
Meddelandeblad

Mottagare:

Kommuner: nämnder med ansvar för verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS,
Landsting: nämnder med ansvar för verksamheter inom hälso- och sjukvård, tandvård samt LSS,
Samverkansnämnder, Förvaltningschefer inom kommun och landsting med ansvar för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst samt LSS,
Vårdgivare, De som bedriver verksamheter inom socialtjänst och LSS, Statens institutionsstyrelse,
Utförare av personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken, Verksamhetschefer, Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och Skolledare

Nr 11/2011
December

Information om Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Den 1 januari 2012 träder Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd ([SOSFS 2011:9](#)) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Samtidigt upphävs Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.¹

Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd är tillämpliga inom

- hälso- och sjukvård
- tandvård
- socialtjänst
- verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Detta meddelandeblad syftar till att informera om de nya föreskrifterna och allmänna råden SOSFS 2011:9 och besvara några av de frågor som kan uppkomma, till exempel:

- Vilka nyheter innehåller SOSFS 2011:9?

¹ Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU, lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), LVM, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS

- Hur ska den som har ett befintligt ledningssystem enligt de tidigare föreskrifterna och allmänna råden förhålla sig till kraven i SOSFS 2011:9?
- Hur förhåller sig SOSFS 2011:9 till olika standarder?

Socialstyrelsen arbetar med att ta fram webbaserad information och en handbok som ska underlätta tillämpningen av de nya föreskrifterna och allmänna råden.

1. Bakgrund

Det finns flera skäl till att nya gemensamma föreskrifter och allmänna råd för hälso- och sjukvården och socialtjänsten har tagits fram. Dels fanns ett behov av att arbeta om befintliga föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem både till innehåll och struktur på grund av förändringar i lagstiftningen, dels fanns ett behov av att uppnå ett bredare, mer ändamålsenligt och verksamhetsanpassat systematiskt kvalitetsarbete.

En gemensam föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar såväl socialtjänst och verksamhet enligt LSS som hälso- och sjukvård skapar bättre förutsättningar för ett sammanhållet ledningssystem för de verksamheter som bedriver både hälso- och sjukvård och socialtjänst eller verksamhet enligt LSS. Tidigare har sådana verksamheter behövt förhålla sig till två olika föreskrifter och allmänna råd, nu gäller samma regler för ledningssystemet även om verksamheten är blandad.

2. Nyheter i SOSFS 2011:9

De nya föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Den fastslagna systematiken ska användas för att utveckla och säkra samtliga krav och mål som gäller för respektive verksamhet enligt författningar (lagar, förordningar och föreskrifter). Därigenom skiljer sig SOSFS 2011:9 från tidigare föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11 i vilka fokus låg på ett antal utvalda områden för vilka det skulle tas fram rutiner. Detta kunde leda till att ledningssystemet inte omfattade andra lika viktiga krav.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS måste börja arbetet med att klargöra vilken verksamhet som bedrivs samt göra en kartläggning av vilka krav och mål som gäller för respektive verksamhet. Vidare ska den som bedriver verksamhet bedöma vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att uppfylla dessa krav och mål. Därefter ska den som bedriver verksamhet se till att arbetet bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner.

De nya föreskrifterna och allmänna råden förtydligar också att den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

En nyhet jämfört med SOSFS 2006:11 är att föreskrifterna och allmänna råden gäller direkt för enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.

3. Definition av kvalitet

Att en verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten framgår av 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Motsvarande be-

stämmelse finns även i 16 § tandvårdslagen (1985:125). Även i 3 kap. 3 § SoL och i 6 § LSS finns bestämmelser om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

De nya föreskrifterna och allmänna råden beskriver hur en verksamhet systematiskt och fortlöpande ska arbeta för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Kvalitet definieras i 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 på följande sätt:

att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Ovanstående definition av kvalitet är grunden för hur ledningssystemet ska vara uppbyggt och hur det ska användas. Därför måste den som bedriver verksamheten ha kunskap om de för verksamheten relevanta kraven och målen i lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade som gäller för verksamheten. Den som bedriver verksamheten måste även ha kunskap om de beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter som gäller för verksamheten. Det kan t.ex. gälla ett tillsynsbeslut från Socialstyrelsen eller Socialstyrelsens beslut om tillstånd för verksamheten. Ledningssystemet ska därefter byggas upp så att det kan användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten.

Den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål eller följa krav i olika standarder. Det är möjligt förutsatt att sådana krav eller mål inte står i strid med författningar.

4. Ansvar

Av 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att det alltid är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Den som bedriver verksamhet kan inte överlåta ansvaret på någon annan. Däremot är det möjligt att internt uppdra åt någon eller några i verksamhetens organisation att utföra uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. De nya föreskrifterna och allmänna råden ställer då krav på att den som bedriver verksamhet ska ange hur uppgifterna är fördelade i verksamheten enligt 3 kap 3 § SOSFS 2011:9.

Till skillnad från tidigare föreskrifter inom hälso- och sjukvården SOSFS 2005:12 finns inget utpekat ansvar för andra nivåer eller befattningar inom organisationen.

Vårdgivare

I föreskrifterna finns samma definition av begreppet vårdgivare som i 1 kap. 3 § patient-säkerhetslagen (2010:654).

Vårdgivare är:

- statlig myndighet, landsting eller kommun som bedriver hälso- och sjukvård i egen regi
- annan juridisk person än staten, landsting eller kommun som bedriver hälso- och sjukvård, till exempel aktiebolag eller stiftelser. Detta omfattar även juridiska personer som ägs av ett eller flera landsting eller kommuner
- enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård

Varje sådan vårdgivare ska ha ett ledningssystem för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som denne bedriver.

Den som bedriver socialtjänst

Enligt definitionen i de nya föreskrifterna och allmänna råden är den som bedriver socialtjänst:

- socialnämnd eller motsvarande kommunal nämnd, i fråga om sådan socialtjänst som kommunen bedriver i egen regi
- Statens institutionsstyrelse, då den myndigheten bedriver socialtjänst
- annan juridisk person än staten eller kommun som bedriver socialtjänst, till exempel aktiebolag eller stiftelser. Detta omfattar även juridiska personer som ägs av en eller flera kommuner
- enskild näringsidkare som bedriver socialtjänst

Alla som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för sin verksamhet. Det gäller både vid myndighetsutövning till exempel ärendehandläggning och vid genomförandet av vård eller insatser.

Den som bedriver verksamhet enligt LSS

Enligt definitionen i de nya föreskrifterna och allmänna råden är den som bedriver verksamhet enligt LSS:

- kommunal nämnd, i fråga om sådan verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade som kommunen eller landstinget bedriver i egen regi
- annan juridisk person än staten, landsting eller kommun som bedriver verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade, till exempel aktiebolag eller stiftelser. Detta omfattar även juridiska personer som ägs av ett eller flera landsting eller kommuner
- enskild näringsidkare som bedriver verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Alla som bedriver verksamhet enligt LSS ska ha ett ledningssystem för sin verksamhet. Det gäller både vid myndighetsutövning, till exempel ärendehandläggning och vid genomförandet av insatser.

Personlig assistans med assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken

Reglerna i LSS om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras, och bestämmelserna om lex Sarah, ska tillämpas även vid utförandet av insatsen personlig assistans åt någon som har beviljats assistansersättning enligt 51 kap. 2 § socialförsäkringsbalken. Detta gäller oavsett om den personliga assistansen utförs åt en assistansberättigad av en kommun, annan juridisk person, eller en enskild näringsidkare. Däremot gäller detta inte om de assistansberättigade är arbetsgivare åt sina egna assistenter och de omfattas därför inte av SOSFS 2011:9.²

5. Processer och rutiner

I 4 kap. SOSFS 2011:9 finns bestämmelser om ledningssystemets grundläggande uppbyggnad. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla

² För mer information se Socialstyrelsens meddelandeblad Förändringar i lagstiftningen om personlig assistans m.m. Nr 9/2010.

och säkra verksamhetens kvalitet och ska anpassas till verksamhetens art och omfattning. Definitionen av kvalitet är grunden för ledningssystemets uppbyggnad.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS måste börja arbetet med att klargöra vilken verksamhet som bedrivs. Därefter ska denne göra en kartläggning av vilka lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, samt vilka beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter, som gäller för verksamheten. Slutligen ska denne bedöma vilka processer och rutiner som behöver fastställas för att säkra att verksamheten uppfyller kraven och målen i författningar och beslut.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS kan få ytterligare stöd för vilka processer och rutiner som behöver tas fram från riskanalyser och egenkontroller samt från det som framkommer genom klagomål, synpunkter och lagreglerade rapporteringsskyldigheter. Ytterst är det en bedömningsfråga om ledningssystemet uppfyller kraven i föreskrifterna och allmänna råden. Bedömningen avgörs av om den som bedriver verksamheten kan visa att denne genom att använda ledningssystemet systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten.

I 4 kap. 3 § SOSFS 2011:9 anges att den som bedriver verksamheten för varje process ska identifiera de aktiviteter som ingår i processen och bestämma deras inbördes ordning. Med processer avses alla slags processer. Föreskrifterna och allmänna råden gör därmed ingen skillnad på huvudprocesser, delprocesser, administrativa processer, kärnprocesser, ledningsprocesser m.m. Den som bedriver verksamheten avgör hur processerna särskiljs och benämns. Det viktiga är att det är tydligt att ledningssystemets processer och rutiner kan användas och används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

6. Samverkan

Kraven på kartläggning av en verksamhets processer gäller endast för de processer som finns inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. Samtidigt är fungerande vård- och omsorgskedjor oftast en förutsättning för vård och omsorg av god kvalitet. I 4 kap. 5 och 6 §§ SOSFS 2011:9 anges därför att det av processerna och rutinerna ska framgå hur samverkan bedrivs inom den egna verksamheten, till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar, och mellan olika personalgrupper. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs mellan vårdgivare eller verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS. Många gånger kan det vara lättare att samverka om olika vård- och omsorgsgivare har en likartad syn på processer.

När verksamheter samverkar kring en enskild person måste de alltid beakta bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt.³

7. Systematiskt förbättringsarbete - hantering av avvikelser

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Den som bedriver verksamheten ska om en avvikelse uppmärksammas vidta åtgärder, och se över processer och rutiner så att dessa är ända-

³ Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), 6 kap. 12-16 §§ patientsäkerhetslagen , 15 kap. SoL och 29 § LSS

målsenliga, för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten.

De nya föreskrifterna och allmänna råden lyfter fram flera olika sätt genom vilka den som bedriver verksamhet kan få kännedom om de resultat verksamheten uppnår och om förekomsten av eventuella avvikelser.

Risakanalyser

Den som bedriver verksamhet ska enligt 5 kap. 1 § S OSFS 2011:9 fortlöpande utföra riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa i verksamheten som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten ser framåt det vill säga analyserar risker för att händelser skulle kunna inträffa i framtiden i den verksamhet som ska bedrivas.

Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet ska enligt 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9 fortlöpande utöva egenkontroll. Egenkontrollen innebär att den som bedriver verksamheten granskar bakåt det vill säga undersöker den verksamhet som har bedrivits. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Klagomål och synpunkter

Den som bedriver verksamhet ska enligt 5 kap 3 § SOSFS 2011:9 ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Med kvalitet avses enligt 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppfyller dessa krav och mål. Med synpunkter på verksamhetens kvalitet avses övrigt som framförs som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Föreskrifterna och allmänna råden ställer krav på att den som bedriver verksamheten ska ha system för att ta emot klagomål och synpunkter från en vid krets. Klagomål och synpunkter ska tas emot från

- vård- och omsorgstagare och deras närstående
- personal
- vårdgivare
- de som bedriver socialtjänst
- de som bedriver verksamhet enligt LSS
- myndigheter
- föreningar, andra organisationer och intressenter

Mottagna klagomål och synpunkter ska utredas.

Rapporteringskyldighet – lex Maria och lex Sarah

I lagstiftningen finns bestämmelser som reglerar skyldigheter att rapportera vårdskador och risker för vårdskador respektive missförhållanden och risker för missförhållanden.

Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har motsvarande rapporteringskyldighet även när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamhe-

ten vid sjukvårdinrättningar eller enheter där det får ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning enligt 7 kap 7 § patientsäkerhetslagen. Vårdgivaren har en skyldighet att utreda dessa rapporter 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen.⁴

Enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS är den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten, vid Statens institutionsstyrelse eller i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade skyldiga att rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS har en skyldighet att utreda dessa rapporter enligt 14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS.⁵

Sammanställning

Enligt 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS sammanställa inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att kunna se om det finns mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Framkommer sådana mönster eller trender kan åtgärder eller justeringar av processer och rutiner behövas.

8. Personalens medverkan

Av 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Detta säkerställer att alla arbetar på ett likartat sätt. Det möjliggör ett systematiskt förbättringsarbete genom att arbetssätt kan följas upp och utvärderas. Den som bedriver verksamhet bedömer vilka utbildningsinsatser eller andra åtgärder som behöver vidtas för att säkerställa att processer och rutiner följs.

9. Dokumentationsskyldigheten

Verksamheten ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse

Utöver det måste vårdgivare även tillämpa bestämmelserna i 3 kap. 9 och 10 §§ patientsäkerhetslagen om dokumentation av vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete vilket även inkluderar kravet på att upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse.

Av det allmänna rådet till 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen bör omfatta hur vårdgivare eller de som bedriver

⁴ Socialstyrelsen kommer under 2012 att publicera nya föreskrifter och allmänna råd som ersätter Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria och i samband med det ge ut nytt informationsmaterial.

⁵ För mer information se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah och Socialstyrelsens meddelandeblad Information om nya bestämmelser om lex Sarah Nr. 6/2011.

socialtjänst eller verksamhet enligt LSS arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivare som tillämpar det allmänna rådet kan för att undvika dubbelarbete se till att det ur de uppgifter som ligger till grund för kvalitetsberättelsen även går att ta fram det som behövs för den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

10. Standarder, tekniska specifikationer med mera

Vårdgivare eller de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna bygga upp sitt ledningssystem helt utifrån kraven i föreskrifterna och allmänna råden.

Enligt ett allmänt råd till 4 kap. 1 § SOSFS 2011:9 anges att standarder, tekniska specifikationer och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling kan användas som stöd då ett ledningssystem ska byggas upp.

Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att även om ett ledningssystem byggs upp enligt en standard eller annan modell så innebär det inte automatiskt att det uppfyller kraven enligt SOSFS 2011:9. För att göra det måste den som bedriver verksamheten säkerställa att ledningssystemet utformats så att denne systematiskt och fortlöpande kan utveckla och säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

11. Går det att fortsätta använda befintliga ledningssystem?

Delar av det ledningssystem som tagits fram enligt de tidigare föreskrifterna och allmänna råden SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11 går att använda även när ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 ska byggas upp eftersom ett flertal av de områden som räknades upp i de tidigare föreskrifterna och allmänna råden omfattas av krav och mål i lagstiftningen om hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. Kraven och målen ingår då även i det som ska säkras enligt de nya föreskrifterna. Det tidigare arbetet blir på detta sätt en grund att bygga vidare på. Det gäller till exempel kompetens som bland annat regleras i 2 e § hälso- och sjukvårdslagen, 4 a § tandvårdslagen, 3 kap. 3 § SoL och 6 § LSS.

På liknande sätt kan eventuella rutiner som har tagits fram för att säkra de områden som ingick i handböckerna God vård för hälso- och sjukvård respektive God kvalitet inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS användas.

Vidare finns sedan tidigare ett antal föreskrifter från Socialstyrelsen där det ställs krav på att ledningssystemet ska kompletteras med rutiner som säkerställer efterlevnad av föreskrifterna. Det gäller särskilt för föreskrifter på hälso- och sjukvårdens område. De nya föreskrifterna och allmänna råden innebär att ledningssystemet behöver säkerställa att Socialstyrelsens föreskrifter som gäller för den verksamhet som bedrivs uppfylls, även om detta inte uttryckligen sägs i SOSFS 2011:9. Det framgår av definitionen av kvalitet som säger att kvalitet är att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Denna information (art nr 2011-12-32) kan laddas ner och beställas från Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se/publikationer. Den kan även beställas från Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm, fax 08-779 96 67.



Publicerad: www.socialstyrelsen.se, 2011