

Riktlinje för styrdokument och dokumenthantering

SOCIAL- OCH ARBETSAMRKANDSNÄMNDEN

OBLIGATORISKA UPPGIFTER (METADATA)

I samtliga styrdokument ska finnas uppgift om:

- Vilken instans som har fastställt dokumentet
- När dokumentet har fastställts, datum enligt ISO 8610 (åååå-mm-dd), fylls i av sekreterare/registrator efter beslut.
- Diarienummer, fås av registrator
- Dokumentansvarig, titel
- Vilka dokumentet gäller för
- Klassificering enligt dokumenthanteringsplan, fås av registrator
- När översyn av dokumentet bör göras
- Var dokumentet ska publiceras
- Vilket/ vilka dokument som eventuellt ersätts
- Relation, om t ex Policy efterföljs av riktlinje
- Författningssamling, nummer fås av registrator, om det är aktuellt

Dokumentansvarig har det yttersta ansvaret för dokumentet. Dokumentansvarig ansvarar för styrdokumentets kommunikering.

I ansvaret ingår även att hålla dokumentet aktuellt genom att löpande se till att uppföljning och revision sker enligt anvisning i dokumentet eller om behov uppstår.

Revidering/översyn av styrdokument bör göras oavsett om dokumentet gäller till vidare. Lämplig tid är i samband med budgetprocess och/eller i början av mandatperiod.

Metadata om dokumentet

Dokumentnamn Riktlinje för styrdokument och dokumenthantering		Dokumenttyp Riktlinje	Omfattar Vård och omsorg
Beslutsinstans Social-och arbetsmarknadsnämnd	Dokumentansvarig: Social- och arbetsmarknadschef	Publicering Ledningssystem	

Beslutad/datum 2025-06-17	Översyn bör göras 2026-06-17	Klassificering 1.3.1.	Diarienummer 2025/58
Relation [Relation]	Ersätter Riktlinje för dokumentstyrning Riktlinje för dokumenthantering		Författningssamling

INNEHÅLL

OBLIGATORISKA UPPGIFTER (METADATA)..... FEL! BOKMÄRKET ÄR INTE DEFINIERAT.

1.	SYFTE OCH MÅL.....	4
1.1	Lagar och styrande regelverk för dokumentation.....	4
	SoL och SoSFS.....	4
	GDPR och OSL.....	5
	Dokumenthanteringsplan.....	5
1.2	Riktlinjens omfattning	5
2.	OLIKA TYPER AV STYRDOKUMENT	7
	Organiserande styrdokument.....	7
	Aktiverande styrdokument	7
	Reglerande styrdokument.....	8
	Normerande styrdokument	8
	Olika typer av normerande styrdokument	8
3.	ANSVARSFÖRDELNING.....	10
4.	PROCESS FÖR HANTERING AV STYRDOKUMENT.....	11
	1. Initiera uppdrag.....	11
	2. Upprätta dokument	11
	3. Granska och remittera	11
	4. Fastställa och besluta	12
	5. Kommunera och implementera.....	12
	6. Följa upp och revidera.....	12
5.	UPPFÖLJNING AV RIKTLINJEN.....	13

1. SYFTE OCH MÅL

Syftet med riktlinjen är att säkerställa en enhetlig, rättssäker och effektiv hantering av styrdokument inom nämndens ansvarsområde. Styrdokumenten är till för att tydligt beskriva hur verksamheten ska bedrivas. De klargör ansvarsfördelning, arbetssätt och mål för verksamheten, vilket skapar en gemensam grund för ett rättssäkert, likvärdigt och kvalitetssäkrat arbete. Genom att följa styrdokumenten säkerställs att insatserna utformas i enlighet med lagstiftning, politiska beslut och evidensbaserad praktik med individens behov och rättigheter i centrum.

Målet är att alla styrande dokument ska vara:

- Lättillgängliga och begripliga
- Utformade med den enskildes behov i centrum och utifrån effektiva och ändamålsenliga verksamhetsprocesser
- Kvalitetssäkrade och rättsligt förankrade
- Uppdaterade och relevanta för verksamhetens behov

1.1 Lagar och styrande regelverk för dokumentation

Riktlinjen för styrdokument och dokumenthantering ska bidra till en effektiv informationshantering inom nämndens verksamheter. Riktlinjen utgår från flera lagar och föreskrifter som reglerar dokumentation inom vård och omsorg. Tillsammans utgör dessa grunden för en rättssäker, strukturerad och säker hantering av information. Dessa inkluderar:

- Socialtjänstlagen (SoL)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- Offentlighets- och sekretesslagen (OSL)
- Arkivlagen
- Dataskyddsförordningen (GDPR)
- Kommunallagen
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSF)

SOL OCH SOSFS

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) innehåller krav för hur verksamheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst planerar, leder, kontrollerar, följer upp, utvärderar och förbättrar sin verksamhet i syfte att säkerställa god kvalitet. Det innefattar även särskilda krav för dokumentation av kvalitetsledningssystemets delar, som anger att det ska finnas dokumenterade rutiner, mallar och verktyg för att stödja och spåra arbetet med kvalitet.

GDPR OCH OSL

Riktlinjen för styrdokument och dokumenthantering inom nämndens verksamhetsområde är nära knuten till den rättsliga regleringen kring hantering av information, särskilt genom offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt dataskyddsförordningen (EU 2016/679, GDPR). Dessa regelverk ställer krav på hur nämnden dokument får hanteras, tillgängliggöras och bevaras, särskilt i verksamheter där behandling av känsliga personuppgifter och sekretessbelagd information är vanligt förekommande.

DOKUMENTHANTERINGSPLAN

Nämnden omfattas av kravet att ha en dokumenthanteringsplan enligt arkivlagen (1990:782). Dokumenthanteringsplanen är ett organiserande styrdokument som reglerar hur allmänna handlingar inom nämndens verksamhetsområde ska hanteras från det att de skapas tills de arkiveras eller gallras, deras livscykel. Dokumenthanteringsplanen ska:

- Säkerställa att handlingar hanteras rättssäkert, spårbart och i enlighet med gällande lagstiftning.
- Tydliggöra vilka handlingar som ska bevaras, gallras, diarieföras eller arkiveras.
- Omfatta både fysiska och digitala handlingar.
- Underlätta insyn, informationssäkerhet och långsiktig informationsförsörjning.

Dokumenthanteringsplanen är ett övergripande verktyg för hur nämnden ska hantera allmänna handlingar i enlighet med offentlighetsprincipen, arkivlagen och dataskyddslagstiftningen. Följande riktlinje tillsammans med dokumenthanteringsplanen kompletterar och förutsätter därmed varandra. Riktlinjen för styrdokument och dokumenthantering bidrar till att säkerställa att de styrande och stödjande dokument som tas fram i vård- och omsorgsverksamheten är systematiskt klassificerade, versionshanterade och beslutade enligt fastställda rutiner. Detta underlättar för dokumenthanteringsplanen att tydligt ange vilka dokumenttyper som förekommer, när de upprättas, hur länge de ska bevaras och hur de ska gallras.

1.2 Riktlinjens omfattning

Riktlinjen omfattar enbart hanteringen av styrdokument samt de dokument som stödjer styrdokument, exempelvis blanketter och checklistor. Med hantering avses både processen för dokumenthantering, det vill säga att ta fram, besluta, använda, implementera och följa upp styrdokument, samt vem och vilken organisatorisk nivå som har ansvar för olika steg i processen. Det omfattar även formella krav på innehåll i olika typer av styrdokument och stödjande dokument.

Riktlinjen avser inte dokumentation som rör enskilda individer, myndighetsutövning eller insatser, exempelvis patientjournaler, akter eller social dokumentation. För sådan dokumentation gäller särskilda regelverk, för mer information om detta hänvisas till i riktlinjer och rutiner rörande det.

2. OLIKA TYPER AV STYRDOKUMENT

De styrande dokumenten delas in i fyra övergripande kategorier: **aktiverande**, **organiserande**, **reglerande** och **normerande** dokument. Indelningen syftar till att tydliggöra varje dokumentkategoris roll, från att formulera övergripande värdegrund och mål till att styra det dagliga arbetet.



ORGANISERANDE STYRDOKUMENT

Organiserande styrdokument ska tydligt visa hur roll- och ansvarsfördelningen ser ut inom kommunens/nämndens verksamhet. Exempel:

- **Reglemente**
Anger ansvarsfördelning och bestämmelser om skyldigheter och rättigheter som ansvaret innebär inom nämnden. Kommunfullmäktige fattar beslut om reglemente för nämnden, attestreglemente för kontroll av ekonomiska transaktioner och reglemente för intern kontroll.
- **Delegationsordning**
Anger i vilka frågor som nämnden delegerar rätten att besluta till någon annan, exempelvis nämndens ordförande, socialchefen, socialsekreterare eller annan tjänsteperson inom förvaltningen. Beslut tagna med stöd av delegation ska alltid anmälas till den som delegerat rätten att besluta.

AKTIVERANDE STYRDOKUMENT

Aktiverande styrdokument tydliggör vad kommunen vill förändra och uppnå. Aktiverande styrdokument pekar ut riktning, ofta har de en tidplan och ett slut och blir därefter inaktuella. Exempel:

- Nämndens verksamhetsplan
Beskriver hur nämnden ska förverkliga de uppdrag och fördela de resurser som kommunfullmäktige har bestämt i Budget och plan samt de åtgärder som kommer från politiskt beslutade handlingsplaner. Nämnden kan lägga till egna specifika nämndmål eller uppdrag
- Handlingsplaner, projektplaner, aktivitetsplaner
Planer innehåller de åtgärder som verksamheten ska vidta för att nå uppsatta mål, vem som ansvarar för genomförandet och när åtgärden ska genomföras. Kommunövergripande handlingsplaner beslutas av kommunstyrelsen. Alla övriga organisatoriska nivåer i kommunkoncernen kan fatta beslut om planer för sin egen del.

REGLERANDE STYRDOKUMENT

Reglerande styrdokument anger villkoren för kommunal service och vilka krav kommunen ställer på de som bor och verkar i kommunen. Exempel:

- Lokala föreskrifter och lokala ordningar
Anger hur medborgare eller organisationer förväntas bete sig i vardagen och agera på för att få del av kommunens service.
- Taxor och avgifter
Anger vad medborgare eller organisationer ska betala för att få del av kommunens service och välfärd

NORMERANDE STYRDOKUMENT

Normerande styrdokument tydliggör principiella förhållningssätt och beslutade arbetssätt och har fokus på hur verksamheten ska agera. Exempel:

- Policyer, riktlinjer och rutiner.
Anger hur medarbetare ska genomföra sina arbetsuppgifter. Till de normerande styrande dokumenten kan kopplas **stödjande** dokument såsom, checklistor, mallar och blanketter vars syfte är att ytterligare underlätta korrekt genomförande

De allra flesta dokument som publiceras i ledningssystemet är de normerande styrdokument som beskriver våra arbetssätt och metoder för genomförande av vårt grunduppdrag. Olika typer av normerande styrdokument har olika syften och som är kopplade till olika delar av styrkedjan i organisationen.

OLIKA TYPER AV NORMERANDE STYRDOKUMENT

Dokumenttyp	Syfte	Beslutsnivå	Innehåll	Roll i styrkedjan
Policy	Anger övergripande principer och värderingar som styr verksamheten.	Kommunfullmäktige	Övergripande mål och riktlinjer.	Ligger överst och utgör grunden för riktlinjer och rutiner.

Dokumenttyp	Syfte	Beslutsnivå	Innehåll	Roll i styrkedjan
Riktlinje	Förtydligar och förklarar principerna utifrån krav, lagstiftning och policy.	Nämnd (eller Kommunstyrelsen)	Mer detaljerade instruktioner än policy.	Tolkning av policy, lagar och krav – konkret ramverk för rutiner.
Rutin	Beskriver steg-för-steg hur arbetsmoment ska utföras.	Kontorsnivå, Verksamhetsområdesnivå Enhetsnivå	Operativa instruktioner	Praktisk anpassning i ett arbetssätt för dagligt arbete i del av process
Vägledning	Ger rekommendationer och stöd vid implementering av rutiner.	Stödfunktion på admn, specialister eller dokumentansvariga	Förklaringar, exempel, råd och tolkningsstöd "att tänka på" tips	Kompletterar riktlinjer och rutiner, förenklar tillämpning.
Manual	Instruktionsstöd för arbetsmoment, ofta av teknisk karaktär i digitala system.	Stödfunktion på admn, specialister och dokumentansvarig	Steg-för-steg-instruktioner, ofta med skärm-dumpar.	Stödjer riktlinjer och rutiner med kvalitetssäkrat tillvägagångssätt
Mall	Standardiserar dokumentation inom processer.	Verksamhetsområdesnivå	Rubriker och instruktioner för specifika dokument.	Underlättar enhetlig dokumentation enligt riktlinjer och rutiner
Blankett	Används för att samla in eller registrera uppgifter.	Ansvarig processägare inom verksamheten	Förinställda fält och format	Operativt stöd kopplat till rutiner
Checklista	Säkerställer korrekt utförande, hjälper personalen strukturera arbetet.	Stödfunktion på admin, specialister eller dokumentansvariga	Ofta i punktform, används som kontrollverktyg	Operativt stöd som stödjer kvalitet och strategiska beslut genom datainsamling

3. ANSVARSFÖRDELNING

Genom att skapa struktur för ansvar och ägarskap för styrdokumentens livscykel stärks såväl rättssäkerheten som kvaliteten i styrningen. Detta bidrar till att dokumenten förblir relevanta, användbara och i linje med nämndens mål, lagkrav och medborgarnas behov. Eftersom styrdokumentet innehåller verksamhetens samlade arbetssätt hänger ansvaret för att ta fram styrdokument nära ihop med det grundläggande ansvaret för kärn- och stödprocesserna i organisationen.

Roll för process	Organisatorisk nivå	Huvudansvar	Beslutsmandat
Processägare	Kontorschef, verksamhetschef, ibland enhetschef	Äger processen, har resultatansvar	Ja, över processen
Processledare	Specialist/nyckelperson, eller ibland samma som processägaren	Leder förbättringsarbete och samordning	Nej, utför, samordnar i denna roll
Roll för dokument			
Dokumentägare	Kontorschef, verksamhetschef enhetschef, eller nyckelperson med beslutsmandat tex MAS	Ansvarar för innehåll och giltighet, samt plan för översyn	Ja, över dokumentet
Dokumentansvarig skribent	Specialist, nyckelperson eller teamledare	Skriver och uppdaterar dokument	Nej, på uppdrag av ägare
Dokumentations-samordnare	Specialist, nyckelperson, teamledare eller chef	Kvalitetsgranskar sitt verksamhetsområde Publicerar i sharepoint och har kontakt med dokumentationsledare	Nej, samordnar inom VO
Dokumentations-nätverk	Dokumentations-samordnare från varje verksamhetsområde	Input till utveckling och uppföljning inom kontoret på aggregerad nivå	Nej, samordnar underlag på aggregerad nivå till central ledning
Dokumentationsledare	Kvalitetsutvecklare	Publiceringsansvarig i OPR ledningssystem samt sammankallar dokumentationsnätverket	Nej, överser formalia. Ansvar för ledningssystemets funktioner. Sakkunnig

En person, chef eller nyckelperson, kan ibland ha flera roller i ansvarshierarkin. Exempelvis skulle en processägare eller processledare också kunna ha rollen som dokumentansvarig skribent.

4. PROCESS FÖR HANTERING AV STYRDOKUMENT

Arbetet med nya styrdokument ska ske enligt en gemensam process och i enlighet med nämndens rutin för att ta fram, besluta och använda styrdokument i verksamheten.



1. INITIERA UPPDRAG

Vem: *Dokumentägaren*, som kan vara kontorschef, verksamhetschef eller enhetschef

Vad: Identifierar behov av nytt styrdokument eller revidering av befintligt utifrån lagkrav, utvecklingsarbete, samverkan, avvikelser eller nya verksamhetsmål

Hur: Initierar uppdraget, utser processledare och/eller dokumentansvarig skribent. Säkerställer att uppdraget är förankrat i verksamhetsledningen. Initierar eventuell behovsanalys eller processkartläggning, eller samverkan vid behov med andra nämnder, kontor och berörda intressenter eller huvudmän.

2. UPPRÄTTA DOKUMENT

Vem: *Dokumentansvarig skribent* som kan vara en specialist, teamledare eller nyckelperson i samverkan med *dokumentägaren*

Vad: Tar fram utkast till dokument med rätt struktur, innehåll och språklig tydlighet. Hänsyn tas till styrkedjan och styrdokumentets typ samt beslutade mallar (aktiverande, normerande /rutin, checklista mm.).

Hur: Arbetar i nära dialog med berörd verksamhet och dokumentationssamordnare inom respektive område för att säkerställa kvalitet och relevans.

3. GRANSKA OCH REMITTERA

Vem: *Dokumentägare, andra enheter nyckelpersoner, dokumentationsnätverk* beroende på innehållet i det aktuella styrdokumentet

Vad: Intern remiss till berörda enheter eller nyckelpersoner för faktagranskning, juridisk bedömning, praktisk tillämpbarhet och anpassning till övriga styrdokument.

Hur: Granskning sker strukturerat enligt beslutade kvalitetskriterier för styrdokument enligt rutin. Synpunkter dokumenteras och hanteras av dokumentansvarig skribent och dokumentägare

4. FASTSTÄLLA OCH BESLUTA

Vem: *Dokumentägare* som kan vara vård- och omsorgschef, verksamhetschef, enhetschef eller exempelvis MAS beroende på styrdokument

Vad: Godkänner slutversionen och beslutar om dokumentets giltighet inom sitt ansvarsområde eller process. Beträffande riktlinjer krävs beslut i nämnd.

Hur: Beslut dokumenteras, och dokumentet lämnas för publicering i ledningssystemet

5. KOMMUNICERA OCH IMPLEMENTERA

Vem: *Processledare, dokumentägare, dokumentationssamordnare* och berörda chefer i respektive verksamhet

Vad: Dokumentet sprids och implementeras i verksamheten. Berörda medarbetare informeras, och vid behov planeras utbildningsinsatser

Hur: Publicering sker i det digitala ledningssystemet av *dokumentationsledare*. Information och länk till dokumentet distribueras via interna kommunikationskanaler såsom teams, intranätet, APT verksamhetsmöten eller via en projektorganisation. Samverkan vid behov med andra nämnder, kontor och berörda intressenter eller huvudmän.

6. FÖLJA UPP OCH REVIDERA

Vem: *Dokumentägare* och *eller dokumentansvarig skribent*

Vad: Uppföljning sker regelbundet utifrån dokumentets giltighetstid, avvikelser, förändrade krav eller behov. Resultat från verksamhetsuppföljning och synpunkter från dokumentationsnätverket beaktas i uppföljningen.

Samtliga dokument som är publicerade i ledningssystemet ska översyn ske minst vartannat år. Ett styrande dokument är giltigt tills beslut om revidering tas.

Hur: Revidering initieras vid behov, enligt samma process som ovan. Dokumentets version uppdateras och nytt beslut fattas.

5. UPPFÖLJNING AV RIKTLINJEN

Dokumenthanteringsprocessen följs upp i dokumentnätverket och via dokumentledaren. Behov av översyn av riktlinjen sker årligen, alternativt vid behov av revidering.

Riktlinje för styrdokument och dokumenthantering

SALA KOMMUN Vård och omsorg

Telefonnummer: 0224-74 70 00 | E-post: kommun.info@sala.se | Postadress: Box 304, 733 25 Sala

