

# Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer IVO 2024-09  
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

## Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om ändring i föreskrifterna (HSLF-FS 2023:7) om anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhets- lagen;

**HSLF-FS  
2024:20**

Utkom från trycket  
den 4 oktober 2024

beslutade den 4 september 2024.

Inspektionen för vård och omsorg föreskriver med stöd av 2 kap. 2 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) i fråga om Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2023:7) om anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen

*dels att 5 §, 8–9 §§ och bilaga 1 ska ha följande lydelse,*

*dels att det ska införas en ny paragraf, 10 §, och en ny bilaga, bilaga 2, av följande lydelse.*

**5 §** En anmälan om förändring ska göras i de fall ändringen avser en uppgift som anges i 2 kap. 1 § första stycket 1–3 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) eller i 9 § 1–8 dessa föreskrifter.

När det gäller sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska en anmälan om förändring också göras i de fall ändringen avser en uppgift som anges i 2 kap. 1 § andra stycket patientsäkerhetsförordningen eller i 10 § 1–8 dessa föreskrifter.

En anmälan om förändring som avser uppgifter i 10 § 6 behöver inte göras om förändringarna genomförs under kortare tid än två månader. En anmälan om förändring som avser uppgifter i 10 § 7 behöver inte göras om förändringarna genomförs under kortare tid än en månad.

**8 §** Anmälan ska göras på blanketten i bilaga 1 eller i motsvarande elektroniskt formulär, som finns på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats, [www.ivo.se](http://www.ivo.se), eller tillhandahålls av Inspektionen för vård och omsorg på annat sätt.

När det gäller sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska anmälan istället göras på blanketten i bilaga 2 eller i motsvarande elektroniskt formulär, som finns på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats, [www.ivo.se](http://www.ivo.se),

eller tillhandahålls av Inspektionen för vård och omsorg på annat sätt.

**9 §** Anmälan ska, utöver vad som framgår av 2 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), innehålla

1. vårdgivarens namn och organisationsnummer eller, om organisationsnummer saknas, personnummer,
2. vårdgivarens postadress, webbadress, e-postadress och telefonnummer,
3. uppgift om samtliga digitala och fysiska adresser där verksamheten ska bedrivas samt namn, e-postadress och telefonnummer till dessa verksamhetsställen,
4. verksamhetschefens namn, postadress, e-postadress och telefonnummer,
5. uppgift om tidpunkt för när verksamheten ska påbörjas, ändras eller läggas ned,
6. uppgift om respektive verksamhetsställes inriktning som anges genom val av koder vilka återfinns i dokumentet ”Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen” på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats, [www.ivo.se](http://www.ivo.se),
7. uppgift om respektive verksamhetsställe erbjuder digitala vårdkontakter,
8. uppgift om respektive verksamhetsställe har platser för slutenvård,
9. uppgift om respektive verksamhetsställe tidigare bedrivits av annan vårdgivare samt namn på denna,
10. kontaktuppgifter i form av namn, e-postadress och telefonnummer till den som lämnar anmälan, och
11. uppgift som visar att den som lämnar anmälan är behörig att representera vårdgivaren.

**10 §** När det gäller sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (2010:659), ska uppgifterna i 9 § 3 och 6–9 anmälas för respektive avdelning. Anmälan för dessa verksamheter ska även innehålla

1. verksamhetens namn och huvudsakliga inriktning,
2. chefsöverläkarens namn, e-postadress och telefonnummer,
3. säkerhetsansvarigs namn, e-postadress och telefonnummer,
4. uppgift om avdelningens målgrupp är patienter över eller under 18 år alternativt både över och under 18 år,
5. uppgift om det förekommer att patienter under 18 år vårdas på avdelning där målgruppen endast är patienter över 18 år,

6. uppgift om antal disponibla vårdplatser i respektive säkerhetsklass vid avdelningen,
  7. uppgift om antal disponibla vårdplatser som reserverats för patienter under 18 år samt uppgift om antal sådana vårdplatser i respektive säkerhetsklass, och
  8. uppgift om det finns beslut om allmän inpasseringskontroll vid avdelningen.
- 

1. Dessa föreskrifter träder i kraft den 1 november 2024.

2. Anmälan av nya uppgifter enligt 10 §, som inte avser ny verksamhet enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) eller sådan väsentlig förändring eller flytt av verksamhet som omfattas av 2 kap. 2 § samma lag, ska ha inkommit till Inspektionen för vård och omsorg senast den 3 februari 2025.

Inspektionen för vård och omsorg

TOMMY HANSEN

Karin Lewin



Anmälan av verksamhet enligt  
patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL  
Bilaga 1

Anmälan avser

<input type="checkbox"/> Nyetablering av verksamhet	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> Förändring av tidigare lämnade uppgifter	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> Nedläggning av verksamhet	Fr.o.m.

Vårdgivare

Vårdgivarens namn	
Organisationsnummer	
Gatu- eller boxadress	
Postnummer	Ort
Webbadress	
E-postadress	Telefonnummer

Uppgifter om verksamhetschef eller motsvarande

Namn	
Gatu- eller boxadress	
Postnummer	Ort
E-postadress	Telefonnummer

Fortsätt på sidan 2.



**Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5 § PSL (lex Maria)**

Namn

**Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 7 § PSL  
(anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal)**

Namn

**Patientförsäkring**

Finns patientförsäkring?

Ja uppgift om den patientförsäkring som tecknats

Nej

**Anlitande av verksamhet som avses i 7 kap. 2 § PSL**

Ange vilka verksamheter enligt 7 kap. 2 § PSL som anlitas eller ska anlitas (verksamheter som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning).

Namn på anlitad verksamhet	Organisationsnummer
1.	
2.	
3.	
4.	

Fortsätt på sidan 3.



### Verksamhetsställe 1

Namn på verksamhetsstället		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
Beskriv verksamhetsställets inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats ( <a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a> ). Flera koder får anges.			
Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys, eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Erbjuder digitala vårdkontakter			
<input type="checkbox"/> Ja      webbadress			
<input type="checkbox"/> Nej			
Har platser för sluten vård			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare			
<input type="checkbox"/> Ja      namn på tidigare vårdgivare			
<input type="checkbox"/> Nej			

Fortsätt på sidan 4.



### Verksamhetsställe 2

Namn på verksamhetsstället		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
Beskriv verksamhetsställets inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats ( <a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a> ). Flera koder får anges.			
Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys, eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Erbjuder digitala vårdkontakter			
<input type="checkbox"/> Ja      webbadress			
<input type="checkbox"/> Nej			
Har platser för sluten vård			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare			
<input type="checkbox"/> Ja      namn på tidigare vårdgivare			
<input type="checkbox"/> Nej			

Fortsätt på sidan 5.



### Verksamhetsställe 3

Namn på verksamhetsstället		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
Beskriv verksamhetsställets inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats ( <a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a> ). Flera koder får anges.			
Tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys, eller annan utredning (7 kap. 2 § PSL)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Erbjuder digitala vårdkontakter			
<input type="checkbox"/> Ja   webbadress			
<input type="checkbox"/> Nej			
Har platser för sluten vård			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare			
<input type="checkbox"/> Ja   namn på tidigare vårdgivare			
<input type="checkbox"/> Nej			

Fortsätt på sidan 6.





**Uppgiftslämnare**

Datum	Namn	
E-postadress	Telefonnummer	
Uppgift om hur den som lämnar anmälan är behörig att representera vårdgivaren		

Anmälan ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg.  
Adressuppgifter finns på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats, [www.ivo.se](http://www.ivo.se).



Anmälan av verksamhet som avses i 7 kap. 7 §  
patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL  
Bilaga 2

Anmälan avser

<input type="checkbox"/> Nyetablering av verksamhet	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> Förändring av tidigare lämnade uppgifter	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> Nedläggning av verksamhet	Fr.o.m.

Vårdgivare

Vårdgivarens namn	
Organisationsnummer	
Gatu- eller boxadress	
Postnummer	Ort
Webbadress	
E-postadress	Telefonnummer

Verksamhet

Namn		
Huvudsaklig inriktning (endast ett alternativ får anges)		
<input type="checkbox"/> Psykiatrisk tvångsvård	<input type="checkbox"/> Rättspsykiatrisk vård	<input type="checkbox"/> Rättspsykiatrisk undersökning

Uppgifter om verksamhetschef

Namn	
Gatu- eller boxadress	
Postnummer	Ort
E-postadress	Telefonnummer

Fortsätt på sidan 2.



**Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5 § PSL (lex Maria)**

Namn
------

**Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 6 § PSL (brister i säkerheten)**

Namn
------

**Namn på den som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 7 § PSL (anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal)**

Namn
------

**Uppgifter om chefsöverläkare**

Namn	
E-postadress	Telefonnummer

**Uppgifter om säkerhetsansvarig**

Namn	
E-postadress	Telefonnummer

**Patientförsäkring**

Finns patientförsäkring?
<input type="checkbox"/> Ja uppgift om den patientförsäkring som tecknats
<input type="checkbox"/> Nej

**Anlitande av verksamhet som avses i 7 kap. 2 § PSL**

Ange vilka verksamheter enligt 7 kap. 2 § PSL som anlitats eller ska anlitats (verksamheter som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning).

Namn på anlitad verksamhet	Organisationsnummer
1.	
2.	
3.	
4.	

Fortsätt på sidan 3.



### Avdelning 1

Namn på avdelningen		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
Beskriv avdelningens inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats ( <a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a> ). Flera koder får anges.			
Målgrupp (det är möjligt att ange båda målgrupperna)			
<input type="checkbox"/> Patienter över 18 år (vuxna)			
<input type="checkbox"/> Patienter under 18 år (barn)			
Om målgruppen endast är vuxna - förekommer det att barn vårdas på avdelningen?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Avdelningens säkerhetsklass eller säkerhetsklasser			
<input type="checkbox"/> Mycket hög		Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____	
<input type="checkbox"/> Hög		Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____	
<input type="checkbox"/> Godtagbar		Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____	
Finns beslut om allmän inpasseringskontroll?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Erbjuder digitala vårdkontakter			
<input type="checkbox"/> Ja      webbadress _____			
<input type="checkbox"/> Nej			
Har platser för sluten vård			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare			
<input type="checkbox"/> Ja      namn på tidigare vårdgivare _____			
<input type="checkbox"/> Nej			

Fortsätt på sidan 4.



### Avdelning 2

Namn på avdelningen		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
<p>Beskriv avdelningens inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats (<a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a>). Flera koder får anges.</p>			
<p>Målgrupp (det är möjligt att ange båda målgrupperna)</p> <p><input type="checkbox"/> Patienter över 18 år (vuxna)</p> <p><input type="checkbox"/> Patienter under 18 år (barn)</p> <p>Om målgruppen endast är vuxna - förekommer det att barn vårdas på avdelningen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>			
<p>Avdelningens säkerhetsklass eller säkerhetsklasser</p> <p><input type="checkbox"/> Mycket hög      Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hög                      Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p> <p><input type="checkbox"/> Godtagbar              Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____</p>			
<p>Finns beslut om allmän inpasseringskontroll?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>			
<p>Erbjuder digitala vårdkontakter</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      webbadress _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>			
<p>Har platser för sluten vård</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>			
<p>Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      namn på tidigare vårdgivare _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>			

Fortsätt på sidan 5.



### Avdelning 3

Namn på avdelningen		Eventuell organisatorisk tillhörighet (namn)	
Besöksadress			
Postnummer		Ort	
E-postadress		Telefonnummer	
Beskriv avdelningens inriktning genom att ange koder vilka återfinns i dokumentet "Koder vid anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen", på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats ( <a href="http://www.ivo.se">www.ivo.se</a> ). Flera koder får anges.			
Målgrupp (det är möjligt att ange båda målgrupperna) <input type="checkbox"/> Patienter över 18 år (vuxna) <input type="checkbox"/> Patienter under 18 år (barn) Om målgruppen endast är vuxna - förekommer det att barn vårdas på avdelningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Avdelningens säkerhetsklass eller säkerhetsklasser <input type="checkbox"/> Mycket hög      Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____ <input type="checkbox"/> Hög              Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____ <input type="checkbox"/> Godtagbar      Antal vårdplatser _____ varav platser som reserverats för barn _____			
Finns beslut om allmän inpasseringskontroll? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Erbjuder digitala vårdkontakter <input type="checkbox"/> Ja      webbadress _____ <input type="checkbox"/> Nej			
Har platser för sluten vård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har tidigare bedrivits av annan vårdgivare <input type="checkbox"/> Ja      namn på tidigare vårdgivare _____ <input type="checkbox"/> Nej			

Fortsätt på sidan 6.



### Uppgiftslämnare

Datum	Namn	
E-postadress	Telefonnummer	
Uppgift om hur den som lämnar anmälan är behörig att representera vårdgivaren		

Anmälan ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg.  
Adressuppgifter finns på Inspektionen för vård och omsorgs webbplats, [www.ivo.se](http://www.ivo.se).

**HSLF-FS**  
**2024:20**

HSLF-FS kan laddas ned eller beställas via  
IVO:s webbplats [www.ivo.se](http://www.ivo.se)