

Diagnos och KVÅ-kodning i primärvård

Innehåll

Diagnos och KVÅ-kodning i primärvård	1
Syfte och omfattning.....	2
Bakgrund.....	2
Diagnos eller åtgärdskod	2
Att sätta diagnos- och KVÅ-kod.....	2
Generella principer för diagnoskodning.....	3
När ska klassificering ske?.....	3
Vad ska klassificeras?.....	3
Vad ska inte klassificeras?	4
Specifika anvisningar	5
Z-koder.....	5
Typbesök	6
Generella principer för KVÅ-kodning	8
När ska klassificering ske?.....	8
Vad ska klassificeras?.....	8
Vad ska inte klassificeras?	9
Vilka KVÅ-koder klassificeras?	10
Roller och ansvar	10
Dokumenthistorik.....	10
Referenser.....	11
Bilaga 1 KVÅ-Koder som följs i PVQ (Primärvårdskvalitet).....	12

Syfte och omfattning

En diagnos och/eller KVÅ-kod ska registreras på den aktuella vårdkontakten vid genomfört besök eller annan kontakt i primärvård där ett medicinskt beslut, bedömning eller behandling gjorts. Region Uppsala använder ICD-10-SE för diagnoskodning och KVÅ för åtgärdskodning i Cosmic.

Bakgrund

Diagnos eller åtgärdskod

- Huvuddiagnos = Varför kommer patienten?
- Bidiagnos = Annan för besöket relevant diagnos
- Symtomdiagnos = Används om ingen klar sjukdomsdiagnos kan anges
- KVÅ-koder = Vad gör vi under kontakten? Flera KVÅ-koder kan registreras vid en kontakt.

Endast diagnoser som varit föremål för bedömning ska registreras. Diagnosen ska dokumenteras och signeras i journalen av den som har bedömt patienten. Diagnoser används i det kliniska arbetet som en sammanfattande bedömning av ett sjukdomstillstånd. Diagnoser ska endast ställas och registreras av medicinska skäl, för att vården ska bli säker och kunna följas över tid, både av vårdgivare och av patient. Diagnoser är viktiga i den fortsatta handläggningen av patienter som grund för val av behandling. Det bör framgå av sammanhanget i journaltexten att diagnosen bedömts. Diagnoskodning har också betydelse för uppföljningar av vården och statistik till kvalitetsregister.

Att sätta diagnos- och KVÅ-kod

Efter medicinsk bedömning ska patientens sjukdomstillstånd sammanfattas i en eller flera diagnoskoder. Detta kallas att ställa diagnos. Registrera diagnos innebär att skriva in en redan ställd diagnos i journalen. Den som ställer eller registrerar en diagnos ansvarar för att diagnosen är rimligt säker, relevant och aktuell.

Om specifik diagnos ej kan sättas med säkerhet ska symtomdiagnos användas. Kommentarer som "misstänkt eller frågetecken" ska inte användas. I takt med att mer information tillkommer kan en allt mer specifik diagnos ställas.

Enligt Socialstyrelsen finns det inga särskilda regler för vem som får ställa diagnos eller sätta diagnoskod. Det är verksamhetschefen eller den arbetsledande chefen som fördelar arbetsuppgiften. I allmänhet är det läkare eller tandläkare som ställer diagnos, men all hälso- och sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om en sjukdom, en funktionsnedsättning eller en skada kan ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. Att ställa en slutgiltig sjukdomsdiagnos kan därför ses som en process, där olika yrkesutövare bidrar med sin kompetens.

All hälso- och sjukvårdspersonal får klassificera åtgärder enligt KVÅ. Det är verksamhetschefen eller den arbetsledande chefen som fördelar arbetsuppgiften.

För att underlätta för verksamheterna har det tagits fram professionsspecifika [baslistor](#) för diagnos och KVÅ-kodning. Listorna är en sammanställning av de koder som ska följas och är indelade i respektive profession. Åtgärderna är patientrelaterade och klassifikationen täcker alltså inte in vad personalen gör i övrigt.

Generella principer för diagnoskodning

När ska klassificering ske?

Patientbesök

Diagnos för den aktuella åkomman ska registreras vid varje besök. Dessutom kan vid behov ytterligare diagnoser registreras om de bedöms relevanta för besöket, till exempel njursvikt, cancer mm som sköts på annan vårdenhets men som påverkar den aktuella bedömningen av patienten.

Kroniska sjukdomar som kan påverka bedömningen av ett akut tillstånd kan registreras om det har relevans vid aktuell kontakt, till exempel diabetes i samband med omläggning av bensår.

Diagnoskoden ska inte ändras i efterhand, utan förändrad eller tillkommande diagnos registreras i en ny anteckning. Symtom som beror på den diagnostiserade sjukdomen, till exempel hosta vid pneumoni eller rodnad och klåda vid eksem, ska inte registreras.

Andra kontakter än besök

Vid telefonkontakt eller distanskontakt som kan anses ersätta besök där en medicinsk bedömning görs, registreras diagnos på samma sätt som vid besök.

Vid "möte om patient" registreras diagnoser om de varit aktuella för bedömningen. Vid telefonkontakt av karaktären tidbokning och rådgivning, registreras diagnos endast vid medicinsk bedömning och behandling utöver egenvårdsråd, exempelvis enligt triage-stöd för uvi, och då utifrån yrkeskompetens enligt ovan.

Viktiga diagnoser kan också behöva införas i journalen sedan information erhållits vid sidan av besök. Om uppgift om tidigare okänd kronisk sjukdom framkommer på annat sätt än vid patientkontakt skall denna registreras i patientens journal.

Vad ska klassificeras?

Påvisad sjukdom

I första hand ska det eller de sjukdomstillstånd som avhandlas vid det aktuella besöket klassificeras och inrapporteras enligt ICD-10-SE – utifrån den information som föreligger när besöket avslutas.

Symtom, hälsoproblem

Om sjukdom inte föreligger – eller om diagnos inte kunnat ställas vid besöket - ska hälsoproblemet kodas med ett (eller flera) symtom

Andra behov att söka hälso- och sjukvård (hälsorelaterade problem)

Om patienten söker för administrativ åtgärd eller för hälsobevärande eller hälsofrämjande skäl, utan att sjukdom eller hälsoproblem föreligger, (exempelvis för intyg, hälsokontroll, vaccination eller screening) ska klassificering ske med kod ur Z-kapitlet (Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso och sjukvården)

Fristående hälsoproblem

I många fall avhandlas flera hälsoproblem vid ett besök. Varje fristående hälsoproblem eller behov av att söka vård som avhandlats, vid aktuellt besök, ska normalt registreras med en kod. Med fristående hälsoproblem avses tillstånd som kräver separata ställningstaganden, utredningar eller behandlingar. Separat kodning ska således ske av symtom som inte bedöms vara orsakade av sjukdom som redan kodas vid samma besök. Ett sjukdomstillstånd som initialt ses som ett problem kan ibland vid senare besök behöva delas upp i flera hälsoproblem och omvänt kan flera symtom vid senare besök visa sig bero på samma sjukdom. Kodningen vid senare besök kommer då att skilja sig från den som initialt gjorts.

Det som klassificeras ska vara dokumenterat som en del av den aktuella besöksanteckningen

Det är besöksanteckningen som är det medicinska dokumentet. Katalogtexten i ICD-10-SE som kommer upp vid registrering av koderna är inte diagnosformuleringar utan endast hjälptext för att finna korrekt kod. Diagnosbeskrivningen kan vid behov omformuleras till aktuell diagnos och anges tillsammans med diagnoskoden. Att endast diktera en statistikkod är inte detsamma som att ange en diagnos.

Exempel:

Patient söker för erytema migrans. ICD10 kod är A69.2 Infektion orsakad av Borrelia burgdorfi . Här kan katalogtexten alltså ändras till Erytema migrans, vilket gör att kravet på diagnos i besöksanteckningen är uppfyllt.

Vad ska inte klassificeras?

Aktuella sjukdomar som inte varit föremål för vård eller behandling

Klassificering och inrapportering ska göras avseende de tillstånd som avhandlats vid besöket medan samtidigt föreliggande sjukdomar som inte föranlett vård eller behandling inte ska rapporteras. Om patienten har en eller flera aktuella sjukdomar ska dessa kodas endast om de medfört ställningstagande, utredningar eller behandling vid aktuell kontakt.

Symtom som ingår som del av sjukdom

När en sjukdom kodats är grundregeln att symtom och problem som ingår i sjukdomstillståndet inte ska koda separat, då dessa förutsätts omfattas av sjukdomsdiagnosen. Dock gäller att när ett kliniskt viktigt följdillstånd föranleder separat utredning eller behandling ska det registreras som ett separat hälsoproblem.

Misstänkt sjukdom

Om sjukdomen misstänkts men inte påvisats ska man koda det/de viktigaste symtomen eller problemen – men inte sjukdomen som misstänkts. I de fall överenskomna diagnoskriterier inte föreligger är det läkarens (eller annan hälso- och sjukvårdspersonals) kliniska bedömning som i det enskilda fallet avgör om sjukdom ska anses som påvisad eller misstänkt. Dock om behandling insätts för misstänkt sjukdom ska denna betraktas som påvisad och koda med sjukdomskod. Ex. Urinvägsinfektion där odlingssvar ännu inte föreligger men man beslutar om antibiotikabehandling.

Åtgärder

Åtgärder ska inte koda med koder från diagnosklassifikationen utan med koder från Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Primärvården har professionsbundna listor med åtgärder som bör registreras.

Specifika anvisningar

Z-koder

Samtliga koder i ICD-10-SE avser sjukdomstillstånd, symtom eller andra orsaker (hälsorelaterade problem) till kontakt med hälso- och sjukvård. Detta gäller även koderna i kapitel XXI Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (Z-kapitlet). Observera att dessa koder inte ska användas till att beskriva eller klassificera åtgärder. Z-koderna används emellanåt felaktigt, som ett sätt att klassificera åtgärder som utförts. Det är viktigt att skilja mellan vad som å ena sidan är patientens hälsoproblem och å andra sidan de åtgärder som utförts. Koder ur Z-kapitlet ska vanligen endast användas för att klassificera hälsoproblem som ej är ett sjukdomstillstånd eller symtom. Z-kod kan i undantagsfall anges även om hälsoproblemet är klassificerat med en sjukdomsdiagnos. Detta gäller exempelvis vid kontroll av utläkt sjukdom.

Typbesök

Patient söker för symtom

När sjukdom som konstateras vid besöket orsakat besvär patienten söker för, ska denna sjukdom anges som diagnos. Symtombesvärerna som ingår i sjukdomsdiagnosen ska inte kodas.

När sjukdom inte kan påvisas ska det eller de symtom, besvär eller problem som hälso- och sjukvårdspersonalen anser vara mest väsentligt utifrån samlad klinisk bedömning, anges som diagnos. Misstänkt men inte påvisad sjukdom får således inte anges som diagnos om inte behandling sätts in för den misstänkta sjukdomen.

Kodning av sjukdom som diagnos ska endast göras om hälso- och sjukvårdspersonalen utifrån sjukdomens kriterier bedömer att sjukdom föreligger. När utredning pågår ska dominerande symtom anges som diagnos så länge sjukdom inte är konstaterad. Vid senare återbesök kan ofta en mer specifik diagnos sättas, då ytterligare information tillkommit eller då sjukdomsbilden klarnat. Klassificering av diagnoser ska dock vid varje tidigare besök avse de tillstånd som då kunde påvisas utifrån den information som fanns tillgänglig vid det tillfället.

Kontroll eller behandling av sjukdom

Kontroll av sjukdom innebär kontroll av pågående sjukdom, till skillnad mot kontroll efter sjukdom som behandlats.

Vid kontroll av sjukdom/skada ska som diagnoskod anges en kod för denna sjukdom/skada. Detta gäller så länge patienten har denna sjukdom/skada, det vill säga den är inte utläkt. Sjukdom anses föreligga så länge behandling pågår, även när patienten är helt besvärsfri och sjukdomstecken inte föreligger. Detta gäller till exempel patienter som behandlas för hjärtsvikt, hypertoni och depression och som är helt besvärsfria under behandling. När behandling ges för att förhindra recidiv ska Z-kod användas för denna, exempelvis antikoagulantibehandling med Waran Z92.1 efter en genomgången lungemboli. Lungembolin kodas då med Z86.7A.

Eventuellt nytillkomna besvär, symtom eller problem ska kodas och klassificeras separat när dessa inte utgör en förväntad del av sjukdomsförloppet.

Vid besök för behandling eller andra åtgärder som föranleds av sjukdom ska som diagnoskod anges en kod för denna sjukdom. Detta gäller även om besöket endast avser en åtgärd som utförs som en del i en behandlingsserie, samtalskontakt, injektionsbehandling, etc.

Kontroll efter sjukdom/utläkt skada

Vid kontrollbesök då sjukdomen/skadan konstateras utläkt ska Z09.9 anges som diagnoskod om patienten vare sig har behandling för sjukdomen, tecken på kvarvarande aktiv sjukdomsprocess eller att skadan bedöms helt utläkt.

Bedömningen är att patienten är frisk avseende det som kontrolleras vid aktuellt besök. Omedelbart efter Z09.9 anges diagnoskoden för den sjukdom/skada kontrollen avser. Denna ordningsföljd innebär alltså att den diagnoskod som följer efter Z09.9 anger utläkt och inte aktuell sjukdom/skada. Detta gäller till exempel kontroll efter infektion.

Detta gäller även vid kontroller efter maligna sjukdomar. En patient som kommer på kontrollbesök efter en kurativt färdigbehandlad cancer och där inte tecken till recidiv finns, kodas detta med Z08.9 följt av kod för den utläkta cancer hämtad ur Z85.0-9 serien som står för status post cancer.

Läkemedelsrelaterade kontakter

Vid kontakter för receptförskrivning åligger hälso- och sjukvårdspersonalen att bedöma behandlingsindikation och ordinationens riktighet. Det tillstånd som föranleder förskrivningen ska klassificeras och kodas. Detta gäller vid nyförskrivning samt när recept förnyas utifrån tidigare ordinationer och tillstånd. Tillståndet receptet avser ska tydligt anges i text vid den aktuella kontakten. Kodning får inte ske utifrån medicinlista. Z-kod för recept ska inte användas vid dessa besök. Använd kod för sjukdom/symtom/skada för vilket receptförskrivningen avser.

Intyg vid sjukdom eller skada

Om utfärdande av intyg är den huvudsakliga anledningen till besöket ska detta anges med Z02.0–8 som är en huvuddiagnoskod. Detta gäller till exempel för utfärdande av friskintyg, invaliditetsintyg, körkortsintyg.

Exempel: Intyg för körkort Z02.4.

Om intyg skrivs som en del av handläggning av en sjukdom/skada ska diagnos för sjukdom/skada anges som diagnoskod. Z02.0–8 ska då inte anges alls då intyget därmed ingår i besöket för sjukdom/skada.

I samband med att intyg eller utlåtande till Försäkringskassan utfärdas sker oftast en medicinsk handläggning som gör att diagnoskod för den aktuella sjukdomen/skadan ska anges.

Friska patienter

När en patient sökt för symtom som ingett patienten misstanke om sjukdom men där inga avvikande fynd kan göras vid undersökning och där orsaken inte kan fastslås, ska i första hand diagnoskod/diagnoskoder för dessa symtom eller besvär anges. Detta gäller även vid måttliga besvär som inte kräver annan åtgärd än bedömning och där hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning är att patientens besvär inte är orsakade av sjukdom. Observera att detta inte är samma som den tolkning patienten eventuellt själv gör av orsaken till besvären.

Exempel: Patienten söker för trötthet och håravfall, men man bedömer tillståndet som normalt.

Om patientens symtom upphört, utan att någon diagnos kunnat ställas (efter undersökning/utredning) vid det avslutande besöket och patienten bedöms vara frisk avseende det utredda, ska koden Z03.9 anges. Om symtomen kvarstår ska istället dessa kodas.

När en patient söker för påtagligt överdriven oro för sjukdom, trots att det föreligger vare sig besvär eller kroppsförändringar och sjukdom inte heller kan konstateras, ska som diagnoskod Z71.1 anges "Oro för sjukdom".

Vid rutinmässig hälsokontroll där personen bedöms vara frisk, kodas besöket med Z00.0 "Hälsoundersökning av frisk patient".

Vid rutinmässig undersökning av person som ingår i en definierad befolkningsgrupp som ex skolbarn, institutionsboende, där personen bedöms vara frisk, ska som diagnoskod anges Z10.8.

Vid besök där riktad hälsokontroll avseende specificerad sjukdom – screening – utförs, där personen bedöms vara frisk, ska som diagnoskod anges Z13.9 "Hälsokontroll avseende specificerad sjukdom". Undantag från denna regel gäller rutinmässig gynekologisk kontroll som är ua kodas med Z01.4 samt rutinmässig mammografi som kodas med Z01.9.

Vid besök då patienten kommer enbart för att vaccineras ska som diagnoskod anges Z25.1 Influensavaccination, U11.9 Covidvaccination, Z26.9 Vaccination, enkel, Z27.9 Vaccination, kombinerad.

Generella principer för KVÅ-kodning

När ska klassificering ske?

Alla vårdkontakter som innehåller bedömning, beslut och behandling ska kodas med en diagnos och/eller åtgärds kod. För att en vårdkontakt ska räknas med i vårdgarantin behöver minst en kod registreras på den aktuella vårdkontakten. I de fall där kodning missats kan efterregistrering ske i journalmallen "Besök ändring av koder RU".

Vid teambesök registreras diagnos och åtgärds koder av huvudbehandlaren.

Gruppbesök

Gruppbesök räknas som normalbesök, undantaget patientskolor där åtgärds kod Information och undervisning UNS (GB002) ska användas.

Vid handledd träning i grupp registreras KVÅ-kod exempelvis QD016 Träning av fysisk prestationsförmåga, QG003 Muskelfunktions- och styrketräning eller DV086 Kroppskännedomsträning

Vad ska klassificeras?

- Grundprincipen är att sådant som SKR, Socialstyrelsen, Region Uppsala eller Nära vård och hälsa beslutar om att följa upp och som inte kan följas upp på annat sätt, tex genom registrering av patientbesök eller via journalmall, ska registreras med KVÅ-kod.
- Vid tvångsåtgärder ska alla utförda åtgärder klassificeras.

Vad ska inte klassificeras?

Normalbesök

Som grund för all åtgärdsregistrering finns det som kallas normalbesök. I det ingår förväntade åtgärder som inte behöver kodas. Inom vissa delar av verksamheten kan lokala överenskommelser förekomma om vilka åtgärder som är relevanta att registrera.

Exempel:

Normalbesök hos fysioterapeut innehåller ofta:

Genomgång av journal och inhämtande av anamnes (AV018).

Utifrån sjukdom, skada och/eller symptom genomförs undersökning och bedömning av funktionsnedsättning (AV130), aktivitetsförmåga/aktivitetsbegränsning (AV132) inklusive delaktighet/delaktighetsinskränkning samt hinder i omgivningsfaktorer (PT000).

Åtgärder av arbetsterapeut/fysioterapeut (XS910/XS918).

Utvärdering och uppföljning av tidigare åtgärder (XV007).

Information och samtal (GB009).

Dokumentation (XV004).

Det som ryms inom normalbesöket kodas alltså inte. Har patienten fått insatser utöver det registreras specifika åtgärds-koder. En patient kan bli föremål för en stor mängd åtgärder under en och samma vårdkontakt. Alla åtgärder ska dokumenteras i journalen men allt behöver inte klassificeras och kodas. I de flesta fall kan man få en god beskrivning av vården med ett begränsat antal koder.

- Åtgärder som beskriver något väsentligt om t.ex. vilken operationsmetod som används behöver finnas med, men åtgärder framstår som ringa eller normalt sett ingår i huvudåtgärden behöver inte registreras.

Exempel:

Vid operation behöver man inte klassificera preoperativa förberedelser som ekg, blodtryck etc

- Åtgärder som förekommer vid enstaka tillfällen och inte ingår i utredning eller behandlingsinsats ska journalföras men inte klassificeras med KVÅ-kod.
- Rutinåtgärder vid normalbesök behöver inte klassificeras.
- Åtgärd som normalt ingår i en annan registrerad åtgärd behöver inte klassificeras separat.

Exempel:

Förberedelser för en undersökning: vid intravenös läkemedelstillförsel (DT016) anges inte koden för inläggning av venkateter (SP021)

- Koder som beskriver på vilket sätt patienten fått en insats.

Exempel:

konferens med patient ska inte klassificeras.

Vilka KVÅ-koder klassificeras?

KVÅ-kodning sker i första hand enligt baslistorna samt indikatorer som följs i [kvalitetsregister](#). Varje verksamhet kan också själva besluta om ytterligare kvalitetsuppföljning.

[Åtgärds-koder enligt KVÅ för funktion för koordinering/ rehabiliteringskoordinator](#)

[Baslista med diagnos och åtgärds-koder för dietister i Primärvården](#)

[Baslista med diagnos och åtgärds-koder för distriktssköterskor, sjuksköterskor i Primärvården](#)

[Baslista med diagnos och åtgärds-koder för Fysioterapeuter i Primärvården](#)

[Baslista med diagnos och åtgärds-koder för arbetsterapeuter i Primärvården](#)

[Baslista med diagnos och åtgärds-kod för psykolog och kurator i Primärvården](#)

Roller och ansvar

- Behandlare ansvarar för registrering av diagnos- och KVÅ-koder.

Verksamhetschefens ansvar är att:

- Följa rutin för diagnoskodning och utifrån medarbetares kompetens fördela uppgiften att ställa diagnos eller registrera diagnoskod.
- Kontinuerligt följa andelen besök med diagnoskod enligt fastställd rutin.
- Verksamhetschefen ansvarar för att rutiner följs.
- Verksamhetschef ansvarar för att verksamheten i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården.
- Yrkesföreträdare och samordnare ansvarar för uppdatering av baslistor.

Dokumenthistorik

Författare

Diagnos och KVÅ-kodning i primärvård

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-26051

Version: 5

Handlingstyp: Instruktion/Rutin

Ove Andersson, Malin André.

Datum

2020-11 Nytt dokument.

2021-04-08 Uppdatering under Syfte och omfattning.

2022-12-08 Revision genomförd av Ove Andersson och Malin André Text om Generella principer och Specifika anvisningar tillagt

2023-06-19 Sara Hager, textkorrigeringar av upprepningar

2023-12-14 Tillägg av riktlinjer kring åtgärdskodning samt bilaga för primärvårdskvalitet. Sara Hager Nära Vård och hälsa. Riktlinjerna för KVÅ-kodning är granskade av Ove Andersson Regionkontoret, Alexander Ingvar Nära vård och hälsa och Daniela Baretta Furfält Nära Vård och Hälsa.

Referenser

[Socialstyrelsen Klassifikationen ICD-10](#)

[Socialstyrelsen Vem får ställa diagnos](#)

[Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård Version 2.1 Rev. 2016-05-11 \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Klassifikation av vårdåtgärder \(KVÅ\) - Socialstyrelsen](#)

[Anvisningar för kodning av vårdåtgärder](#)

[Klassifikation av vårdåtgärder \(KVÅ\)- bakgrund och förklarande information](#)

Bilaga 1 KVÅ-Koder som följs i PVQ (Primärvårdskvalitet)

SAMVERKAN/PRIORITERING	
AU124	Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)
AU125	Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivning
AW010	Uppföljning av samordnad individuell plan (SIP)
AW013	Upprättande av vårdplan
AW015	Uppföljning av vårdplan
AW020	Upprättande av rehabiliteringsplan
AW024	Uppföljning av rehabiliteringsplan
AW026	Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning (i)
AW027	Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan
AW029	Uppföljning och revidering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
AW031	Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppen vård
AW035	Avslutande av rehabiliteringsplan
AW037	Avslutande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
DV077	Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
GC001	Rehabiliteringskoordinering för sjukskrivna
PSYKOLOGISK BEHANDLING	
DU008	Psykodynamisk psykoterapi (PDT)
DU010	Kognitiv psykoterapi (KPT)
DU011	Kognitiv beteendeterapi (KBT)
DU014	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
DU022	Systematisk psykologisk behandling, interpersonell (IPT)

DU023	Psykopedagogisk behandling
REHABILITERING/OMVÅRDNAD	
AG051	Spirometri, före och efter bronkdilatation
AG052	Spirometri inklusive forcerad inspiration
AG053	Spirometri, dynamisk
AP032	Dopplerundersökning av perifera kärl
AP057	Mätning av blodtryck i tå eller finger
AP059	Segmentell blostryckmätning på extremitet
AV076	Gångtest
AV131	Bedömning av funktionsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder
AV133	Bedömning av aktivitetsförmåga med standardiserade bedömningsinstrument/metoder
DK019	Urininkontinensutredning och behandling
DP005	Kompressionsbehandling
GA025	Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel, exkl rullstol
GB002	Information och undervisning, UNS
GB009	Information och undervisning riktad till patient
GB020	Artrosskola
PA002	Bedömning av orienteringsfunktioner
PA003	Bedömning av intellektuella funktioner
PA009	Bedömning av minnesfunktioner
PA014	Bedömning av högre kognitiva funktioner
PD009	Bedömning av tolerans för fysisk ansträngning och uthållighet
PH005	Enkel fotundersökning
PM012	Bedömning av fallrisk
QB001	Balansträning
QB003	Fallprevention
QD016	Träning av fysisk prestationsförmåga
QF001	Bäckenbottenträning
QG003	Muskelfunktions- och styrketräning
QK003	Stöd och/eller träning i att genomföra daglig rutin

QN000	Behandling relaterad till personlig vård
QP000	Stöd och träning i hemliv
QV010	Information/undervisning om ergonomi
QT006	Träning i att använda hjälpmedel
QT007	Hjälpmedelsrådgivning
UG002	Dynamisk spirometri på egen mottagning (SLL)
LEVNADSVANOR	
DV030	Hälsosamtal. Samtal om levnadsvanor som kost och motion, sömn samt om alkohol, narkotika, tobak samt om sex och samlevnad
DV111	Enkla råd om tobak
DV112	Rådgivande samtal om tobaksbruk
DV113	Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk
DV121	Enkla råd om alkoholvanor
DV122	Rådgivande samtal om alkoholvanor
DV123	Kvalificerat rådgivande samtal om alkoholvanor
DV131	Enkla råd om fysisk aktivitet
DV132	Rådgivande samtal om fysisk aktivitet
DV133	Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet
DV200	Utfärdande av recept på fysisk aktivitet (FaR)
AW005	Uppföljning av tidigare utfärdat recept på fysisk aktivitet (FaR)
PD009	Bedömning av tolerans för fysisk ansträngning och uthållighet
DV141	Enkla råd vid ohälsosamma matvanor
DV142	Rådgivande samtal om matvanor eller
DV143	Kvalificerat rådgivande samtal om matvanor