

Koncernkontoret

Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning



DIREKTIV

Process	3.0.0 Styra, planera och följa upp hälso- och sjukvård	Godkänt datum	2026-06-16
Skapad av	Ann Svensson, regional chefsjuksköterska	Version	1
Godkänd av	Martin Engström, hälso- och sjukvårdsdirektör	Ärendenummer	2026-0002039
Gäller för	Hälso- och sjukvård i Region Skåne	Gäller fr.o.m.	2026-06-16
		Gäller t.o.m.	2029-06-16

Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Innehåll

1 Inledning.....	4
2 Patientsäkerhetsarbete och kvalitetsarbete hör ihop.....	4
3 Syfte	5
4 Avgränsningar.....	5
5 Dokument.....	6
6 Processer i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.....	6
7 Ansvar	6
7.1 Ansvar hos vårdgivarens regionala patientsäkerhetsorganisation	6
7.2 Ansvar hos sjukhuschefer och förvaltningschefer.....	8
7.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	9
8 Systematiskt förbättringsarbete.....	9
9 Uppföljning.....	10
10 Källor	11
Bilaga 1 Aktuella lagrum och andra bestämmelser för Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete	12
1 Krav på kvalitet	12
2 Aktuella lagrum och andra författningar.....	12
2.1 Omfattning.....	13
3 Lagar	13
4 Förordningar.....	13
5 Föreskrifter	14
6 Regionala strategier och handlingsplaner	15
7 Regionala riktlinjer och vårdprogram.....	15
Bilaga 2 Hantering och styrning av dokument i Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete	16
1 Inledning.....	16

2	Hantering och styrning av dokument.....	16
2.1	Regler för utformning och tillgänglighetsanpassning	16
2.2	Klassificering av dokument	17
2.3	Dokumentets författare	17
2.4	Dokumentets faktaägare	17
2.5	Giltighetstid och revidering	17
2.6	Informationshanteringsplan	18
2.7	Kommunikation och informations spridning	18
2.7.1	Publicering	18
3	Källor	19

1 Inledning

Detta dokument beskriver bakgrund, syfte, avgränsningar, innehåll, ansvarsfördelning, förvaltning och uppföljning för Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vidare i texten används enbart benämningen ”regionalt ledningssystem”.

Dokumentet innehåller två bilagor:

- Bilaga 1 *Aktuella lagrum och andra bestämmelser för Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete.*
- Bilaga 2 *Hantering och styrning av dokument i Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete.*

2 Patientsäkerhetsarbete och kvalitetsarbete hör ihop

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet är en del av kvalitetsarbetet och vice versa. Hög kvalitet i hälso- och sjukvården leder bland annat till att patienterna får en god och säker vård. Förbättringsåtgärder kopplade till resultat från exempelvis kvalitetsmätningar leder till ökad kvalitet, vilket i sin tur minskar risken för vårdskador.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innehåller bestämmelser om hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Med kvalitet avses i sammanhanget att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare¹ är skyldiga att bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslag (2010:659), PSL.

¹ Med vårdgivare avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan

3 Syfte

Systematiskt patientsäkerhetsarbete handlar ytterst om att förebygga att patienter drabbas av vårdskada². I det regionala ledningssystemet fastställs principerna för hur patientsäkerhetsarbetet organiseras i Region Skånes hälso- och sjukvård. Ledningssystemet ska användas för att fortlöpande planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten utifrån perspektivet att hälso- och sjukvården ska vara säker.

4 Avgränsningar

Vårdgivaren har ett utpekat ansvar för att ett ledningssystem finns och används enligt 3 kap. SOSFS 2011:9. Det innebär att de styrande dokumenten avseende det regionala ledningssystemets innehåll och styrning enbart avser hälso- och sjukvård i Region Skånes egen regi. Däremot omfattar flertalet styrande dokument beträffande strategier, handlingsplaner med mera även privata vårdgivare som har avtal med Region Skåne.

Regionalt ledningssystem omfattar all slags hälso- och sjukvård i alla vårdformer oavsett var patienten befinner sig.

Inom Region Skåne finns ytterligare ledningssystem på koncernövergripande nivå, exempelvis för miljö, informationssäkerhet och medicinteknik. Dessa hanteras separat och beslutas om inom respektive område.

juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (1 kap. 3 § PSL).

² Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § PSL lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

5 Dokument

I det regionala ledningssystemet ingår både styrande dokument och icke styrande dokument. Beskrivning av hantering och ansvar för dokumenten finns i bilaga 2.

6 Processer i det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Det regionala ledningssystemets struktur består av processer som behövs för att beskriva och säkra det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Processernas innehåll bygger på krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för hälso- och sjukvården och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter samt lokalt upprättade bestämmelser. Dessa framgår av bilaga 1. Processerna kan också utgå från behov som framkommer genom exempelvis riskanalyser, egenkontroller, rapporterade avvikelser³ och klagomål från patienter och närstående.

7 Ansvar

Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning (HSS) leder och ansvarar för hälso- och sjukvården i Region Skåne genom hälso- och sjukvårdsdirektörens linjeförhållande för samtliga sjukhuschefer och förvaltningschefer i hälso- och sjukvården. Detta enligt Regiondirektörens beslut om översyn av Region Skånes ledningsstruktur⁴.

7.1 Ansvar hos vårdgivarens regionala patientsäkerhetsorganisation

Den regionala patientsäkerhetsorganisationen utgår från HSS. HSS leder och ansvarar för planeringen för det strategiska och

³ Händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat (Socialstyrelsens termbank).

⁴ Regiondirektörsbeslut, ärendenummer 2025-0000480 [Ledningsstruktur Sjukvård](#)

systematiska patientsäkerhetsarbetet i hälso- och sjukvården i Region Skåne.

Regionalt ledningssystem rymmer aktiviteter inom såväl det systematiska patientsäkerhetsarbetet som inom det systematiska förbättringsarbetet. Innehållet i ledningssystemet innefattar samarbete dels mellan regional patientsäkerhetsorganisation och övriga delar av HSS, dels mellan den regionala patientsäkerhetsorganisationen och sjukhusens och förvaltningarnas medarbetare. I den fortsatta texten skrivs inte både sjukhus och förvaltning ut, utan benämns gemensamt som förvaltningarna⁵. Samarbete är nödvändigt för att skapa en lärande organisation. Förvaltningarnas resurser behöver därför ingå i det övergripande systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra med nödvändig erfarenhet för att vidareutveckla vården och bibehålla en hög patientsäkerhet.

Den regionala patientsäkerhetsorganisationen ansvarar för att:

- I samverkan med relevanta grupperingar och nätverk planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i enlighet med det regionala ledningssystemet, i syfte att vidareutveckla vården och bibehålla en högpatientsäkerhet.
- Relevanta regiongemensamma processer kopplade till det systematiska patientsäkerhetsarbetet identifieras och dokumenteras. När det är lämpligt och finns behov av det ska arbetet ske i samarbete med förvaltningars resurser som har rätt kunskap inom aktuellt område.
- Adekvata riktlinjer kopplade till processerna upprättas, fastställs och dokumenteras. När det är lämpligt och finns behov av det ska delar av arbetet ske i samarbete med förvaltningars resurser.
- Riktlinjerna finns publicerade så de lätt kan nås av de som berörs av innehållet.

⁵ Enligt den organisation som gäller mars 2026.

Den regionala patientsäkerhetsorganisationen har ett övergripande ansvar för dokumenten i det regionala ledningssystemet. Processer för att hantera dokument inbegriper ett samarbete med övriga delar av HSS samt med förvaltningarnas medarbetare. Beskrivning av hantering och styrning av dokumenten finns i bilaga 2.

7.2 Ansvar hos sjukhuschefer och förvaltningschefer

Ansvar för att det som fastställs genom regionalt ledningssystem hanteras inom förvaltningarna, följer linjeförhållandet.

Förvaltningarna ska bidra till det regionala patientsäkerhetsarbetet relaterat till organisationens storlek. Den minsta omfattning som bedöms som rimlig för enskild förvaltning motsvarar tio (10) procent av en (1) heltid⁶.

Förvaltningarnas lokala linjeorganisation ansvarar för att:

- Processerna och riktlinjerna i det regionala ledningssystemet är kända och implementerade i den lokala verksamheten, samt efterföljs.
- Lokala ledningssystem utgår från det regionala ledningssystemet.
- Hälso- och sjukvårdspersonal har rätt kunskap och kompetens för att arbeta enligt fastställda processer och riktlinjer.
- Säkerställa att resurser med rätt kunskap bidrar till det regionala systematiska patientsäkerhetsarbetet i enlighet med det som fastställts i det regionala ledningssystemet.
- Planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera den egna verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete i syfte att utveckla och säkra kvaliteten samt åiterrapportera till den regionala patientsäkerhetsorganisationen på det vis som anges.

⁶ Enligt den organisation som gäller mars 2026.

7.3 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal

- ska arbeta enligt de processer och riktlinjer som ingår i det regionala ledningssystemet
- ska bidra till det regionala systematiska patientsäkerhetsarbetet i enlighet med det som fastställts i det regionala ledningssystemet
- ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- bär själv ansvaret för utförandet av arbetsuppgifterna.

8 Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att det regionala ledningssystemet är ändamålsenligt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra säkerheten för patienter krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.

I det systematiska förbättringsarbetet ingår enligt 5 kap. SOSFS 2011:9 att:

1. Arbeta proaktivt genom att genomföra riskanalyser.
2. Utöva egenkontroll för att följa upp och utvärdera verksamhetens resultat samt att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt fastställda processer och riktlinjer.
3. Ta emot och utreda rapporterade avvikelser från hälso- och sjukvårdspersonal samt klagomål och synpunkter från patienter, närstående och andra intressenter och ta ställning till om det finns kvalitetsbrister i verksamheten.
4. Följa bestämmelserna om hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet, enligt 6 kap. 4 § PSL. Risk för vårdskada samt händelse som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska rapporteras i syfte att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.
5. Följa bestämmelserna om vårdgivarens utredningsskyldighet, som finns i 3 kap. 3 § PSL. Händelser som medfört, eller hade

kunnat medföra vårdskada, ska utredas i syfte att klarlägga händelseförloppet och att förhindra att liknande händelser inträffar igen.

6. Sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att identifiera mönster och trender som indikerar brister i patientsäkerheten.
7. Utifrån resultaten av de aktiviteter som beskrivs i punkterna 1 – 6 vidta de åtgärder som krävs för att verksamheten ska vara patientsäker.
8. Utifrån resultaten av de aktiviteter som beskrivs i punkterna 1 – 6 vidta de förbättringar som krävs för att processer och rutiner ska vara ändamålsenliga.

9 Uppföljning

Regional patientsäkerhetsorganisation följer upp förvaltningarnas aktiviteter inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet via:

- Förvaltningarnas årliga patientsäkerhetsberättelser.
- Specifika frågor eller enkäter avseende patientsäkerhet ställda till förvaltningarna.

Uppföljning av det regionala systematiska patientsäkerhetsarbetet följs upp via:

- Vårdgivarens årliga patientsäkerhetsberättelse⁷.
- Ordinarie åiterrapportering i samband med hälso- och sjukvårdsnämndens del- och helårsredovisning inom mål- och insatsområdet ”Säker hälso- och sjukvård”.

⁷ Upprättas enligt 3 kap. 10 § PSL senast den 1 mars varje år.

10 Källor

HSLF-FS 2017:40. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

Johansson, L-Å. (2017). *Hälso- och sjukvårdslagen - med kommentarer*. 10. uppl. Wolters Kluwer Sverige AB.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag.

Socialstyrelsen. (2025). *Kvalitet och patientsäkerhet*.

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsaker/forebyggande-arbete/kvalitet-och-patientsakerhet/>. (Hämtad 2026-02-05).

Socialstyrelsen. (2025). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/b61d10498664490c88e7bcd2672bf7f9/2012-6-53.pdf> (Hämtad 2026-02-04).

Socialstyrelsen. (2025). *Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete – Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete*.

<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/d9085343c1814dfba64f81980be39cea/2019-6-5360.pdf>. (Hämtad 2026-02-04).

SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Sverne Arvill, E., Printz, A. & Johansson, L-Å. (2024).

Patientsäkerhetslagen – en kommentar. 2. uppl. Norstedts Juridik AB.

Bilaga 1 Aktuella lagrum och andra bestämmelser för Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete

1 Krav på kvalitet

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innehåller bestämmelser om hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Definitionen av kvalitet är enligt 2 kap. (ibid) 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. Av 1 kap. 2 § (ibid) framgår att föreskrifterna även ska tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare⁸ är skyldiga att bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslag (2010:659), PSL.

2 Aktuella lagrum och andra författningar

Denna bilaga innehåller en förteckning av de lagar och andra författningar som innehåller krav på kvalitet för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Eftersom nya regler inom området kan tillkomma behöver kartläggningen av bestämmelser som styr verksamheten göras fortlöpande.

Utöver relevanta lagar och andra författningar ingår även Region Skånes styrande dokument för en säker vård i Regionalt

⁸ Med vårdgivare avses statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (1 kap. 3 § PSL).

ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete. Dessa dokument kan exempelvis vara riktlinjer och handlingsplaner.

2.1 Omfattning

Regionalt ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete omfattar all slags hälso- och sjukvård i alla vårdformer oavsett var patienten befinner sig.

3 Lagar

SFS Patientsäkerhetslag (2010:659), PSL

SFS Patientlag (2014:821)

SFS Patientdatalag (2008:355), PDL

SFS Lag (2022:1250) om egenvård

SFS Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

SFS Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

SFS Lag (2006:496) om blodsäkerhet

SFS Lag (1995:832) om obduktion m.m.

SFS Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död

SFS Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL

SFS Begravningslag (1990:1144)

4 Förordningar

SFS Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)

SFS Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)

5 Föreskrifter

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

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:28) om kliniska obduktioner m.m.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling vid undernäring

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2015:15) om vissa åtgärder i hälso- och sjukvården vid dödsfall

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:29) om transfusion av blodkomponenter

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:28) om blodverksamhet

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)

6 Regionala strategier och handlingsplaner

Till dokumenten: [Patientsäkerhet - Vårdgivare Skåne](#)

7 Regionala riktlinjer och vårdprogram

Till dokumenten: [Patientsäkerhet - Vårdgivare Skåne](#)

Bilaga 2 Hantering och styrning av dokument i Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete

1 Inledning

Denna bilaga beskriver hur dokumenten i *Region Skånes ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete* ska hanteras och styras.

2 Hantering och styrning av dokument

Dokumenterna i det regionala ledningssystemet består av styrande dokument och icke styrande dokument. Samtliga dokument ska kategoriseras i verksamhetsinformationskategorier enligt *Verksamhetsinformationskategorier (Vik) – definitioner och gallringsfrister*.

Exempel på verksamhetsinformationskategorier är

- anvisning (styrande dokument)
- strategi (styrande dokument)
- plan (styrande dokument)
- informationsmaterial (icke styrande dokument)
- rapport (icke styrande dokument).

2.1 Regler för utformning och tillgänglighetsanpassning

Samtliga dokument i ledningssystemet ska följa Region Skånes grafiska mallar, ha avsedda logotyper och färgkombinationer. Alla dokument som ska publiceras ska vara tillgänglighetssäkrade.

Instruktionerna på Region Skånes intranät *Dokumentmallar, logotyper och presentationsmaterial* ska följas.

2.2 Klassificering av dokument

De styrande dokumenten i det regionala ledningssystemet ska klassificeras enligt *Klassificeringsstruktur för Region Skåne*.

Klassificeringen av dokumentet skrivs i fältet för ”Process” (nummer 1, bild 1).

2.3 Dokumentets författare

För samtliga styrande dokument ska dokumentets författare framgå (nummer 2, bild 1).

2.4 Dokumentets faktaägare

Samtliga styrande dokument fastställs (beslutas) enligt gällande beslutsordning⁹. Vem som fastställt dokumentet ska framgå (nummer 3, bild 1). Den som fastställer är dokumentets faktaägare.

Bild 1

Förvaltning			
Organisationsenhet		DOKUMENTTYP	
1	Process	Ange process	Godkänt datum
2	Skapad av	Ange författare	Version
3	Godkänd av	Ange vem som godkänt innehållet	Ärendenummer
	Gäller för	Ange organisation/process	Gäller fr.o.m.
			Gäller t.o.m.
			Ange datum
			Ange datum

2.5 Giltighetstid och revidering

De styrande dokumenten i det regionala ledningssystemet har vanligtvis en giltighetstid på tre år. Om beslut om dokumentet tagits på politisk nivå kan giltighetstiden vara fem år. Innan giltighetstiden löper ut ska dokumenten ses över och beslut fattas då om dokumentet ska

⁹ [Vidaredelegering och beslutsordning för avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning \(2025-09-01\)](#)

- kvarstå oförändrat och giltighetstiden förlängas
- revideras
- avpubliceras.

Vid behov ska dokumenten revideras innan giltighetstiden har överskridits. Dokumentets faktaägare ansvarar för att översyn och revidering sker.

2.6 Informationshanteringsplan

Samtliga dokument ska finnas förtecknade i en informationshanteringsplan enligt Region Skånes instruktion *Ta fram informationshanteringsplan*.

2.7 Kommunikation och informations spridning

Nya och reviderade dokument ska kommuniceras till

- berörda förvaltningschefer
- regionala grupper för chefläkare respektive chefsjuksköterskor.

Dokumentets faktaägare ansvarar för att spridning av information sker enligt ovan beskrivning.

2.7.1 Publicering

Samtliga styrande dokument i det regionala ledningssystemet ska hanteras i avsett dokument- och ärendehanteringssystem. Även icke styrande dokument kan behöva hanteras i ett sådant system efter att en behovsbedömning har genomförts.

Dokument i det regionala ledningssystemet ska publiceras på Vårdgivare Skåne och Region Skånes intranät. Inför publicering bedöms varje enskilt dokument avseende om dokumentet ska publiceras på båda websidorna eller enbart på en av dem, och i så fall på vilken.

Dokumentens faktaägare ansvarar för att korrekt hantering sker i avsett dokument- och ärendehanteringssystem samt för att publicering på respektive webbplatser sker.

3 Källor

Region Skåne. (2025). Arkiv och informationshantering.

<https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/arkiv-och-informationshantering/?highlight=arkiv+och+informationshantering>

(Hämtad 2026-02-04).

Region Skåne. (2025). Verksamhetsinformation (Vik) – definitioner och gallringsfrister 6.0 – Giltig från 2026-02-10.

<\\REG.SKANE.SE\RSHEM\Hem3\126353\Downloads\verksamhetsinformationskategorier-vik---definitioner-och-gallringsfrister.xlsx>

(Hämtad 2026-03-18). Endast för nedladdning.

Region Skåne. (2025) Klassificeringsstruktur för Region Skåne - För att sätta verksamhetsinformation i sitt sammanhang.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/arkiv/skapa-och-forvara/klassificeringsstruktur---fillistning/klassificeringsstruktur-for-region-skane.pdf> (Hämtad

2025-12-05).

Region Skåne. (2025). Riktlinje för politiskt beslutade styrande dokument med regler för implementering.

<https://regionskane.sharepoint.com/sites/dp/Dokumentmappar/Forms/NoFolders.aspx?FilterField1=%5Fdlc%5FDocId&FilterValue1=RS03%2D00000160461&viewid=69b82633%2Da31e%2D4dae%2Db5d2%2D7d9e76f8ae87&useFiltersInViewXml=1&id=%2Fsites%2Fdp%2FDokumentmappar%2FKoncernkontoret%2FStyrande%20dokument%5Finkl%20beslut%2Epdf&parent=%2Fsites%2Fdp%2FDokumentmappar>

(Hämtad 2025-12-05).

Region Skåne. (2024) Informationshanteringsplan för verksamhetsinformation (mall)

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/arkiv/skapa-och-forvara/klassificeringsstruktur---fillistning/hanteringsanvisning-for-verksamhetsinformation.xlsx?highlight=Informationshanteringsplan+f%c3%b6r+verksamhetsinformation> (Hämtad 2025-12-05).

Region Skåne. (2025) Ta fram informationshanteringsplan.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/arkiv/skapa-och-forvara/klassificeringsstruktur---fillistning/informationskartlaggning.pdf> (Hämtad 2025-12-05).

Region Skåne. (2025). Dokumentmallar, logotyper och presentationsmaterial. <https://intra.skane.se/sidor/anstallning-och-medarbetarservice/mallar-kommunikation-och-arkiv/mallar-logotyper-och-presentationsmaterial/> (Hämtad 2025-12-05).