vars förälder är patient om den minderårigas situation och behov

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

Anvisningar för åtgärdskodernas användning

I tabellen nedan finns anvisningar för kodernas användning.

Följande uppgifter ingår:

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

Generellt gäller att åtgärderna ska ha dokumenterats i patientens journal.

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

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

		<p>av elektrisk ström. Används vid psykiska sjukdomar, främst förstämningssyndrom. Elektroplaceringen är okänd eller en annan än unilateral eller bitemporal, exempelvis bifrontal. Vid åtgärd utförd med stöd av fasthållande se XU027. Vid åtgärd utförd med stöd av fastspänning, se XU037</p> <p><i>Utesluter:</i> ECT, bilateral, se DA025, ECT, unilateral, se DA024</p>	
DA024	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral	<p>Behandling där ett krampanfall framkallas, under anestesi, med hjälp av elektrisk ström som administreras med unilateral elektroplacering. Används vid psykiska sjukdomar, främst förstämningssyndrom. Vid åtgärd utförd med stöd av fasthållande, se XU025. Vid åtgärd utförd med stöd av fastspänning, se XU035</p>	Se anvisning ovan.
DA025	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral	<p>Behandling där ett krampanfall framkallas, under anestesi, med hjälp av elektrisk ström som administreras med bilateral elektroplacering temporalt. Används vid psykiska sjukdomar, främst förstämningssyndrom. Vid åtgärd utförd med stöd av fasthållande, se XU026. Vid åtgärd utförd med stöd av fastspänning, se XU036</p>	Se anvisning ovan.
DU050	Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS)	<p>I behandlande syfte utförd repetitiv magnetisk påverkan på avgränsad del av hjärnbarken med hjälp av elektromagnetisk spole placerad på patientens huvud</p>	
TJD00	Nasogastrisk eller nasogastroduodenal sond	<p><i>Utesluter:</i> Nasogastrisk eller nasogastroduodenal</p>	<p>Avser anläggande av sond.</p> <p><i>Utesluter:</i> sond som anläggs med stöd av fasthållning,</p>

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

		möjlighet att inom fastställda ramar själv besluta om inskrivning	
Samordning			
<p><i>I ett vårdtillfälle i psykiatrisk slutenvård är samordning mellan olika aktörer och upprättande av vårdplan åtgärder som praktiskt taget alltid kan antas ingå. I den obligatoriska nationella rapporteringen till patientregistret ingår därför inga koder för detta eftersom en sådan rapportering inte skulle tillföra information. Vid vård enligt LPT och LRV gäller dock andra regler.</i></p>			
AU123	Upprättande av krisplan	Upprättande eller revidering av skriftlig krisplan för patienten. En krisplan innehåller en beskrivning av de symtom och tecken som hos den specifika patienten kan föregå försämring eller återinsjuknande. I planen beskrivs de åtgärder som patienten och andra aktörer bör vidta om dessa symtom eller tecken uppträder. Krisplanen upprättas tillsammans med patienten, ofta under medverkan av närstående och eventuellt andra aktörer.	
AU124	Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)	Insatser enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen respektive 2 kap. 7 § socialtjänstlagen. För uppföljning av SIP, se AW010. Utesluter: XU042 Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård och AU125 Upprättande av samordnad individuell plan vid utskrivning	<p>"När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan..... "</p> <p>"... Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vilka insatser som behövs, 2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen". HSL 16 kap 4§

			En samordnad individuell plan kan endast upprättas om patienten gett sitt samtycke.
AU125	Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivning	Insatser enligt 4 kap. 2 § lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Planen ska upprättas i enlighet med 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen respektive 2 kap. 7 § socialtjänstlagen. För uppföljning av SIP, se AW010. <i>Utesluter:</i> XU042 Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård och AU124 Upprättande av samordnad individuell plan	Se anvisning AU124
AW007	Upprättande av plan för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)	Upprättande/omprövande av plan enligt 4 kap. 10–11 § Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, HSLF-FS 2016:1	
Anmälan enligt lag			
GD007	Anmälan för utredning enligt LVM	Anmälan till socialnämnden enligt 6 §, 2 stycket, LVM för initiering av utredning angående behov av vård enligt LVM. Med LVM avses Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	
GD008	Anmälan enligt SoL ang. barn med möjligt skyddsbehov	Anmälan till socialnämnden enligt 14 kap 1 § SoL av förhållande som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.	
Åtgärder för berörda minderåriga			
DU055	Samtal med vuxen patient om minderårigs behov och möjlighet till stöd	Avser situationer enligt 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen då minderårigt barns förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos har en psykisk/fysisk sjukdom/funktionsnedsättning, substansmissbruk eller oväntat avlider	
DU056	Samtal med vuxen patient och berörd	Information, råd och stöd genom samtal enligt 5 kap. 7 § hälso- och	

	minderårig om barnets situation och behov	sjukvårdslagen med barn och förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos	
DU057	Samtal med minderårig vars förälder är patient om den minderårigas situation och behov	Åtgärden innebär information, råd och stöd enligt 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen genom samtal med barn (utan närvaro av förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos)	
Åtgärder enligt LPT eller LRV			
Kvarhållning			
XU047	Kvarhållning enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård	Beslut som fattats av läkare enligt 6 § lagen om psykiatrisk tvångsvård att, sedan vårdintyg har utfärdats, hålla kvar patienten på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts	
Ändrad psykiatrisk vårdform (konvertering)			
XU043	Överföring från frivillig sluten vård till sluten psykiatrisk tvångsvård	Av chefsöverläkaren fattat beslut enligt 11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård, genom vilken vården av patient som är intagen för frivillig psykiatrisk vård övergår till sluten psykiatrisk tvångsvård	Avser chefsöverläkarens beslut vid konvertering från HSL till LPT.
XU044	Överföring från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård	Av chefsöverläkaren fattat beslut enligt 14 § lagen om psykiatrisk tvångsvård, genom vilken sluten psykiatrisk tvångsvård inleds när rättspsykiatrisk vård upphör. Avser fall som beskrivs i 15 § lagen om rättspsykiatrisk vård	Avser chefsöverläkarens beslut vid konvertering från LRV till LPT.
Upprättande/revidering av vårdplan vid tvångsvård			
XU041	Upprättande av vårdplan vid tvångsvård	Innebär upprättande eller uppdatering av vårdplan enligt 16 § LPT eller 6 § 2 st LRV. Används vid tvångsvård.	Observera att vårdplan alltid "skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård." Det innebär att åtgärden ska rapporteras på praktiskt taget all <u>slutenvård</u> enligt LPT eller LRV.
XU042	Upprättande av samordnad vårdplan vid tvångsvård	Innebär upprättande eller uppdatering av vårdplan enl 7a § LPT eller 16b § 2 st LRV. Används vid tvångsvård.	Avser vård- och omsorgsplan som upprättats inför ansökan till förvaltningsrätten om <u>öppen</u> psykiatrisk tvångsvård eller <u>öppen</u> rättspsykiatrisk vård.

			<p>Planen beskriver insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst för den enskilde och har upprättats efter samordnad vård- och omsorgsplanering.</p> <p>Det finns vid rapportering av vårdtillfälle i slutenvård inget krav på att rapportera vilka aktörer som medverkat i planens upprättande.</p>
Behandling med stöd av fasthållande			
XU023	Läkemedelstillförsel utförd med stöd av fasthållande		Läkemedelstillförsel, oberoende av administrationsätt, som, efter beslut enligt LPT eller LRV, utförs med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer med fysiskt tvång inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden.
XU024	Anläggning av sond och/eller sondmatning utförd med stöd av fasthållande		Anläggning av sond och/eller sondmatning, som, efter beslut enligt LPT eller LRV, utförs med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer med fysiskt tvång inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden.
XU025	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral, utförd med stöd av fasthållande		Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Administreras med unilateral elektrodplacering. Utförs efter beslut enligt LPT eller LRV med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer med fysiskt tvång inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden.
XU026	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral, utförd med stöd av fasthållande		Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Administreras med bilateral elektrodplacering temporalt. Utförs efter beslut enligt LPT

			eller LRV med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer med fysiskt tvång inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden.
XU027	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), UNS, utförd med stöd av fasthållande	För ECT, bilateral, utförd med stöd av fasthållande, se XU026 För ECT, unilateral, utförd med stöd av fasthållande, se XU025	Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Elektrodplaceringen är okänd eller en annan än unilateral eller bilateral, exempelvis bifrontal. Utförs efter beslut enligt LPT eller LRV med stöd av fasthållande. Med fasthållande avses att en eller flera personer med fysiskt tvång inskränker patientens rörlighet för att möjliggöra åtgärden. ECT, unilateral, utförd med stöd av fasthållande se XU025. ECT, bilateral, utförd med stöd av fasthållande se XU026.
Behandling under fastspänning			
XU033	Läkemedelstillförsel utförd med stöd av fastspänning	Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008	Läkemedelstillförsel, oberoende av administrationsätt, som utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte.
XU034	Anläggning av sond och/eller sondmatning utförd med stöd av fastspänning	Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008	Anläggning av sond och/eller sondmatning, som utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte.
XU035	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), unilateral, utförd med stöd av fastspänning	Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008	Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Administreras med unilateral elektrodplacering. Utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte.
XU036	Elektrokonvulsiv terapi (ECT), bilateral, utförd med stöd av fastspänning	Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008	Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Administreras med bilateral

			elektroplacering temporal. Utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte.
XU037	Elektrokonvulsiv terapi (ECT) UNS utförd med stöd av fastspänning	Fastspänningen kodas separat, se XU000 – XU008 ECT, unilateral, utförd med stöd av fastspänning, se XU035. ECT, bilateral, utförd med stöd av fastspänning, se XU036.	Behandling under anestesi där ett krampanfall framkallas med hjälp av elektrisk ström. Elektroplaceringen är okänd eller en annan än unilateral eller bilateral, exempelvis bifrontal. Utförs medan patienten, med stöd av beslut enligt LPT eller LRV, är fastspänd i bälte.
Fastspänning			
XU000	Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar	Patienten hålls fastspänd med bälte med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med fastspänning ska endast en kod för fastspänning rapporteras. <i>Utesluter:</i> Fastspänning av minderårig patient upp till och med 1 timme, (XU007), Fastspänning av minderårig patient i mer än 1 och högst 4 timmar (XU008).	Se separat anvisning nedan.
XU003	Fastspänning i mer än 4 timmar men mindre än 72 timmar	Patienten hålls fastspänd med bälte med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med fastspänning ska endast en kod för fastspänning rapporteras.	Se separat anvisning nedan.
XU004	Fastspänning i 72 timmar eller mer	Patienten hålls fastspänd med bälte med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med fastspänning ska endast en kod för fastspänning rapporteras.	Se separat anvisning nedan.
XU007	Fastspänning av minderårig patient upp till och med 1 timme	Patient under 18 år hålls fastspänd med bälte på grund av omedelbar fara för att patienten lider allvarlig skada. Används vid tvångsvård enligt LPT eller LRV. <i>Utesluter:</i>	Se separat anvisning nedan.

		Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar (XU000)	
XU008	Fastspänning av minderårig patient i mer än 1 och högst 4 timmar	Patient under 18 år hålls fastspänd med bälte på grund av omedelbar fara för att patienten lider allvarlig skada. Används vid tvångvård enligt LPT eller LRV. <i>Utesluter:</i> Fastspänning av vuxen patient upp till och med 4 timmar (XU000)	Se separat anvisning nedan.

Fastspänning – anvisning för kodning

Observera att varje enskilt tillfälle med fastspänning ska kodas.

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

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

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

Som tidpunkt för åtgärden rapporteras fastspänningens starttid.

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

Avskiljande			
XU010	Avskiljande av vuxen patient upp till och med 8 timmar	Patienten hålls avskild från andra patienter med stöd av LPT eller LRV vid tvångsvård. Vid ett och samma tillfälle med avskiljning ska endast en kod för avskiljning rapporteras. <i>Utesluter:</i>	Se separat anvisning nedan.

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

Avskiljande – anvisning för kodning

Observera att varje enskilt tillfälle med avskiljande ska kodas.

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

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

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

30 - 59 dagar: 1 gång

60 - 89 dagar: 2 gånger

90 - 119 dagar: 3 gånger

120 - 149 dagar: 4 gånger

etc.

Som tidpunkt för åtgärden rapporteras avskiljningens starttid.

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

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

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

Bilaga 1 - Beskrivning av normalvårdstillfälle i psykiatrisk slutenvård

Begreppet "Normalvårdstillfälle"

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

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

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

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

Beskrivning av åtgärder vid slutenvårdstillfälle inom psykiatrin vilka normalt inte behöver rapporteras.

Normalvårdstillfälle inom psykiatrisk slutenvård	fy sioterapeut arbetsterapeut	kurator	läkare	psykiolog	psykiaterapeut	sjuksköterska	skötare
1. Identitetskontroll	x	x	x	x	x	x	x
2. Inskrivningssamtal, inklusive samtal med patienten om problem, behov, omständigheter kring inläggningen och patientens önskemål om vård och behandling. Genomgång av relevanta delar av tidigare journal mm.			x			x	
3. Rundvisning på avdelningen samt information om rutiner, tider osv.						x	x
4. Fortlöpande bedömning av psykiskt tillstånd. Ställningstagande till behov av fördjupad bedömning av suicidrisk och våldsrisk.	x	x	x	x	x	x	x
5. Klinisk undersökning av somatiskt tillstånd. Kan inkludera mätning av blodtryck, vikt, längd, midjemått, puls, etc.			x			x	x
6. Mindre omfattande laboratorieanalyser och elektrofysiologiska undersökningar.			x			x	
7. Fortlöpande bedömning av levnadsomständigheter, aktivitets- och funktionsnivå. Inkluderar ställningstagande till behov av fördjupad bedömning.	x	x	x	x	x	x	x
8. Användning av mindre omfattande bedömningsinstrument anpassat efter patientens tillstånd.	x	x	x	x	x	x	x
9. Kontakter med närstående och andra för informationsutbyte och stöd.	x	x	x	x	x	x	x
10. Information om behandlingsalternativ och diskussion om val av behandling utifrån patientens önskemål och motivation.	x	x	x	x	x	x	x
11. Fortlöpande utvärdering av behandlingsresultat och sideeffekter.	x	x	x	x	x	x	x
12. Upprättande / revidering av vårdplan	x	x	x	x	x	x	x
13. Samtal, motivering, stöd och uppmuntran om förbättring och återhämtning samt stöd för egenvård.	x	x	x	x	x	x	x
14. Mindre omfattande information och rådgivning avseende boende, ekonomi, arbete, studier el. annan sysselsättning	x	x	x	x	x	x	x
15. Stimulera och understödja patientens medverkan i behandlingen	x	x	x	x	x	x	x
16. Omsorg såsom hjälp och stöd med aktiviteter i dagliga livet (ADL).						x	x
17. Följa med patient utanför avdelningen.						x	x
18. Aktivering av patient.	x	x	x	x	x	x	x
19. Läkemedelsbehandling: information, insättning, dosjustering, administration, utsättning. Läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse.			x			x	
20. Utskrivningssamtal, remiss för uppföljande kontakt, tidbokning, utfärdande av recept, intyg m.m. Inkluderar planering tillsammans med patient, närstående och vårdgrannar.	x	x	x	x	x	x	x
21. Journalföring	x	x	x	x	x	x	x

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

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

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

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