

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2026-03-04

Innehållsansvar: Karolina Breitholtz, (karbr28), Utvecklingsledare

Giltig till: 2027-03-04

Granskad av: Annette Treng Jarlishammar, (anntr2), Utvecklingschef

Godkänd av: Åsa Ranbro Jansson, (asara), Sjukhusdirektör bitr

Styrande dokument – ansvar och godkännande

Förändringar sedan föregående version

Mindre korrigeringar i text och rubrik och tillägg av handlingstypen riktlinje verkställighet.

Bakgrund, syfte och mål

Dokumenthantering är en viktig del av ledningssystemet. Denna riktlinje ger förutsättningar för en enhetlig dokumentstyrning och dokumentstruktur. Syftet med detta dokument är att fastställa grundläggande principer för styrande dokument vid Skaraborgs Sjukhus som ska vara hållbara över tid oavsett var i organisationen styrande dokument upprättas.

Arbetsbeskrivning

Styrande dokument utgör en hörnsten i organisationens ledningssystem och förväntas bidra till patientsäkerhet och effektivitet.

Sammanfattningsvis bör följande grundläggande krav ställas på sjukhusets hantering av styrande dokument:

- Användbarhet, det ska vara enkelt att hitta styrande dokument via webben och de ska vara enkelt och enhetligt utformade
- Systematik för spridning av information om styrande dokument ska finnas; vid fastställande av och i samband med revidering av styrande dokument ska dokumenten tillgängliggöras på ett enhetligt sätt samt nyheter om förändringar spridas
- Spårbarhet, det ska i efterhand kunna klarläggas vilken version av ett dokument som gällde vid en given tidpunkt
- Systematik för avpublicering

Socialstyrelsen pekar i sina föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) även på att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utarbeta, fastställa och utveckla de styrande dokument som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Dokumenterna ska beskriva de av verksamheten identifierade processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska ett bestämt tillvägagångssätt beskrivas och ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

För att SkaS ska uppnå Socialstyrelsens krav krävs klara regler och tydlig ansvarsfördelning för hur dokument upprättas, förankras, beslutas, publiceras och avpubliceras.

Med styrande dokument menas dokument fastställda inom Västra Götalandsregionen som anger hur verksamheten på Skaraborgs Sjukhus ska bedrivas. Styrande dokument omfattar allt från övergripande vision till enskild rutin.

Styrande dokument är ett redskap för att leda den operativa verksamheten. De ska säkerställa en god och säker vård, ett förvaltningsgemensamt förhållningssätt i olika frågor, ge stöd i verksamheterna genom att reglera vad som ska göras, hur arbetet ska utföras samt borga för ordning och reda.

SkaS ska sträva efter att upprätta relevanta styrande dokument i den omfattning som verksamheten kräver. Det ska inför upprättande eller revidering alltid prövas om ett styrande dokument är relevant. Verksamhetschef/stabschef är ytterst ansvarig för att prövning sker.

Dokumenttyper på förvaltningsnivå

Enligt dokumentstrukturen för Västra Götalandsregionen används dokumenttyperna plan, riktlinje, riktlinje verkställighet och rutin inom regionala förvaltningar.

Plan anger långsiktiga avsikter i en fråga av större vikt. Den är vägledande för beslut och styrning. En plan innehåller övergripande mål, inriktning och aktiviteter för det avgränsade området.

Riktlinje anger vilket övergripande mål som ska uppnås, vad som ska utföras. Riktlinjer kan fastställas på politisk nivå och är ofta mer övergripande än en rutin.

Riktlinje verkställighet anger handlingsutrymme och/eller handlingssätt på en övergripande eller detaljerad nivå och där det kan finnas ett visst utrymme för individuella variationer. Riktlinje verkställighet upprättas inom ramen för förvaltningens grunduppdrag och fastställs av tjänsteperson.

Rutin anger på vilket sätt något ska utföras och av vem. Hur detaljerad rutinen är varierar. Den som ansvarar för och är expert på rutinen avgör detaljnivån. Detaljeringen måste utformas på en sådan nivå att dokumentet kan styra hur en aktivitet utförs.

Regionövergripande styrande dokument är bindande för SkaS. Lokala riktlinjer och rutiner får inte stå i strid med regionala styrande dokument. Vid behov upprättas lokala riktlinjer och rutiner som anger hur regionala styrande dokument ska tillämpas på SkaS.

Nationella riktlinjer och vårdprogram gäller om ett beslut om införande av de nationella riktlinjerna/vårdprogrammen har fattats i regionen.

Styrande dokument i SOFIA STYR

Samtliga styrande dokument ska hanteras i SOFIA STYR. Vissa styrande dokument kan även behöva hanteras parallellt i exempelvis Public 360.

Ansvar

Sjukhusdirektör, chefläkare samt verksamhetschef/stabschef har ansvar för att det utifrån verksamhetens behov finns styrande dokument som är tydliga, aktuella, tillgängliga och väl kända av medarbetarna.

I varje medarbetares ansvar ligger att följa gällande version av styrande dokument. Medarbetare har rätt att påtala behov av ett nytt styrande dokument samt revidering av befintliga.

Fastställande (godkännande)

Ur SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

4 kap. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.

Allmänna råd

Standarder, tekniska specifikationer och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling kan ge stöd då ett ledningssystem ska byggas upp.

Processer och rutiner

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 § 1. identifiera de aktiviteter som ingår, och 2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Godkännande av styrande dokument på SkaS

SkaS-övergripande

SkaS-övergripande dokument godkänns av sjukhusdirektör eller chefläkare. Vem som godkänner vilket dokument avgörs utifrån dokumentets sakinnehåll.

Process

För processer som spänner över flera verksamhetsområden gäller följande; processägare godkänner styrande dokument (riktlinjer verkställighet) som beskriver vilka aktiviteter som ska utföras inom

ramen för processen. Processägare är alltid en verksamhetschef/stabschef.

Verksamhet

Verksamhetschef/stabschef godkänner styrande dokument (rutiner) som beskriver hur processens ingående aktiviteter, som sker inom verksamhetsområdet, ska utföras. Verksamhetschef/stabschef fastställer styrande dokument (riktlinjer verkställighet, rutiner) för aktiviteter som sker utanför processen.

Relaterade dokument

[Styrande dokument – upprättande och revidering](#)

[Struktur för styrande dokument i Västra Götalandsregionen](#)

Arbetsgrupp

Förvaltningen för styrande dokument och Barium, SkaS.

Käll- och litteraturförteckning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) [Internet]. Västerås: Edita Västra Aros. [citerad 2016 feb 15]. Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2011-6-38.pdf>.

Tjänsteutlåtande till regionstyrelsen. Struktur för styrande dokument inom Västra Götalandsregionen (RS 3433-2014) [Internet]. [citerad 2016 feb 15]. Hämtad från: [D:\famdata\workvol0 \(vgregion.se\)](D:\famdata\workvol0 (vgregion.se)).

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Karolina Breitholtz, (karbr28),
Utvecklingsledare

Granskad av: Annette Trenge Jarlshammar, (anntr2),
Utvecklingschef

Godkänd av: Åsa Ranbro Jansson, (asara), Sjukhusdirektör bitr

Dokument-ID: SKAS9731-1293598546-3

Version: 8.0

Giltig från: 2026-03-04

Giltig till: 2027-03-04