

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) – bakgrund och förklarande information

(Version 2.6, 2007-09-21, uppdaterad 2009-03-27)

Historik

I alla högt utvecklade länder ökar kraven på att skattefinansierade verksamheter ska kunna redovisa sin verksamhet. Detta krav omfattar även hälso- och sjukvården, ett krav som ökat parallellt med att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat. En av orsakerna till kostnadsökningen är den snabba utvecklingen av de medicinska kunskaperna som lett till att allt svårare sjukdomstillstånd kan behandlas även i högre åldrar. Denna fortgående ökning har medfört att kostnaderna för hälso- och sjukvården under senare decennier har tenderat att överstiga BNP-tillväxten. En annan orsak till intresset för uppföljning av sjukvårdsproduktionen är att budgetering på klinisknivå alltmer har bundits till verksamhetens omfattning.

De beskrivningar av sjukvårdsproduktionen som hittills redovisats bygger huvudsakligen på tillgängliga statistiska uppgifter. Hit hör bl.a. abortstatistiken, cancerstatistiken, dödsorsaksstatistiken, förlossningsstatistiken, slutenvårdsstatistiken, DRG i slutenvård samt redovisning av antalet besök i öppen vård. Dessa statistiska uppgifter gäller huvudsakligen diagnoser och besöksfrekvenser.

Behovet av att kunna jämföra sjukvårdsproduktionen mellan olika landsting har efterhand blivit allt större. Inte minst gäller detta åtgärder i hälso- och sjukvården. Inom det kirurgiska området har det funnits en svensk operationsklassifikation – Klassifikation av operationer – sedan 1963. I denna klassifikation ingick även ett mindre antal icke-kirurgiska åtgärder, särskilt för barnmedicin, i den s.k. 9000-listan.

Sedan 1997 finns en gemensam nordisk kirurgisk åtgärdsklassifikation, som i svensk anpassning heter Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 (KKÅ97). När KKÅ97 tillkom överflyttades de icke-kirurgiska åtgärderna i 9000-listan till en ”temporär åtgärdslista” (TÅL, även kallad V-lista). Eftersom bokstaven ”V” var ledig i KKÅ97 sattes prefix före de tidigare 9000-numret, t.ex. V9120 som står för ”Benmargstransplantation”. På detta sätt har koderna fått gälla tills vidare som temporära koder och kunnat fortsätta registreras med koppling till det gamla numret i avvaktan på ett nytt system för åtgärder inom hälso- och sjukvården.

För primärvården togs en åtgärdsklassifikation fram under början av 1990-talet, men utgavs först 1998. Den hade dock en del brister bl.a. med bristande konsensus om vissa avsnitt och har inte använts i större grad.

Internationellt finns ingen officiell gemensam åtgärdsklassifikation. WHO utgav 1978 en testversion av en åtgärdsklassifikation, International Classification of Procedures in Medicine (ICPM). Denna testversion blev aldrig färdiggjord och officiellt publicerad, men har kunnat fungera som förlaga för olika nationella åtgärdsklassifikationer.

Det har varit svårt att göra en korrekt beskrivning av sjukvårdsproduktionen på basen av tillgängliga statistiska uppgifter och ännu svårare att jämföra sjukvårdsproduktionen mellan olika sjukvårdshuvudmän. Detta gäller inte minst verksamheten i öppen vård, där allt tyngre och mer omfattande åtgärder numera utförs. Även i den slutna vården har komplexitetsgraden av åtgärderna ökat. Till detta kommer att den öppna vården har ökat i omfattning och tyngd samtidigt som den slutna vården minskat. Ett annat problem är att det inte finns någon internationell överenskommelse om indelningsgrunder och kodstruktur för en åtgärdsklassifikation samt önskemålet att klassifikationen ska kunna användas inom skilda verksamheter och av olika hälso- och sjukvårdspersonalgrupper.

Våren 1993 startade företrädare för Norrlands Universitetssjukhus och Stockholms läns landsting ett projekt för att försöka beskriva verksamheten i öppen vård. Initiativet var föranlett av att enhetliga beskrivningar av den öppna sjukhusvården saknades. Flera huvudmän stod inför att införa system för ersättning per patient inte bara i slutna vård (DRG) utan även i öppen vård. Syftet var då att skapa en svensk översättning av en amerikansk åtgärdsklassifikation (CPT4). På grund av svårigheterna med detta begärde ett antal landsting 1994 medverkan av Socialstyrelsen. Projektet kom att omfatta Socialstyrelsen, SPRI, Landstinget Gävleborg, Malmöhus läns landsting, Stockholms läns landsting, Västerbottens läns landsting samt Västra regionen. Syftet med projektet blev att ta fram en för uppdragsgivarna gemensam åtgärdslista för öppen och slutna sjukhusvård (GÅL). Man beslöt sig för att utarbeta åtgärder för i första hand internmedicin och psykiatri. Resultatet med förslag om fortsatt arbete överlämnades till Socialstyrelsen och Landstingsförbundet i juni 1996.

Därefter skedde samråd mellan Socialstyrelsen och Landstingsförbundet som ledde till att det under hösten 1998 beslöts om ett projekt i syfte att utforma en svensk klassifikation av medicinska åtgärder. I projektet avsågs det att GÅL:s resultat skulle analyseras samt att internationellt och nordiskt genomförda eller pågående arbeten skulle studeras. Socialstyrelsen åtog sig att leda projektet som skulle genomföras i samarbete med en arbetsgrupp med utsedda representanter från berörda sektioner inom Svenska Läkaresällskapet.

Klassifikationen skulle bygga på en logisk struktur, ha en jämn detaljeringsgrad samt ge möjlighet till framtida aktualisering och utbyggnad. Klassifikationen skulle avse patientrelaterade åtgärder inom hälso- och sjukvården och vara oberoende av vårdgivarkategori och medicinskt verksamhetsområde. Man såg fram emot att klassifikationen skulle kunna utgöra ett första steg mot en gemensam klassifikation för alla vårdgivarkategorier.

Hösten 2000 remissbehandlades en första version av en klassifikation som fick namnet *Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ)*. I remissvaren fanns många konkreta förslag som senare kunde inarbetas i klassifikationen, men även en generell kritik som främst riktade sig mot den använda kodstrukturen, som ansågs alltför medicinskt präglad och läkarinriktad.

Det föreslogs också att den struktur som finns i *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*, även skulle kunna användas i en åtgärdsklassifikation.

För att ta vara på erfarenheterna från remissomgången år 2000 ägde under år 2001 ett flertal arbetsmöten rum mellan arbetsgruppen för KMÅ och företrädare för olika professionella grupper. Under 2002 inleddes ett samarbete med Västra Götalandsregionens projekt för att beskriva öppenvården vid sjukhusen (BESIS).

Detta samarbete skedde i en arbetsgrupp bestående av Lars Berg (Socialstyrelsen), ordförande, distriktsläkare Lars Björkman (Västra Götalandsregionen), professor emeritus Sven Dahlgren, Mikael Hahr (Socialstyrelsen), överläkare Bengt Kron (Västra Götalandsregionen) och leg. sjuksköterska Stig Svensson (Västra Götalandsregionen).

Gruppens arbete, som blev mycket omfattande, inriktades på att få olika verksamhetsområden och hälso- och sjukvårdspersonalgrupper att enas om gemensamma åtgärder och utforma ett antal specifika åtgärdsförteckningar, som praktiskt skulle kunna användas inom olika verksamhetsområden eller av grupper av hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare integrerades åtgärderna från KKÅ97, åtgärderna i TÅL samt de nytillkomna åtgärderna av icke kirurgisk karaktär i en gemensam databas till en klassifikation som fick arbetsnamnet *Klassifikation av åtgärder inom vård och omsorg (KÅVO)*. När ett femtiotal åtgärdsförteckningar var utarbetade skickades databasen samt förteckningarna på en mycket bred remiss till olika huvudmän, föreningar samt sektioner inom Svenska Läkaresällskapet under hösten 2003. De olika föreningarna/sektionerna fick i sin remiss bl.a. databasen och sin egen åtgärdsförteckning.

I projektet *Informationsförsörjning och Verksamhetsuppföljning i vård och omsorg (InfoVU)* (<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/klassifikationer/specnavigation/Ovrigt/InfoVU.htm>) identifierades även behovet av en bredare åtgärdsklassifikation, som omfattar åtgärder även utanför den kirurgiska verksamheten och som är användbar även för att beskriva åtgärder utförda av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Det fortsatta arbetet med åtgärdsklassifikationen fick därför under 2004 ekonomiskt stöd från InfoVU.

Under 2004 arbetade gruppen dels med att bearbeta kodstrukturen på den nya åtgärdsklassifikationen i avsikt att kunna införliva delar av ICF och dels med att redigera åtgärdsförteckningarna med ledning av remissvaren på KÅVO-remissen. Detta skedde i samarbete med de olika föreningarna/sektionerna och med olika grupper av hälso- och sjukvårdspersonal. Målsättningen var att användaren lätt ska hitta de relevanta åtgärderna inom *sitt* område. När detta var klart kunde de nya åtgärderna sorteras i databasen och få sina koder varefter databasen och åtgärdsförteckningarna lades ut på Socialstyrelsens webbsida årsskiftet 2004-2005 under det slutgiltiga namnet *Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)*.

Arbetet med KVÅ har utgått från de IT-system som finns i dag. Klassifikationen har utformats så att den ska kunna användas i befintliga vårdadministrativa system liksom i befintliga datorjournaler.

(2009-03-27) Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) innehåller dels koder ur Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 (KKÅ) och dels koder som vi kallat *icke-kirurgiska* koder. När de icke-kirurgiska åtgärderna utarbetades mellan 1999 och 2005 användes KMÅ (Klassifikation

av medicinska åtgärder) som arbetsnamn. Detta arbetsnamn kritiserades, främst av övriga professioner än läkare, med motiveringen att beteckningen var för snäv för ett flertal åtgärder. Något alternativt namnförslag har inte kunnat identifieras.

Många missuppfattar vad KVÅ är och tror att den enbart innehåller icke-kirurgiska åtgärder. För att enklare kunna benämna de ”icke-kirurgiska koderna” har vi beslutat att återigen kalla dessa för KMÅ-koder. Denna klassifikationsdel av KVÅ benämns Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ). Norge tillämpar även en liknande benämning för sina kodverk för åtgärder.

Syftet med KVÅ

Sjukvården bygger numera i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna. Det innebär att beskrivningen av vården måste omfatta insatser som utförs av alla stora vårdgivarkategorier. KVÅ är den första svenska åtgärdsklassifikationen som har denna ambition. KVÅ ska ses som ett första steg mot en gemensam åtgärdsklassifikation för alla kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal. Det är viktigt att all hälso- och sjukvårdspersonal får en gemensam terminologi och ett enhetligt sätt att rapportera utförda åtgärder.

KVÅ ska vara ett redskap för att beskriva hälso- och sjukvården på ett mer fullständigt sätt än vad som varit möjligt tidigare. Enhetlig registrering av åtgärder ska ligga till grund för databaser som möjliggör verksamhetsuppföljning på lokal, regional och nationell nivå. Klassifikationen ska primärt möjliggöra uppföljning av vårdinnehållet och sekundärt till detta vårdtyngd och resursåtgång. Speciellt inom öppenvården kommer införandet av KVÅ att påtagligt öka beskrivningsmöjligheterna.

KVÅ ska kunna användas inom all hälso- och sjukvård men sannolikt är användbarheten störst inom den landstingskommunala sektorn, dvs. primärvård, specialistmottagningar och slutenvård respektive öppenvård vid sjukhusen. KVÅ kan även användas inom den kommunala sjukvården men än så länge är de specifika åtgärderna från detta viktiga område otillräckligt beskrivna. Förhoppningsvis kommer KVÅ inom de närmaste åren att kompletteras även inom detta område.

KVÅ har haft ambitionen att beskriva även etablerad högspecialiserad vård. Åtgärder som fortfarande är under utprovning ingår inte, men ska naturligtvis successivt infogas i klassifikationen i takt med att de uppfattas som ingående i den diagnostiska och terapeutiska arsenalen.

Arbetet med den nya klassifikationen har inriktats på att den tillsammans med KKÅ97 ska bilda en helhet. Det innebär att den dels ska komplettera KKÅ97 inom kirurgins traditionella terapeutiska områden, dvs. den operativa verksamheten och dels ge möjlighet att registrera diagnostiska och terapeutiska icke-kirurgiska åtgärder. Ambitionen har varit att om så är möjligt försöka beskriva helheten inom ett diagnostiskt eller terapeutiskt område. Till exempel finns en i det närmaste fullständig beskrivning av läkemedelsbehandling som utgår från läkemedlets tillförselväg kombinerad med ATC-koder.

KVÅ beskriver omhändertagandet av den enskilde patienten, vilket innebär att endast patientrelaterade åtgärder ingår. Den primära avsikten har inte varit att beskriva alla aktiviteter i sjukvården utan endast sådana åtgärder som utförs i mötet öga mot öga med patienten. Ett fåtal åtgärder beskriver situationer som inte förutsätter ett möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal, det gäller till exempel anhörsamtal och konferens om patient.

När det gäller **uppgiftsskyldigheten** till patientregistret hos Socialstyrelsen (SFS 2001:707) föreligger uppgiftsskyldighet enligt Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2002:1(M) och SOSFS 2006:21(M) (www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/sluten_vard/SOSFS2006_21ov.htm). Denna uppgiftsskyldighet avser – förutom patienter som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården – patienter som behandlats av läkare inom den del av den öppna vården som inte är primärvård. Se även avsnittet Rapportering i slutet av detta dokument.

KVÅ kan nu användas som underlag för sekundärklassificering i öppen och slutna vård. Ansvar för beslut om användande av DRG vilar på respektive landsting/region.

Egenskaper

Allmänt

Varje åtgärd beskrivs med en åtgärdskod och en åtgärdstext. Flertalet av de nytilkomna KMÅ-åtgärderna har även en beskrivningstext, för att vid behov närmare förtydliga åtgärden. I några fall har även åtgärderna som kommer från KKÅ97 kompletterats med beskrivningstexter.

För att underlätta användning har, som ovan nämnts, åtgärderna grupperats i förteckningar. Sådana upprättas för de verksamhetsområden där det är relevant och ska omfatta alla rimligt vanliga åtgärder inom området. *Givetvis kan man inom ett verksamhetsområde även använda åtgärder som inte finns medtagna i det egna verksamhetsområdets förteckning.* Inom varje förteckning grupperas åtgärderna under rubriker. Dessa är delvis gemensamma, delvis specifika för de olika förteckningarna.

Innehåll

KVÅ innehåller nästan 10 000 åtgärder. Merparten av dessa åtgärder kommer från Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 (KKÅ97).

För införandet av de nya åtgärderna har arbetsgruppen utgått ifrån följande principer:

1. *Patientrelaterade åtgärder.* Endast åtgärder som kan knytas till enskild patient eller grupp av patienter ska ingå.
2. *Vårdgivaroberoende.* Även om inledningsvis mer omfattande eller allvarliga åtgärder inkluderas som utförs av läkare ska detta inte vara styrande. Om samma åtgärd utförs av annan sjukvårdspersonal ska samma klassificering gälla. Vem som utfört åtgärden får klassificeras och registreras på annat sätt.

3. *Lokaloberoende*. En och samma åtgärd ska klassificeras på samma sätt oavsett var åtgärden utförs. Denna variabel får klassificeras och registreras på annat sätt.
4. *Tidsberoende*. En och samma åtgärd ska klassificeras på samma sätt oavsett när åtgärden utförs eller hur lång tid åtgärden tog. Dessa variabler får klassificeras och registreras på annat sätt.
5. *Diagnosberoende*. Så långt möjligt ska åtgärderna inte innehålla diagnosinformation. Denna ska framgå av annan klassificering och registrering.
6. *Kostnadsberoende*. Även om klassifikationen kan komma att användas som "prislista" ska kostnad för åtgärden inte styra indelningen.
7. *"Paketerade" åtgärder ska undvikas*. I klassifikationen ska undvikas separata koder för grupper ("paket") av enskilda åtgärder som kan utföras samtidigt.
8. *Jämn nivåindelning*.
9. *Terminologi*. Terminologin bör vara allmänt accepterad och så långt möjligt försvenskad, vid behov kompletterad med definition eller förklaring.
10. *Kontinuitet*. Klassifikationen bör ha en struktur som medger en hållbarhet av minst 10 år utan att strukturen behöver ändras radikalt.
11. *Flexibilitet*. Strukturen bör ge möjlighet till viss flexibilitet för att kunna inkludera nya tekniker och typer av åtgärder.
12. *Användarvänlighet*. Klassifikationen ska vara utformad på sådant sätt att den är lätt att använda såväl manuellt som maskinellt.

I vissa fall har principerna kommit i konflikt med verkligheten. I den valsituationen görs ibland avsteg från principerna. Till exempel finns en princip som anger att åtgärderna inte ska innehålla diagnosinformation. Diabetesläger är en väletablerad verksamhet inom barnmedicinen. Begreppet "Diabetesläger" används då istället för att konstruera en ny åtgärdsbeteckning som inte skulle ha känts igen i sjukvården.

De nya KMÅ-åtgärderna ("icke-kirurgiska" åtgärderna) i KVÅ ersatte från och med 2007 den temporära åtgärdslistan (TÅL eller V-listan). Konverteringsproblem mellan KVÅ och TÅL beskrivs på en separat sida (<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/klassifikationer/specnavigation/Atgarder/KVA/>) där det finns en konverteringstabell.

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård har i samarbete med prof. em. Sven Dahlgren och Socialstyrelsen utarbetat en mall för kodning av generell och regional anestesi och andra procedurer som utförs inom anestesi och intensivvård. Dessa har fått ett eget kapitel (S), som från och med 2008 års version av KVÅ ingår i sin helhet. Därutöver innehåller KVÅ ett mindre antal blockader och andra anestesi- eller intensivvårdsåtgärder hämtade ur KKÅ97. Åtgärderna i kapitel S är betydligt fler och mer detaljerade, varför det kan vara lättare att till exempel använda anestesikoderna ZXH00-ZXH60. Men om det är så att man även utanför anestesi och intensivvård utfört en åtgärd som bäst beskrivs med kod ur S-kapitlet så kan givetvis en sådan kod användas.

Det finns även andra *dubbletter* eller snarlika åtgärder med olika koder främst beroende på att vi ville förtydliga en del åtgärder hämtade ur KKÅ97. Andra dubletter som finns med av misstag kan också förekomma, trots att ett betydande arbete lagts ner på att undvika detta.

De flesta serviceverksamheter har sedan länge egna kodverk för att beskriva sina åtgärder. Överväganden har gjorts om det skulle vara möjligt att integrera dessa i denna version.

Inom **radiologin** finns Klassifikation av radiologiska åtgärder 1991 (KRÅ91), som dock inte i sin indelning är anpassad till den senaste snabba utvecklingen inom området. De i KRÅ91 befintliga åtgärderna har lagts in i KVÅ, exklusive ett antal administrativa tilläggs-koder. De radiologiska åtgärderna har getts koder från KVÅ:s kodstruktur.

För **laborieverksamheter** finns det fungerade system som tillräckligt väl beskriver verksamheten, t.ex. NPU-systemet (*Nomenclature of Properties and Units*), som används i kvalitetsarbetet Equalis. Det har därför inte bedömts vara rimligt att försöka integrera deras kodverk i den nuvarande utgåvan av KVÅ.

Generellt gäller dock för serviceverksamheter att det finns ett antal åtgärder som på vissa ställen också utförs helt eller delvis inom kliniska specialiteter. Det har bedömts angeläget att kunna registrera denna typ av åtgärder så att de inte ”försvinner” bara för att de utförs inom en traditionellt klinisk verksamhet. Detta gäller många kliniskt fysiologiska åtgärder, t.ex. olika undersökningar av cirkulationsapparaten och många ultraljudsundersökningar. Sådana åtgärder har så långt det varit möjligt införts i KVÅ.

KMÅ-åtgärder (”icke-kirurgiska” åtgärder) berör många verksamhetsområden och professioner. KVÅ är ännu inte på något sett komplett. Med hjälp av synpunkter, som vi tacksamt tar emot, från användarna av KVÅ kommer vi vid de årliga revisionerna att successivt kunna förbättra användbarheten.

En arbetsgrupp bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har arbetat hårt med att ta fram åtgärder som kan knytas till ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa; se även under Historik) och vara särskilt användbara just inom dessa professioners verksamhetsområden. Dessa åtgärder prövades år 2006 under arbetsnamnet Testmodulen. De synpunkter som inkommit under och efter testperioden har föranlett smärre förändringar i denna grupp av åtgärder. Resultatet härav finns från och med 2008 års version av KVÅ i kapitel P (utredande åtgärder) och Q (behandlande åtgärder). Kopplingen till ICF anges vid varje åtgärd.

Processen som lett fram till dessa ICF-associerade åtgärder har varit ett svårt pionjärbete. Det är därför rimligt *och måste accepteras* att det under de närmaste åren efter införandet kommer att ske en hel del förändringar, allt eftersom erfarenheten av användandet leder till nya tankar och synpunkter. Observera att det i kapitel P och Q finns ICF-kopplade åtgärder som är mer eller mindre lika åtgärder i andra KVÅ-kapitel som arbetats fram utan avsikt att associera till ICF.

Kodstruktur

Kirurgklassifikationens (KKÅ97) koder kvarstår oförändrade och för de nya KMÅ-åtgärderna har skapats en ny struktur. Med tanke på de begränsningar, som fortfarande finns i många av sjukvårdshuvudmännens registrerings-system, har antalet positioner begränsats till fem. Kapitel och avsnitt har utarbetats i samarbete med term- och begreppsarbetet inom InfoVU.

Kodstrukturen för de nya åtgärderna är

- Kapitel (första bokstaven) där t.ex. A avser utredning och D behandling
- Avsnitt (andra bokstaven) har olika indelningsgrunder i olika kapitel bl.a. hämtade från KKÅ97:s organindelning och ICF
- Löpnummer tre siffror (undantag kapitel S där även dessa positioner, framför allt avseende den specifika mallen för generell anestesi, har specifik betydelse).

Sålunda har koder från KKÅ97 tre bokstäver och två siffror och de nya icke-kirurgiska koderna har två bokstäver och tre siffror. Koderna från KKÅ97 har inplacerats i KVÅ:s kapitel och avsnitt. Förutom skillnaden i kodstrukturerna kan KKÅ97-åtgärderna identifieras genom att de i variabeln Klassdel tilldelats värdet 1, medan övriga åtgärder i KVÅ tilldelats värdet 0 i variabeln Klassdel.

Kirurgiska åtgärder (KKÅ97)

För fullständig information om kodstrukturen i KKÅ97 var god se sid. 10–13 och sid. 289–294 i den tryckta klassifikationen som även finns i Pdf-format på webben:

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/klassifikationer/specnavigation/Atgarder/KKA97/index.htm>

KMÅ-åtgärder ("icke-kirurgiska" åtgärder)

Kapitel (1:a positionen)

Den traditionella indelningen i utredande och behandlande åtgärder har i kapitelindelningen kompletterats från Info-VU med områdena kompensation, information/undervisning, samordning och administrativ handläggning. Anestesi har fått ett eget kapitel. Om en åtgärd är både utredande och behandlande ska den klassas som behandlande.

A-X utgör självständiga koder. Z är tilläggs-koder

Kapitelrubriker

	Rubriktexter	Innehåll i rubriktext
A	Utredande åtgärder relaterade till mänsklig struktur och psyke	Utredning, anatomiskt perspektiv
B		Reserv
C		Reserv
D	Behandlande åtgärder relaterade till mänsklig struktur och psyke	Behandling, anatomiskt perspektiv
E		Reserv
F		Reserv

G	Åtgärder som bäst hänförs till kompensation, information/undervisning, samordning eller administrativ handläggning	Kompensation, information/undervisning, samordning, administrativ handläggning
K	Utredande åtgärder relaterade till ICF:s dimensioner: kroppsfunktioner, aktiviteter/delaktighet och omgivningsfaktorer	Utredning, funktionellt perspektiv Testmodulen 2006 (OBS finns inte i kodtextfilerna)
L	Behandlande åtgärder relaterade till ICF:s dimensioner: kroppsfunktioner, aktiviteter/delaktighet och omgivningsfaktorer	Behandling, funktionellt perspektiv Testmodulen 2006 (OBS finns inte i kodtextfilerna)
P	Utredande åtgärder relaterade till ICF:s dimensioner: kroppsfunktioner, aktiviteter/delaktighet och omgivningsfaktorer	ICF-associerade utredande åtgärder
Q	Behandlande åtgärder relaterade till ICF:s dimensioner: kroppsfunktioner, aktiviteter/delaktighet och omgivningsfaktorer	ICF-associerade behandlande åtgärder
S	Anestesiåtgärder och blockader	Anestesi
U		Lokala koder
X	Självständiga åtgärder som inte kunnat placeras i något av de tidigare kapitlen	Övriga åtgärder
Z	Kompletterande information, t.ex. sidoangivelse, tidsangivelse	Tilläggs-koder

Avsnitt (2:a positionen)

Indelningen i avsnitt styrs av kapitlet. Det finns symmetri mellan de utredande och behandlande kapitlen. För kapitel A och D används ett anatomiskt organrelaterat perspektiv (KKÅ97). De avsnitt som skiljer sig från KKÅ97:s organindelning är markerade med kursiv stil.

Avsnittsrubriker i kapitel A (Utredande åtgärder relaterade till mänsklig struktur och psyke)

A	Nervsystemet, kraniet och intrakraniella strukturer
B	Endokrina organ
C	Ögonregionen
D	Öron, näsa, hals och struphuvud
E	Läppar, tänder, käkar, mun och svalg
F	Hjärtat och de stora intratorakala kärlen
G	Bröstvåg, pleura, mediastinum, diafragma, trakea, bronker och lungor
H	Bröstkörtlar
J	Gastrointestinalkanalen och därtill hörande organ (inkl. mjälte)
K	Njurar, urinvägar, manliga könsorgan och retroperitoneal vävnad
L	Kvinnliga könsorgan
M	Graviditet och förlossning
N	Rörelseapparaten
P	Perifera kärl och lymfsystemet
Q	Hud och subkutana vävnader

R	<i>Blod, blodbildande organ (exkl. mjälte)</i>
U	<i>Utredning av psykiskt tillstånd, psykologiska och psykosociala funktioner</i>
V	<i>Ej organrelaterad utredning</i>
W	<i>Annan specificerad utredning</i>
X	<i>Ospecificerad utredning</i>

Avsnittsrubriker i kapitel D (Behandlande åtgärder relaterade till mänsklig struktur och psyke)

A	Nervsystemet, kraniet och intrakraniella strukturer
B	Endokrina organ
C	Ögonregionen
D	Öron, näsa, hals och struphuvud
E	Läppar, tänder, käkar, mun och svalg
F	Hjärtat och de stora intratorakala kärlen
G	Bröstvåg, pleura, mediastinum, diafragma, trakea, bronker och lungor
H	Bröstkörtlar
J	Gastrointestinalkanalen och därtill hörande organ (inkl. mjälte)
K	Njurar, urinvägar, manliga könsorgan och retroperitoneal vävnad
L	Kvinnliga könsorgan
M	Graviditet och förlossning
N	Rörelseapparaten
P	Perifera kärl och lymfsystemet
Q	Hud och subkutana vävnader
R	<i>Blod, blodbildande organ (exkl. mjälte)</i>
T	<i>Farmakologisk behandling (läkemedel)</i>
U	<i>Behandling av psykiskt tillstånd, psykologiska och psykosociala funktioner</i>
V	<i>Ej organrelaterad behandling (exkl. läkemedel)</i>
W	<i>Annan specificerad behandling</i>
X	<i>Ospecificerad behandling</i>

Avsnittsrubriker i kapitel G (Åtgärder som bäst hänförs till kompensation, information/undervisning, samordning eller administrativ handläggning)

A	Kompensation
B	Information/undervisning
C	Samordning
D	Administrativ handläggning

Avsnittsrubriker i kapitel P (Utredande åtgärder relaterade till ICF:s dimensioner: kroppsfunktioner, aktiviteter/delaktighet och omgivningsfaktorer)

A	Utredning av psykiska funktioner
B	Utredning av sinnesfunktioner och smärta
C	Utredning av röst- och talfunktioner
D	Utredning av hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystemet och

	andningsfunktioner
E	Utredning av matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner
F	Utredning av funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner
G	Utredning av neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner
H	Utredning av funktioner i huden och därmed relaterade strukturer
J	Utredning av förmåga till lärande och tillämpning av kunskap
K	Utredning av att genomföra allmänna uppgifter och krav
L	Utredning av att kommunicera
M	Utredning av förflyttning
N	Utredning av personlig vård
P	Utredning av hemliv
Q	Utredning av mellanmännsliga interaktioner och relationer
R	Utredning av arbets-, studie- och ekonomiskt liv
S	Utredning av socialt och medborgerligt liv
T	Utredning av omgivningen
V	Bedömning av behov av informerande, rådgivande och undervisande åtgärder

Avsnittsrubriker i kapitel Q (Behandlande åtgärder relaterade till ICF:s dimensioner: kroppsfunktioner, aktiviteter/delaktighet och omgivningsfaktorer)

A	Behandling av psykiska funktioner
B	Behandling av sinnesfunktioner och smärtbehandling
C	Behandling av röst- och talfunktioner
D	Behandling av hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystemet och andningsfunktioner
E	Behandling av matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner
F	Behandling av funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner
G	Behandling av neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner
H	Behandling av funktioner i huden och därmed relaterade strukturer
J	Åtgärder som grund för lärande och att tillämpa kunskap
K	Behandling av förmåga att genomföra allmänna uppgifter och krav
L	Behandling av kommunikationsförmåga
M	Förflyttningsträning
N	Träning av personlig vård
P	Träning i hemliv
Q	Behandling av mellanmännsliga interaktioner och relationer
R	Träning av förmågan till arbets-, studie- och ekonomiskt liv
S	Träning av socialt och medborgerligt liv
T	Behandling genom omgivningspåverkan
V	Information/undervisning av patient/brukare
X	Åtgärder som ännu inte funnit sin plats i strukturen

Avsnittsrubriker i kapitel S (Anestesi)

A	Generell anestesi, intravenös induktion utan relaxation
B	Generell anestesi, intravenös induktion med relaxation
C	Generell anestesi, induktion genom inhalation utan relaxation
D	Generell anestesi, induktion genom inhalation med relaxation
E	Intramuskulär induktion
F	Rektal induktion
G	Generell anestesi, utan uppgift om induktion
I	Ytlig anestesi
J	Intravenös regionalanestesi
K	Ledningsanestesi
L	Intratekal anestesi (Spinalanestesi)
N	Epiduralanestesi
O	Övriga blockader
P	Åtgärder för att skapa venös tillgång till blodbanan
Q	Åtgärder för skapande av arteriell tillgång till blodbanan
R	Anestesiologisk övervakning under speciella förhållanden
S	Monitorering

Avsnittsrubriker i kapitel X (Övriga åtgärder)

S	Kontaktrelaterade åtgärder
T	Remisser
V	Andra specificerade övriga åtgärder

Avsnitt i kapitel Z (Tilläggs-koder)

V	Tilläggs-koder
---	----------------

Exempel

Alla ögonundersökningar har bokstäverna AC i position ett och två.
 Alla psykiatriska behandlingar börjar med DU. De tre siffrorna i KMÅ-koderna är löpnummer utan annan betydelse, utom i S-kapitlet där även siffrorna kan ha viss betydelse utöver att vara löpnummer.

Åtgärdsförteckningar

Ett femtiotal förteckningar (kallas också ibland för lathundar eller vyer) för olika verksamhetsområden för läkare samt för kuratorer, logopedier och dietister är framtagna. Förteckningarna ger en avgränsad och användbar presentation av KVÅ, lämpad för kliniskt bruk.

De förteckningar som finns att hämta hem återfinns på Socialstyrelsens webbplats – se <http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/klassifikationer/specnavigation/Atgarder/KVA/KVA-forteckningar.htm>

Rapportering

Lokal nivå

Varje enhet inom landstingen är givetvis skyldig att registrera åtgärder i enlighet med landstingets beslut. Därutöver är det möjligt för varje enhet att besluta om speciella åtgärdsregistreringar. En enhet kan t.ex. bli intresserad av att specialstudera verksamheten inom en mottagning eller en specifik avdelning under en kortare eller längre period. Det är då möjligt att – förutom bland de åtgärder som finns i respektive enhets åtgärdsförteckning – välja ut åtgärder som kan vara intressant att studera eller att studera hela enhetens verksamhet avseende vissa specifika åtgärder. Sådana åtgärder kan då hämtas ifrån en åtgärdsförteckning, tillhörande en viss specialitet eller verksamhet, t.ex. kirurgi, sjukgymnastik eller arbetsterapi eller från den samlade databasen som finns tillgänglig på nätet.

Regional nivå

Varje landsting avgör själv vilka åtgärder som – utöver vad Socialstyrelsen kräver in, se nedan – ska rapporteras in till resp. landsting och från vilka enheter. Utvecklingen av sjukvården med avseende på utnyttjandet av framför allt kostnadskrävande åtgärder är även här en av de faktorer som med stor sannolikhet kommer att påverka vilka åtgärder som begärs in. Utvecklingen av hur DRG utnyttjas kommer även att påverka urvalet.

Nationell nivå

Socialstyrelsen beslutar i sina föreskrifter om vilka åtgärder – förutom dem i KKÅ97 – som ska rapporteras från landstingen med början från år 2007. Se SOSFS 2002:1(M) och SOSFS 2006:21(M)

(www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/sluten_vard/SOSFS2006_21ov.htm).

Se även <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7A3F1F8A-F366-4225-BDDA-B11BE17AFDD0/0/KVAVadskareg.pdf>, som ger råd om hur man väljer ut vad som ska rapporteras.

Tillgänglighet och uppdatering

Materialet, såväl avseende hela databasen som förteckningarna, är tillgängligt på Socialstyrelsens webbsida

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/klassifikationer/specnavigation/Atgarder/KVA/>

Tidsgräns för ändringsförslag till Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 (KKÅ97) och KMÅ- åtgärderna i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är 30 september (år ”0”) för införande nästkommande årsskifte, dvs. årsskiftet drygt ett år senare (år ”2”). Förslag till respektive klassifikation ska inkomma i separata mejl (klassif@socialstyrelsen.se).

Uppdateringen av KKÅ97 är förhållandevis omständlig eftersom den formellt sker i nordiskt samarbete genom det nordiska klassifikationscentret i Uppsala. Dessa åtgärder ingår därefter såväl i KKÅ97 som i KVÅ.

Utförlig beskrivning av våra uppdateringsrutiner finns på Socialstyrelsens webbsida <http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/klassifikationer/specnavigation/Ovrigt/Uppdatering/>