

Datum

Denna blankett ska användas för anmälan av  
säkerhetsrelaterade uppgifter m.m. för verksamhet  
som avses i 7 kap. 7 § PSL

.....

#### ANMÄLAN AVSER

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

#### VÅRDGIVARE FÖR VERKSAMHETEN

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Landsting | <input type="checkbox"/> Rättsmedicinalverket |
| Vårdgivarens namn                  | Organisationsnummer                           |

#### Verksamheten ①

|  |  |
|--|--|
| Verksamhetens namn (texta)                             |  |
| Postadress   |  |
| Postnr   | Postort  |
| Adress där verksamheten bedrivs                        |  |
| Telefon (inkl. riktnr)                                 | Verksamhetens E-post                           |
| Ange verksamhetens inriktning/-ar                      |  |
| <input type="checkbox"/> psykiatrisk tvångsvård        | <input type="checkbox"/> rättspsykiatrisk vård |
| <input type="checkbox"/> rättspsykiatrisk undersökning |  |

#### Verksamhetschef ②

|                        |         |
|------------------------|---------|
| Namn (texta)           |         |
| Postadress             |         |
| Postnr                 | Postort |
| Telefon (inkl. riktnr) |         |

#### Chefsöverläkare ③

|                        |         |
|------------------------|---------|
| Namn (texta)           |         |
| Postadress             |         |
| Postnr                 | Postort |
| Telefon (inkl. riktnr) |         |

**Säkerhetsansvarig ④**

|                        |         |
|------------------------|---------|
| Namn (text)            |         |
| Postadress             |         |
| Postnr                 | Postort |
| Telefon (inkl. riktnr) |         |

**NAMN PÅ ANMÄLNINGSSKYLDIG ENLIGT 3 KAP. 6 § PSL ⑤**

|             |
|-------------|
| Namn (text) |
|-------------|

**VERKSAMHET SOM AVSES I 7 KAP. 2 § PSL SOM ANLITAS ELLER AVSES ANLITAS ⑥**

Räcker inte utrymmet, fortsätt på separat papper

**ANGE DEN PATIENTFÖRSÄKRING SOM TECKNATS FÖR VERKSAMHETEN ⑦**

|  |
|--|
|  |
|--|

**PLANERADE ÅTGÄRDER FÖR SÄKERHETSANPASSNING**

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

**UPPGIFTER OM EN AVDELNING SÄKERHETSNIKIVÅ m.m. ⑧**

| Avdelningens beteckning  | Adress där verksamheten bedrivs   |
|--|---|
| Postnr   | Postort   |
| <b>Säkerhetsklassificering</b>   |   |
|  | Säkerhetsnivå   |
| Avdeleningen (om vården bedrivs i endast en lokal)   | <input type="checkbox"/> Mycket hög <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler ska varje sådan del av avdelningen säkerhetsklassificeras |   |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Godtagbar |

**UPPGIFTER OM EN AVDELNING SÄKERHETS NIVÅ m.m. ⑧**

|  |                                      |                              |                                    |
|--|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Avdelningens beteckning  | Adress där verksamheten ska bedrivas |                              |                                    |
| Postnr   | Postort                              |                              |                                    |
| <b>Säkerhetsklassificering</b>   |                                      |                              |                                    |
| Avdelningen (om vården bedrivs i endast en lokal)  | Säkerhetsnivå                        |                              |                                    |
|  | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler ska varje sådan del av avdelningen säkerhetsklassificeras |                                      |                              |                                    |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |

**UPPGIFTER OM EN AVDELNING SÄKERHETS NIVÅ m.m. ⑧**

|  |                                      |                              |                                    |
|--|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Avdelningens beteckning  | Adress där verksamheten ska bedrivas |                              |                                    |
| Postnr   | Postort                              |                              |                                    |
| <b>Säkerhetsklassificering</b>   |                                      |                              |                                    |
| Avdelningen (om vården bedrivs i endast en lokal)  | Säkerhetsnivå                        |                              |                                    |
|  | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler ska varje sådan del av avdelningen säkerhetsklassificeras |                                      |                              |                                    |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |

**UPPGIFTER OM EN AVDELNING SÄKERHETS NIVÅ m.m. ⑧**

|  |                                      |                              |                                    |
|--|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Avdelningens beteckning  | Adress där verksamheten ska bedrivas |                              |                                    |
| Postnr   | Postort                              |                              |                                    |
| <b>Säkerhetsklassificering</b>   |                                      |                              |                                    |
| Avdelningen (om vården bedrivs i endast en lokal)  | Säkerhetsnivå                        |                              |                                    |
|  | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler ska varje sådan del av avdelningen säkerhetsklassificeras |                                      |                              |                                    |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög  | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |

UPPGIFTER OM EN AVDELNING SÄKERHETS NIVÅ m.m. ⑧

|  |                                     |                              |                                    |
|--|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Avdelningens beteckning  | Adress där verksamheten bedrivs     |                              |                                    |
| Postnr   | Postort                             |                              |                                    |
| <b>Säkerhetsklassificering</b>   |                                     |                              |                                    |
|  | Säkerhetsnivå                       |                              |                                    |
| Avdelningen (om vården bedrivs i endast en lokal)  | <input type="checkbox"/> Mycket hög | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Om vården vid en avdelning bedrivs i flera lokaler ska varje sådan del av avdelningen säkerhetsklassificeras |                                     |                              |                                    |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |
| Del av avdelningen, beteckning .....   | <input type="checkbox"/> Mycket hög | <input type="checkbox"/> Hög | <input type="checkbox"/> Godtagbar |

Övriga upplysningar (ange inga uppgifter om enskilda patienter)

**Förtydliga eventuella ändringar som ska göras.**

UPPGIFTSLÄMNARE

|             |                            |        |
|-------------|----------------------------|--------|
| Namn (text) | Telefon (inkl. riktnummer) | E-post |
|             |                            |        |

Anmälan skickas till

*Inspektionen för vård och omsorg  
Box 45184  
104 30 Stockholm*

## INFORMATION OM HUR BLANKETTEN FYLLS I

- ① **Namn/benämning på verksamheten**  
Namnet på verksamheten ska anges för att IVO ska kunna skilja på olika verksamheter som bedrivs av en och samma vårdgivare.
- ② **Verksamhetschef**  
Verksamhetschefen är den person som enligt 4 kap. 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) svarar för verksamheten. Med verksamhetschef avses således inte andra chefsfunktioner.
- ③ **Chefsöverläkare**  
Chefsöverläkaren är den person som enligt 4 kap. 3 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) svarar för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården.
- ④ **Säkerhetsansvarig**  
Säkerhetsansvarig är den person som vårdgivaren utser enligt 5 kap.1 § SOSFS 2006:9.
- ⑤ **Anmälningsskyldig enligt 3 kap. 6 § PSL**  
Om någon har drabbats eller utsatts för risk att drabbas av annan allvarlig skada än vårdskada till följd av säkerhetsbrister i verksamheten vid en sjukvårdsinrättning eller enhet som avses i 7 kap. 7 § PSL ska detta anmälas snarast till Inspektionen för vård och omsorg. Enligt 2 kap. 1 § p. 4 PSF ska en anmälan enligt 2 kap. 1 § PSL om verksamhet ange vem som ansvarar för denna anmälningsskyldighet.
- ⑥ **Verksamhet enligt 7 kap. 2 § PSL**  
Verksamhet enligt 7 kap. 2 § PSL är sådan verksamhet som inte är hälso- och sjukvård, men som ändå står under IVO:s tillsyn enligt denna lag. Det gäller verksamhet som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning som ska utgöra ett led i hälso- och sjukvårdens bedömning av en patients hälsotillstånd eller behandling.
- ⑦ **Patientförsäkring**  
Enligt 12 § patientskadlagen (1996:799) är vårdgivaren skyldig att teckna en patientförsäkring. Bedrivs verksamheten av privat vårdgivare enligt avtal med en offentlig vårdgivare, är det den offentliga vårdgivaren som ska ha försäkringen.
- ⑧ **Säkerhetsklassificering**  
En avdelning ska säkerhetsklassificeras enligt 4 kap. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.