

# Handlingar

till mötet med  
styrelsen för NU-sjukvården

21 mars 2014





# Ärende 4

Ärende 4



**Tjänsteutlåtande**  
Datum 2014-03-12  
Diarienummer NU 152/2013

**NU-sjukvården/ledningskansliet**  
Handläggare: Ann-Sofie Rundberg  
Telefon: 010-435 66 90  
E-post: ann-sofie.rundberg@vgregion.se

Till Styrelsen för NU-sjukvården

## Uppföljning av handlingsplan avseende NU-sjukvårdens utvecklingsplan

### Förslag till beslut

1. Informationen antecknas till protokollet.

### Sammanfattning

Enligt den handlingsplan som tagits fram för genomförande av NU-sjukvårdens utvecklingsplan beskrivs de aktiviteter som ska genomföras under perioden och tidplan för detta.

I handlingsplanen bifogas en statusrapport till styrelsens sammanträde den 21 mars 2014.

NU-sjukvården

Eva Arrdal  
Tf sjukhusdirektör

Ann-Sofie Rundberg  
Stabschef

### Bilaga

Handlingsplan, uppföljning av åtgärder till styrelsen 2014-03-21

## Uppföljning av handlingsplan, rapport till styrelsen 21 mars

Under 2014 ska verksamheten inom NU-sjukvården bedrivas i enligt med den av sjukhusstyrelsen beslutade verksamhetsplanen.

Det av regionfullmäktige beslutade "12 -punktsprogrammet" och den utvecklingsplan som beslutats innebär att ytterligare aktiviteter ska genomföras.

Handlingsplanen anger det som har högsta prioritet.

Utvecklingsplanen tillsammans med regionfullmäktiges budget och vårdöverenskommelsen med Hälso- och sjukvårdsnämnderna ligger till grund för verksamhetsplan 2015.

| Aktivitet  | Handlingsplan   | Ansvarig tjänsteman | Tidplan  | Rapport till styrelsen 30 januari  |
|--|---|---------------------|--|--|
| Säkerställa genomförande av redan fattade beslutade om var verksamheten ska lokaliseras (exempelvis elektiv ortopedi, elektiv kirurgi, akut ortopedi). | Genomgång av pågående arbete, säkerställa tillgång på kompetens för genomförande.   | Sjukhusdirektören   | Rapport på SDL 7 januari, info CSG 15 januari  | Områdeschef opererande har presenterat förslag till projektorganisation utifrån modell som användes i Vård 2010. Fortsatt arbete med organisering och bemanning av projektorganisation pågår och frågan återkommer för ställningstagande vid SDL 4 februari. |
| <b>21 mars</b>   | <b>Nuläge:</b><br>Projektledare är utsedd, arbete med bemanning och direktiv pågår. |                     | <b>Prognos:</b><br>Projektet förväntas pågå till 15 maj 2015 för att säkerställa hela genomförandet. |  |

| Aktivitet                                   | Handlingsplan  | Ansvarig tjänsteman    | Tidplan  | Rapport till styrelsen 30 januari  |
|---|--|------------------------|--|--|
| Stödstrukturer på Uddevalla sjukhus och NÄL | Genomgång av stödstrukturer, Förslag på genomförandeplan ska redovisas på SDL januari 2014.  | Områdeschef Opererande | Ledningsgrupp 7 och 21 januari information/samverkan på CSG 15 och 29 januari, information om fortsatt arbete på styrelsen 30 januari. | Områdeschef opererande har presenterat utkast till justeringar för att stärka stödfunktionerna vid Uddevalla sjukhus. Tre arbetsmöten med bred representation från verksamheterna har genomförts. Diskussion följer. Arbetsgruppen skall ha ytterligare något möte innan slutliga förslag kommer att presenteras för ledningsgruppen i februari. Facklig diskussion har skett i samband med CSG 15 januari |
| 21 mars                                     | Nuläge:<br>Bemanningen kommer att förstärkas på stabiliseringsenhet och i MIG-funktion. Har inletts. Rutinerna för medicinska konsult på Uddevalla sjukhus skall revideras och tydliggöras. Klart senast 1 april. Patientbunden resurs tillgänglig vid överenskommet behov. Rutin framtagen och beslutad av berörda VC | Prognos:               |  |  |
| Optimering av processer                     | Genomförandeplan för de processer som prioriteras under 2014 är förankrad i förvaltningen.   | Stabschef              | Ledningsgrupp 21 januari, CSG 12 februari  | SDL har prioriterat hur vi arbetar vidare med optimering av processer utifrån utvecklingsplanen. Akutvårdsprocessen kommer att vara den högst prioriterade   |

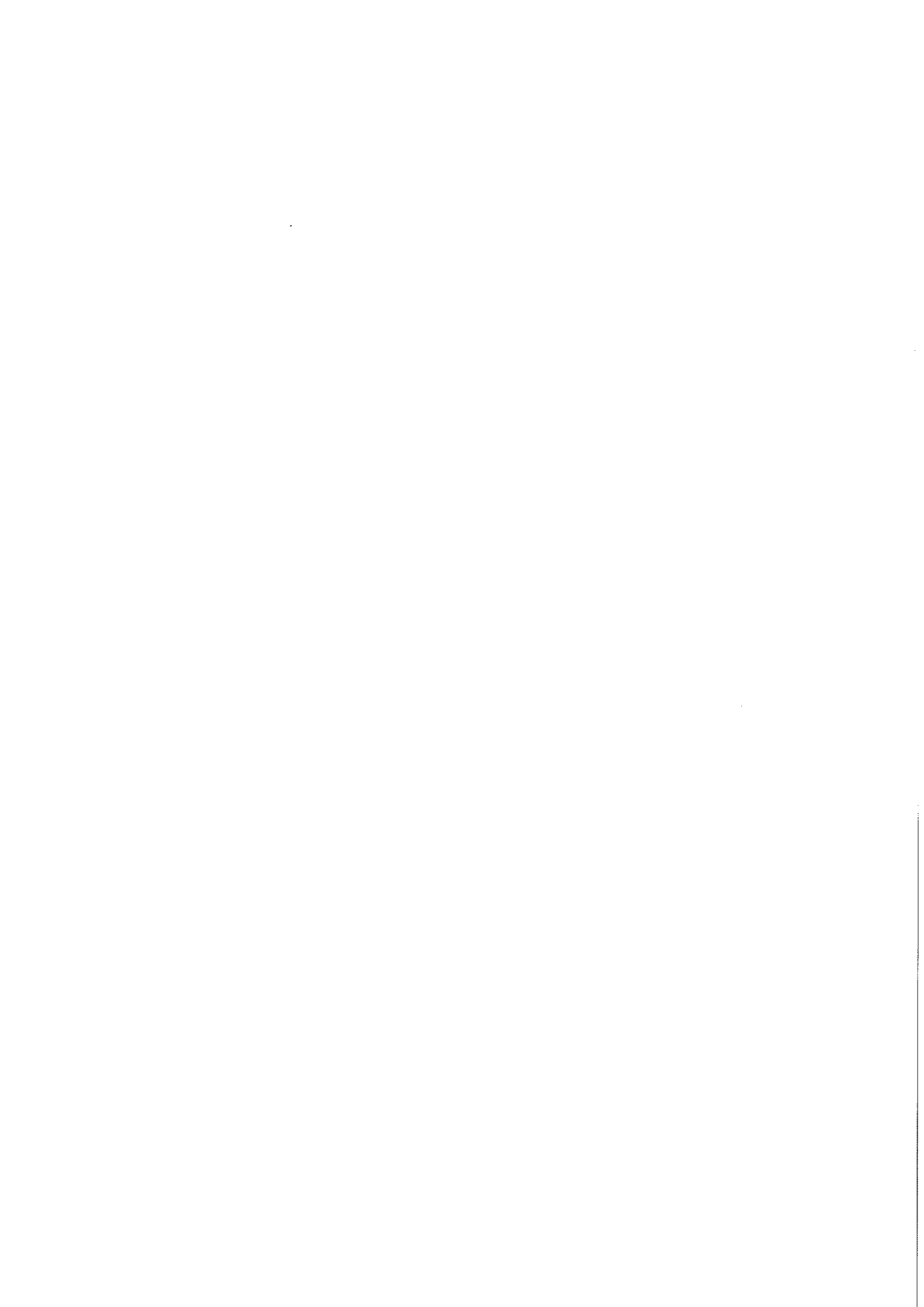
| Aktivitet  | Handlingsplan   | Ansvarig tjänsteman   | Tidplan  | Rapport till styrelsen 30 januari  |
|--|---|---|--|--|
| 21 mars  | <p><b>Nuläge:</b><br/>           Akutvårdprocessen är definierad, 25 medarbetare som arbetar inom processen kommer att gå en 7,5 poängsutbildning i förbättringskunskap.<br/>           Syftet med utbildningen är att deltagarnas kunskap och förmåga skall nå den nivå som behövs för att leda och driva ett målinriktat och långsiktigt kvalitetsdrivet förbättringsarbete. Detta innebär att kunna planera, leda, samordna, och utveckla verksamheten med fokus på patient/kundtillfredsställelse samt att kunna leda ett resultatinriktat förbättrings- och utvecklingsarbete.<br/>           Utbildningen syftar även till att skapa nätverk för utbyte av erfarenheter och reflektion.<br/>           Kursdeltagarna ska efter fullgjord kurs ha tillägnat sig principerna för kvalitetsutveckling, ha god kännedom om de viktigaste kvalitetsverktygen, ha god kunskap och insikt vad avser förbättringskunskap, och kunna fungera som ledare för en kundfokuserad verksamhetsutveckling inom sitt verksamhetsområde.</p> | <p><b>Prognos:</b><br/>           Ett sjuhusgemensamt arbete med <b>planerad vård</b> kommer att påbörjas i november 2014<br/>           Inom <b>effektiv bemanning</b> är nya bemanningstal satta, rekrytering av personal pågår, principer och rutiner inom områdena för delning av överturer mellan avdelningar håller på att tas fram.<br/>           Redovisning av <b>effektiv lokalförsörjning</b> finns under aktiviteten långsiktig lokalplanering<br/>           Arbetet med <b>IS/IT-systemen utgår från verksamhetens behov</b> pågår och NU-sjukvården är aktiv i det regionala IS/IT arbete</p> |  |  |
| "Breddkompetens på akutmottagningen – införande av akutläkare" | <p>Förstudie genomförs till grund för inriktning på fortsatt arbete.</p>  | <p>Områdeschef<br/>           Medicin och Akut</p>  | <p>Ledningsgrupp 21 januari, CSG 12 februari</p>   | <p>En förstudie är genomförd och presenterad för ledningsgruppen. Ledningsgruppen har fått i uppdrag att förankra förstudiens förslag i sina respektive ledningsgrupper och områdessamverkan samt fackligt i CSG. Förslag till beslut om hur genomförande ska ske tas upp på SDL i februari.</p> |
| 21 mars  | <p><b>Nuläge:</b><br/>           Förslag är framtaget, samverkas 12 mars</p>  |   | <p><b>Prognos:</b><br/>           Aktiviteten genomförd när ärendet behandlas på styrelsen 21 mars</p> |  |

| Aktivitet   | Handlingsplan   | Ansvarig tjänsteman | Tidplan   | Rapport till styrelsen 30 januari  |
|---|---|---------------------|---|--|
| Långsiktig lokalplanering, lokalisering av verksamheter | Arbeta fram en modell för årlig revidering av lokalplanering och underlag till beslut om långsiktig lokalförslagsplan som utgår från utvecklingsplanen. | Stabschef           | Modellen beslutad Ledningsgrupp 7 och 21 januari, CSG 15 och 29 januari<br>Långsiktig lokalförslagsplan beslutas under hösten 2014. | Ledningsgruppen har enats om att fortsätta arbetet med långsiktig lokalförslagsplan enligt föreslagna modellen. Den ska arbetas in i planeringsprocessen för 2015. |
| <b>21 mars</b>  |   |                     |   |  |
| Projektorganisation vid större förändringar             | Genomgång av samtliga pågående projekt, eventuell omprioritering, säkerställa rätt stöd och facklig samverkan   | Stabschef           | Återrapporteras till sjukhus-ledning och samverkansgrupp i februari. <b>Styrelsen 21 mars 2014.</b>                                 |  |
| <b>21 mars</b>  |   |                     |   |  |
| Förstärka det centrala patientsäkerhetsarbetet          | Nuläge och förslag till beslut  | Chefläkaren         | Slutrapport till ledningsgruppen och samverkansgrupp i februari. <b>Styrelsen 21 mars 2014.</b>                                     | Förstudie är påbörjad  |
|   |   |                     |   |  |
| <b>21 mars</b>  |   |                     |   |  |
|   |   |                     |   |  |
|   |   |                     |   |  |
|   |   |                     |   |  |

| Aktivitet   | Handlingsplan  | Ansvarig tjänsteman | Tidplan  | Rapport till styrelsen 30 januari |
|---|--|---------------------|--|-----------------------------------|
| <b>21 mars</b><br><b>Nuläge:</b><br>Förändra aktivitet till förstärka det förvaltningsgemensamma patientsäkerhetsarbetet. Förstudie pågår med inriktning att tydligare samordna patientsäkerhet med verksamhets- och processutveckling    | Förbättrings- och utvecklingsarbete genomförs utifrån Regionfullmäktiges beslut "12 punkts-programmet" och utvecklings-planen. | Sjukhusdirektören   | <b>Prognos:</b><br>Organisation förväntas vara beslutad i juni 2014  |                                   |
| Ledning och styrning  |  |                     | Aktivitetsplan med avstämningspunkter finns. Slutrapport till ledningsgrupp och samverkansgrupp i april/maj. <b>Styrelsen 22 maj 2014.</b> |                                   |
| <b>21 mars</b><br><b>Nuläge:</b><br>Pågår. Tydliggörande av ansvar och befogenheter. Kulturarbete. Strukturaktiviteter, Dialogmöten, Delaktighet, Uppföljning, Ledningsgruppsutveckling på sjukhusnivå, Områdesnivå startar under hösten. |  |                     | <b>Prognos:</b>  |                                   |
| Samverkan med "vårdgrannar"   | Redovisning av pågående samverkan med "vårdgrannar" samt förslag på hur samverkan kan utvecklas.                               | Områdeschef MoA     | Rapport till ledningsgrupp och samverkansgrupp i februari. <b>Styrelsen 21 mars 2014.</b>  |                                   |
| <b>21 mars</b><br><b>Nuläge:</b><br>Kartläggning är genomförd, redovisas på styrelsen 21 mars.  |  |                     | <b>Prognos:</b><br>Aktiviteten genomförd när ärendet behandlas på styrelsen 21 mars  |                                   |

| Aktivitet                                    | Handlingsplan                                    | Ansvarig tjänsteman    | Tidplan   | Rapport till styrelsen 30 januari         |
|--|--|------------------------|---|---|
| Utveckling av kardiologi inom NU-sjukvården. | Målbild arbetas fram                             | Områdeschef MoA        | Slutrapport till ledningsgruppen och samverkansgruppen i april. <b>Styrelsen 22 maj 2014.</b>   |   |
| <b>21 mars</b>                               |  |                        | <b>Prognos:</b><br>Aktiviteten genomförd när ärendet behandlas på styrelsen 22 maj  |   |
| Regional process för ledplastikkirurgi       | Implementering genomförs enligt tidigare beslut  | Områdeschef Opererande | Implementeringen ska vara genomförd vid halvårsskiftet 2014. Genomförandet följs kontinuerligt. Effektfuppföljning ska redovisas per september och december. Återrapporteras till styrelsen | Pågår                                     |
| <b>21 mars</b>                               |  |                        | <b>Prognos:</b><br>Genomförs enligt tidplan, rapporteras på styrelsen 29 april  |   |
| Omvårdnadsråd                                | Förstudietill grund för beslut skall genomföras. | Stabschef              | Rapport med förslag till Ledningsgrupp och samverkansrapport i april  | Dialog till grund för uppdrag år påbörjad |

| Aktivitet  | Handlingsplan  | Ansvarig tjänsteman | Tidplan   | Rapport till styrelsen 30 januari  |
|--|--|---------------------|---|--|
| <p><b>21 mars</b></p> <p><b>Nuläge:</b><br/>Ledningsgruppen har diskuterat och är eniga om att det behövs forum och arbetssätt för att standardisera rutiner och arbetssätt över klinik- och områdesgränser, men detta bör ske i annan form än ett råd.</p>  | <p>Pågående arbete enligt tidigare plan. Modellen ska vara beslutad före 30 juni och implementeras under hösten.</p> | <p>Stabschef</p>    | <p><b>Prognos:</b><br/>Förslag arbetas fram och beslutas senast 30 juni</p>   |  |
| <p>Modell för verksamhets- och processutveckling</p>   |  |                     | <p>Slutrapport till ledningsgrupp och samverkansgrupp i maj. <b>Styrelsen den 18 juni</b></p>                       | <p>Det pågående arbetet är rapporterat till ledningsgruppen.. 7,5 poängs utbildning i förändringskunskap kommer att påbörjas i april<br/>Studiebesök planeras på SÅS i mars.</p> |
| <p><b>21 mars</b></p> <p><b>Nuläge:</b><br/>Arbetsgruppen har tagit fram principer för modell för verksamhets- och processutveckling, underlaget är ute på remiss och slutligt förslag ska behandlas på ledningsgruppen den 8 april. Därefter påbörjas implementering och anpassning av hur förvaltningen arbetar.</p> |  |                     | <p><b>Prognos:</b><br/>Aktiviteten genomförd när arbetsgruppen har redogjort för modellen på styrelsen 29 april</p> |  |



**Tjänsteutlåtande**  
Datum 2014-03-12  
Diarienummer NU

**NU-sjukvården/ledningskansliet**  
Handläggare: Johan Ernelin  
Telefon: 010-435 68 70  
E-post: johan.ernelin@vgregion.se

Till Styrelsen för NU-sjukvården

## Effektiv bemanning vårdavdelningar

### Förslag till beslut

1. Informationen antecknas till protokollet

### Sammanfattning av ärendet

Som ett led i NU-sjukvårdens åtgärdsprogram har projektet Effektiv bemanning vårdavdelningar genomförts under hösten 2013. Syftet är att minska kostnader för NU-sjukvården och ta fram en NU-modell för beslut om avdelningsbemanning och budgetering.

### Bakgrund

Under de senaste åren har flera budget/bemanningsprojekt har genomförts i NU-sjukvården. Det har också funnits en gemensam mall för verksamhetsanpassad bemanning (VAB-mall) sedan år 2010, som därefter har modifierats på enskilda verksamheter och områden, resulterat i svårigheter att få en NU-övergripande syn på bemanningssituationen.

NU-sjukvårdens avdelningar har idag höga övertidskostnader. Tidigare måltal avseende bemanning följs inte. Erfarenheter från tidigare arbete och potentialen att förbättra de mallar som finns idag ligger till grund för projektet.

### Resultat

Resultatet av projekt redovisas genom att varje arbetsmål presenteras var för sig. Projektet har bl a resulterat i en mall för effektiv bemanning (EB-mall) version 3.0. Mallens användning regleras av en rutin. Projektet föreslår också att en förvaltning av denna mall inrättas.

En organisation och förvaltning för bemanningsplaneringen har tagits fram, där roller beskrivs för HR-chef, områdeschefer, verksamhetschefer, projektgruppen och förvaltargruppen.

### Beredning

Projektet har genomförts under hösten 2013 med en arbetsgrupp bestående av representanter från verksamhet, berörda fackliga organisationer, HR och ekonomi. I arbetet

har det funnits deltagare från SU. Projektet var från början tidsbestämt till ca två månader men förlängdes efter beslut i styrgruppen.

Sjukhusdirektörens ledningsgrupp har vid ett flertal tillfällen diskuterat projektets resultat, handlingsplanen och dess genomförande och har ställt sig bakom den nu framtagna handlingsplanen. Arbetet har behandlas i central samverkansgrupp 26 februari 2014.

NU-sjukvården

Eva Arrdal  
Tf sjukhusdirektör

Magnus Kronvall  
Områdeschef medicin och akut

### **Bilaga**

1. Slutrapport effektiv bemanning, vårdavdelningar
2. Handlingsplan effektiv bemanning vårdavdelningar

## Handlingsplan Effektiv bemanning

---

**Framtaget av / Ersätter**  
Projektet Effektiv bemanning

**Gäller för / Vilka berörs**  
NU-sjukvården

**Godkännes**

NU-sjukvården 140218

Eva Arrdal  
Sjukhusdirektör

## Bakgrund

Projektet Effektiv bemanning vårdavdelningar som pågått under hösten 2013 har levererat resultat utifrån projektets arbetsmål men även lämnat förslag på fortsätta arbeten inom NU-sjukvården.

## Syfte

Att beskriva hur resultatet och förslagen från projektet Effektiv bemanning kan hanteras inom NU-sjukvården

## Åtgärder

### MÅL 1 Förvaltning av EB-mall 3.0

#### Arbetsuppgifter:

Förutom beskrivning enligt AM1 del2 ingår även att:

- vara en NU-gemensam expertfunktion till stöd för verksamheterna enligt AM7
- ansvara för att forum för lärande över gränser avseende arbetssätt och bemanningslösningar

#### Åtgärd:

Att det skapas en förvaltningsorganisation av EB-mallen bestående av: Förvaltare(Mattias Molin HR, Annelie Tegnberg Ekonomi samt Pia Ahlroth Schemaspecialist) och Ägare (Maria Aleniusson)

#### Ansvarig:

HR-chef Maria Aleniusson

#### Tidsplan:

Snarast

#### Uppföljning:

Till Sjukhusledning när personer blivit tillsatta

### MÅL 2 Projekt för revidering av bemanning

#### Arbetsuppgifter:

Inventering kompetensmix på alla avdelningar som ingått i det ursprungliga projektet. Ge förslag på måltal kompetensmix.

#### Åtgärd:

Att det skapas ett projekt med uppdrag enligt ovan med tillhörande styrgrupp.

#### Ansvarig:

Sjukhusdirektör

#### Tidsplan:

140218-140430

#### Uppföljning:

Styrgruppens ordf rapporterar till Sjukhusledning

### **MÅL 3 Uppdrag inom områden**

#### **Arbetsuppgifter:**

#### **Åtgärd:**

Att sjukhusledningen ger i uppdrag till områdeschefer att:

1. Ta fram och införa områdesintern struktur för hantering av överturer
2. Ta fram och införa områdesintern struktur för daglig styrning av personalresurser inom eget område

#### **Ansvarig:**

Områdeschefer

#### **Tidsplan:**

140218–140331

#### **Uppföljning:**

Områdeschefer rapporterar på Sjukhusledning

### **MÅL 4 Uppdrag för Projektgrupp**

#### **Arbetsuppgifter:**

1. Skapa ett förslag till daglig styrning av personalresurser över områdesgränser
2. Utreda om regionservice eller interna lösningar kan bidra till ett effektivare arbetssätt för stödfunktioner (tvätt, förråd m.m)
3. Inventera nuvarande lösningar för bemanning av natt, värdera dem och ge förslag på struktur/lösningar som säkerställer effektiv bemanning ur kostnads- och arbetsmiljösynpunkt.

#### **Åtgärd:**

Att befintlig projektgrupp och styrgrupp kvarstår för att lösa ovan nämnda arbetsuppgifter

#### **Ansvarig:**

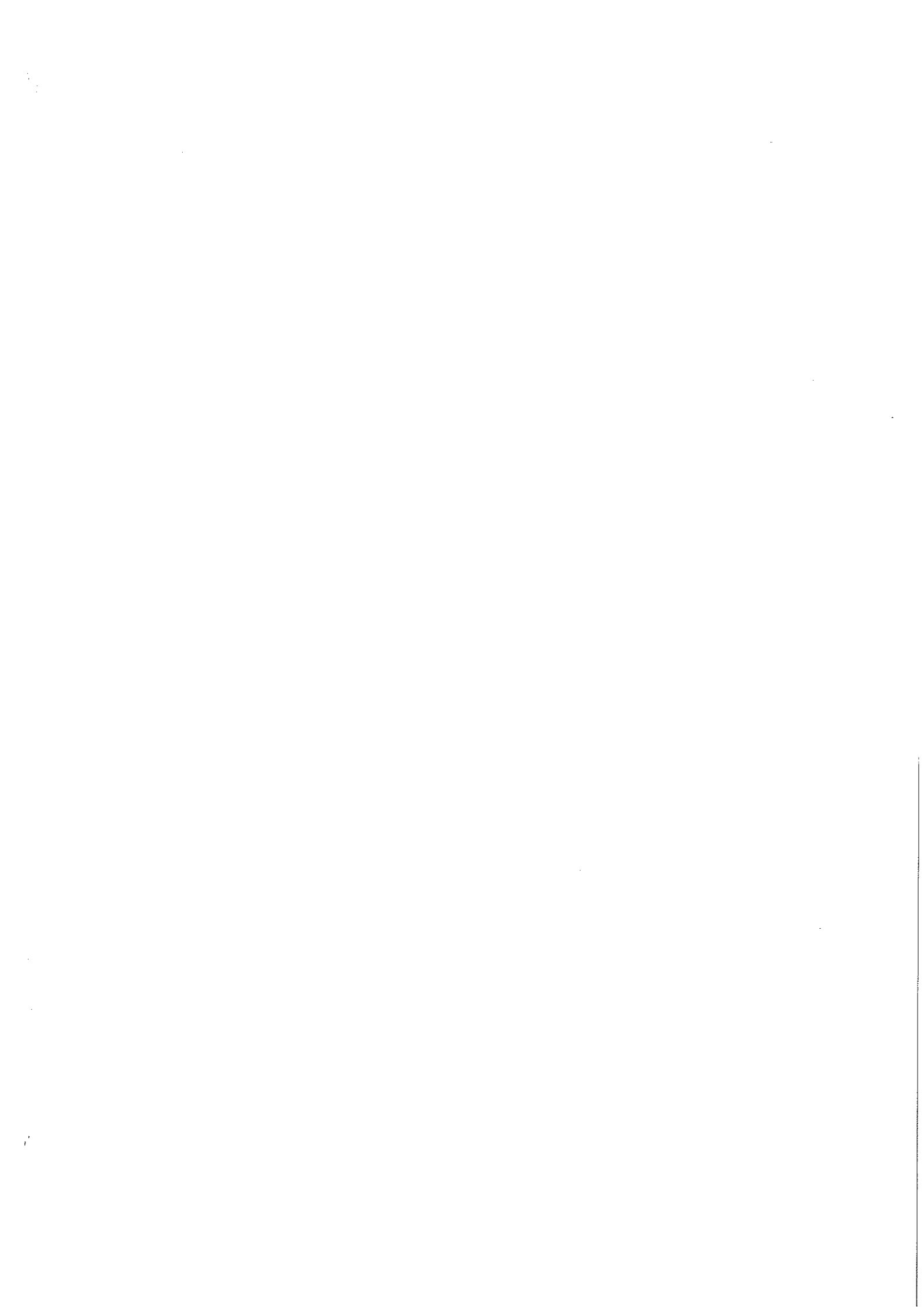
Områdeschef medicin och akut Magnus Kronvall

#### **Tidsplan:**

Arbetsuppgift 1 140218–140615, arbetsuppgift 2 140218–141015 och arbetsuppgift 3 140218-140430

#### **Uppföljning:**

Rapport till Sjukhusledning efter avslutat uppdrag





|  |   |   |             |
|--|---|---|-------------|
| Dokument nr :  | Version:                                      | Status:   | Sida:       |
|  | 1.00  | Utkast/Utgåva                                       | (1)41       |
| Dokumenttyp:   | Projekt:                                      | Projektnr:  |             |
| <b>Projektdokument</b>   | <b>Effektiv bemanning<br/>vårdavdelningar</b> | <b>Nummer för projekt</b>                           |             |
| Dokumentbeskrivning:   |   |   |             |
| <b>Slutrapport, Effektiv bemanning, vårdavdelningar, NU-sjukvården</b> |   |   |             |
| Utfärdat av:   | Utf datum:                                    | Godkänt av :  | Godk datum: |
| <b>JE</b>  |   | <b>Styrgruppens ordförande/<br/>Magnus Kronvall</b> |             |

# Slutrapport

---

## Effektiv bemanning, vårdavdelningar



| Dokument nr : | Version: | Status:       | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
|               | 1.00     | Utkast/Utgåva | (2)41 |

Dokumentbeskrivning:

*Slutrapport, Effektiv bemanning, vårdavdelningar, NU-sjukvården*

## Sammanfattning

Flera budget/bemanningsprojekt har genomförts i NU-sjukvårdens regi de senaste åren. Man har också haft en gemensam VAB mall som efter att den skapats 2010 modifierats på enskilda verksamheter och områden vilket i sin tur resulterar i en svårighet att få en NU övergripande syn på bemanningssituationen.

Det finns idag trots genom åren flera initiativ ingen standard för hur adekvat avdelningsbemanning tas fram eller hur budgetering ska ske.

Benchmarking mot SÄS och SKAS visar att skillnaden är större avseende budget än utfall. NU-sjukvårdens avdelningar har idag höga övertidskostnader. Tidigare måttal avseende bemanning följs ej.

Erfarenheter från tidigare arbete och potentialen att förbättra de mallar som finns idag ligger till grund för projektet.

Syftet är att minska kostnader för NU-sjukvården och ta fram en NU-modell för beslut om avdelningsbemanning och budgetering.

Projektet har genomförts under hösten 2013 med en arbetsgrupp bestående av representanter från verksamhet, berörda fackförbund, HR och ekonomi, dessutom har deltagare från SU deltagit. Projektet var från början tidsbestämt till ca två månader men förlängdes efter beslut i styrgrupp

Resultatet av projekt redovisas genom att varje arbetsmål presenteras var för sig. Projektet resulterade bland annat i EB-mall version 3.0 vars ifyllnad regleras av en rutin och projektet föreslår också att en förvaltning av denna mall inrättas.

| Dokument nr: | Version: | Status:       | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
|              | 1.00     | Utkast/Utgåva | (3)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## Innehållsförteckning

|           |                                      |           |
|-----------|--------------------------------------|-----------|
| 0.1       | Syftet med dokumentet .....          | 4         |
| 0.2       | Versionshistorik.....                | 4         |
| 0.3       | Referenser .....                     | 4         |
| <b>1</b>  | <b>UTFALL.....</b>                   | <b>5</b>  |
| 1.1       | Måluppfyllelse.....                  | 5         |
| 1.2       | Leveranser .....                     | 5         |
| 1.2.1     | Arbetsmål 1 .....                    | 5         |
| 1.2.1.1   | Resultat.....                        | 5         |
| 1.2.2     | Arbetsmål 2.....                     | 6         |
| 1.2.2.1   | Resultat.....                        | 6         |
| 1.2.3     | Arbetsmål 3 .....                    | 7         |
| 1.2.3.1   | Resultat.....                        | 7         |
| 1.2.4     | Arbetsmål 4.....                     | 7         |
| 1.2.4.1   | Resultat.....                        | 7         |
| 1.2.5     | Arbetsmål 7.....                     | 8         |
| 1.2.5.1   | Resultat.....                        | 8         |
| 1.2.6     | Arbetsmål 8.....                     | 9         |
| 1.2.6.1   | Resultat.....                        | 9         |
| 1.2.6.1.1 | Kommentar.....                       | 9         |
| 1.2.7     | Arbetsmål 9.....                     | 10        |
| 1.2.7.1   | Resultat.....                        | 10        |
| 1.2.8     | Arbetsmål 10.....                    | 11        |
| 1.2.8.1   | Resultat.....                        | 11        |
| 1.2.9     | Arbetsmål 11.....                    | 11        |
| 1.2.9.1   | Resultat.....                        | 11        |
| 1.2.10    | Arbetsmål 12.....                    | 12        |
| 1.2.10.1  | Resultat.....                        | 12        |
| 1.3       | Tidsplan.....                        | 12        |
| 1.4       | Budget.....                          | 12        |
| <b>2</b>  | <b>GENOMFÖRANDE.....</b>             | <b>13</b> |
| 2.1       | Organisation .....                   | 13        |
| 2.2       | Metoder och verktyg .....            | 14        |
| 2.3       | Rutiner .....                        | 14        |
| 2.3.1     | Dokumentstyrning.....                | 14        |
| 2.3.2     | Rapportering .....                   | 14        |
| 2.3.3     | Avvikelsehantering i projektet ..... | 14        |
| 2.3.6     | Riskhantering .....                  | 14        |
| 2.3.8     | Möten.....                           | 14        |
| <b>3</b>  | <b>SLUTLEVERANS .....</b>            | <b>15</b> |
| 3.1       | Förberedelser .....                  | 15        |
| 3.2       | Överlämning.....                     | 15        |
| 3.3       | Förvaltning.....                     | 15        |

| Dokument nr : | Version: | Status:       | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
|               | 1.00     | Utkast/Utgåva | (4)41 |

Dokumenttyp:

**Slutrapport Effektiv bemanning**

|  |              |
|--|--------------|
| 3.4 Arkivering.....  | 15           |
| <b>4 ERFARENHETER FRÅN PROJEKTET.....</b>                          | <b>16</b>    |
| 4.1 Synpunkter, observationer och förslag till förbättringar ..... | 16           |
| 4.2 Kommentarer från projektet.....                                | 17           |
| <b>BILAGA 1-11 (BESLUTSUNDERLAG 1-12).....</b>                     | <b>18-35</b> |
| <b>BILAGA 12 (VÄRDFÖRBUNDET) .....</b>                             | <b>36</b>    |
| <b>BILAGA 13 (KOMMUNAL).....</b>                                   | <b>37</b>    |
| <b>BILAGA 14 (BREV FRÅN CHEFLOGISTIKER).....</b>                   | <b>38</b>    |
| <b>BILAGA 15 (IFYLLNAD AV EB-MALL 3.0).....</b>                    | <b>39</b>    |

## 0.1 Syftet med dokumentet

Syftet med slutrapporten är dels att sammanfatta projektets resultat och genomförande, dels att ta tillvara gjorda erfarenheter och föreslå förbättrande åtgärder.

## 0.2 Versionshistorik

| Datum  | Version | Utfärdare | Förändringsorsak  |
|--------|---------|-----------|---|
| 131219 | 0.10    | JE        | Första utkast   |
| 140102 | 0.30    | JE        | Tillägg punkt 4   |
| 140103 | 0.50    | JE        | Tillägg bilagor + justeringar                                     |
| 140107 | 0.60    | JE        | Justeringar gjorda av arbetsgrupp                                 |
| 140110 | 0.90    | Styrgrupp | Justeringar i samband med styrgrupp                               |
| 140114 | 0.95    | JE        | Justeringar i bilaga 5,7,15 samt punkter motsvarande i dokumentet |

## 0.3 Referenser

*Här anges alla de dokument som det hänvisas till i slutrapporten*

| Datum | Version | Förkortning | Utfärdare | Dokument-/boknamn |
|-------|---------|-------------|-----------|-------------------|
|       |         |             |           |                   |



| Dokumentnr: | Version: | Status:       | Sida: |
|-------------|----------|---------------|-------|
|             | 1.00     | Utkast/Utgåva | (5)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

# 1 Utfall

## 1.1 Måluppfyllelse

Resultatet presenteras nedan i form av arbetsmål och hur de är beslutade i styrgrupp.

Av de initialt 11 arbetsmålen och ytterligare ett under projektet tillkommande arbetsmål har 10 resulterad i förslag till Beslut i styrgrupp. Två arbetsmål har efter styrgruppsbeslut inte levererats pga. tidsbrist.

## 1.2 Leveranser

Leveranser sker utifrån projektets arbetsmål utformade som Beslutsunderlag

### 1.2.1 Arbetsmål 1: Revidera nuvarande VAB-mallar så att det blir en NUGemensam (EB-mall) och ger rätt bild av totalt tjänstebehov.

- a) Arbetstidsmått och hantering av helgstängningar ska revideras.
- b) Mallen ska tillåta jämförelse av personaltäthet, totalt och för olika kategorier, mellan avdelningar.
- c) Hantering i mallen av särskilda tjänster såsom t.ex. inskrivn ssk måste klarläggas

#### Sammanfattning av Beslutsunderlag

Arbetsgruppen har utvecklat två mallar EB mall 2.0 hanterar de olikheter och buggar som är kända i den nuvarande mallen. EB 3.0 som utgår från helgbemanning.

I förvaltningsarbete av EB mallen ingår följande uppgifter:

- Ge support
- Skapa rutiner och instruktioner
- Utbilda berörda chefer
- Fånga upp verksamhetens önskemål och synpunkter
- Driva utveckling av modellen
- Omvärldsbevaka
- Skriva förvaltningsplan

#### 1.2.1.1 Resultat:

##### Förslag till Beslut:

- Att man använder EB-mall 3.0 inom NU-sjukvården
- Att NU-sjukvården inför förvaltning av EB-mallerna enligt ovan beskrivning
- Att det utses
  - Ägarfunktion
  - Förvaltare



| Dokument nr : | Version: | Status:       | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
|               | 1.00     | Utkast/Utgåva | (6)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

### Beslutat i styrgrupp

Se Bilagor:

Ifyllnad av EB-mall 3.0

Beslutsunderlag\_nr AM1 samt Beslutsunderlag\_nr AM1del2

### 1.2.2 Arbetsmål 2: Modell för jämförelse mellan olika enheter ska tas fram för att NU-intern benchmarking kan göras

#### Sammanfattning av Beslutsunderlag

Alla vårdavdelningar har i uppdrag att bedriva följande:

- Medicinsk diagnostik och behandling
- Omvårdnad
- Rehabilitering
- Patientutbildning
- FOUU

Följande parametrar är de som gör att det går att jämföra vården som utförs på avdelningar inom NU-sjukvården:

- Vpl vardagar
- Beläggning vardag
- Vpl helger
- Beläggning helg
- Extrafunktioner (typ, storlek)
- Medianvårdtid
- Antal vdt
- Intermediärvård (antal)
- Antal barnvpl
- Extravak (Främst psyk)

Dessa parametrar ska mätas under samma tidsintervall för jämförelse.

#### 1.2.2.1 Resultat

##### Förslag till Beslut:

- Att ovanstående parametrar ska användas för att jämföra vårdavdelningar inom NU-sjukvården

### Beslutat i styrgrupp

Se Bilaga

Beslutsunderlag\_nr AM2



| Dokument nr : | Version: | Status:       | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
|               | 1.00     | Utkast/Utgåva | (7)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

### 1.2.3 Arbetsmål 3: Föreslå bemanning med hänsyn till rätt kompetensmix enl EB-mall för resp avdelning. Bemanningstal enligt tidigare beslut utgör mål på områdesnivå

#### Sammanfattning av Beslutsunderlag

Projektet har inte inom tidsramarna hunnit föreslå bemanning med rätt kompetensmix för varje enskild avdelning, dock ser projektet att en översyn av bemanning på vårdavdelningar är viktigt för NU-sjukvården och att frågan bör hanteras vidare inom organisationen.

#### 1.2.3.1 Resultat:

##### Förslag till Beslut:

- Att man tar med sig frågan för fortsatt hantering inom NU-sjukvården

##### Beslutat i styrgrupp

Se Bilaga

Beslutsunderlag\_nr AM3

### 1.2.4 Arbetsmål 4: Föreslå modell/principer för schemaläggning som utifrån EB-mall säkerställer god arbetsmiljö och patientsäkerhet

#### Sammanfattning av Beslutsunderlag

Tilldelad personalbudget är helt avgörande för omfattningen av helgtjänstgöring – varannan helg, 2 av 5 eller var 3:e helg. Om man har budget som räcker till varannan helg(antal tjänster/personer) men ändå lägger schema:

2 av 5 helger krävs 25 % mer personal (antal personer)

var 3:e helg krävs 50 % mer personal (antal personer)

Heltider genererar överturer på vardagar som kan användas för frånvarotäckning på egna enheten, utlåning till andra enheter inom kliniken och området. Fler heltider innebär även fler ansökningar om partiella tjänstledigheter vilket minskar antalet överturer men frigör medel för vikariat och helgtjänstgöringen kan glesas ut. Avdelningsintegrerade mottagningar är ett sätt att minska frekvensen av helgtjänstgöring

#### 1.2.4.1 Resultat:

##### Förslag till Beslut:

- Att bemanningsplanering skall beräknas utifrån erbjudande av heltider och varannan helgtjänst.
- Erbjudande om heltid gäller inom NU-sjukvården som helhet och alltså inte med nödvändighet att hela tjänsten utförs på samma enhet och kan vara beroende av NU-sjukvårdens möjlighet att i det aktuella läget erbjuda denna typ av tjänst.

| Dokument nr: | Version: | Status:       | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
|              | 1.00     | Utkast/Utgåva | (8)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

### Beslutat i styrgrupp

Se Bilaga

Beslutsunderlag\_nr AM4

## 1.2.5 Arbetsmål 7: Hållbar bemanning för att minska övertidskostnader (sammanslagning av AM 5,6 och 7)

### Sammanfattning av Beslutsunderlag

En stor del av dagens kostnader för övertid beror på att avdelningar är grundbemannade utifrån minimibehov (vissa enheter har inte ens det) och all frånvaro måste ersättas vilket leder till att dyr övertid uppkommer. Genom att skapa utrymme för fler överturer i personalbudgeten ska kostnaden för övertid minskas. Överturer definieras utifrån fastställd minimibemanning och schemautfall Skånes universitets sjukhus (SUS) poängterar i "Sjukhusgemensamma normer för bemanning" 130117, att riktlinjen att alla tjänster som ledighetsförklaras skall ersättas av heltidstjänster inte innebär att samtliga timmar skall fullgöras på samma enhet.

### Daglig styrning

Huvudsyftet är att på ett kostnadseffektivt sätt styra befintliga resurser till den enhet som för tillfället har störst behov. Resursåtgång skall ständigt utmanas i syfte att eliminera slöseri. Modell för hur samarbetet mellan enheter, kliniker, områden, sjukhusbyggnader och NU-sjukvården bör se ut kan variera beroende på kompetenskrav.

Förslag på modeller från Psykiatrin och KK

### 1.2.5.1 Resultat:

#### Förslag till Beslut:

- Att införa modell för daglig styrning på alla enheter
- Att respektive område skapar en modell för hantering av "överturer"
- Att modell för daglig styrning mellan områden skapas
- Att det utses en NU-gemensam expertfunktion som utbildar/stödjer verksamheterna i schemaläggning, beräkning av överturer, genomgång och årlig validering av bemanningstal.

### Beslutat i styrgrupp

Se Bilaga

Beslutsunderlag\_nr AM7

| Dokument nr : | Version: | Status:       | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
|               | 1.00     | Utkast/Utgåva | (9)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## 1.2.6 Arbetsmål 8: Ta fram modell för hur avdelningsbudgetar skapas utifrån EB-mall

### Sammanfattning av Beslutsunderlag

Processen sker i flera steg:

1. EB-mallen fylls i av verksamheten. Efter jämförelser med andra avdelningar och ev justeringar fastslås den av områdeschef.
2. Utifrån EB-mallens uträkning av antal heltidstjänster som krävs görs justeringar utifrån rimlighetsbedömning och jämförelser med andra avdelningar beslutar områdeschef om summan tjänstefaktorer. Denna summa inkluderar all personal ingående i EB-mall och frånvarotäckning.
3. Ekonom omvandlar summan tjänstefaktorer och aktuellt löneläge till budget för avdelning. Utöver detta tillkommer budget för OB, semesterdagstillägg samt sociala avgifter. För budget för semestervikarier se separat beslut. Denna hantering är en del av sjukhusets budgetprocess.

Den av områdeschef fastslagna EB-mallen är ett arbetsredskap för varje verksamhets-/avdelningschef.

I uppföljningen mäts utförd tid, övertid och kostnader. Dessa tillsammans ger en ökad kvalitet i uppföljningen än vad både kostnaden och utförd tid ensamma gör.

För att underlätta uppföljning av beslutad avdelningsbudget och utfall gäller följande: Budget för avdelningsbemanning ska ligga på eget konto. Ev integrerad mottagning eller liknande ska föras på separat konto. Detta ska inte uppfattas som någon restriktion mot avdelningsintegrerad mottagning.

### 1.2.6.1 Resultat:

#### Förslag till Beslut:

- Att NU-sjukvården inför ovan föreslagna rutin.

#### Beslutat i styrgrupp

Se Bilaga

Instruktion för EB 3.0

Beslutsunderlag\_nr AM8

| Dokument nr: | Version: | Status:       | Sida:  |
|--------------|----------|---------------|--------|
|              | 1.00     | Utkast/Utgåva | (10)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## 1.2.7 Arbetsmål 9: Föreslå modell för fortsatt utveckling av arbetssätt och arbetsmetoder på vårdavdelningar för att säkerställa utveckling och lärande över gränser

### Sammanfattning av Beslutsunderlag

Vårdens arbetsorganisation, arbetstider och fördelning mellan yrkeskategorier ser i stort ut på samma sätt som det gjort sedan 50-talet. Trots att nya patientgrupper uppstått, vårdteknik utvecklats och arbetsinnehållet förändrats, har arbetssätten inte utvecklats i samma utsträckning. Därtill kommer att lagstiftning om vårdorganisationens rättigheter och skyldigheter innebär idag ett helt annat förhållningssätt till ex dokumentation

I takt med att vi får allt mindre resurser, behöver vi aktivt ta ställning till och fundera på hur vi skall arbeta i framtiden. Hur skall vi kunna "ge mer och bättre vård med minskade resurser" samtidigt som arbetsförhållandena hålls på en bra nivå.

En genomlysning skulle kunna syfta till att vårdutbildade medarbetare ska få arbeta med vård, och det som kräver annan utbildning ska göras av dem som har sådan kompetens.

När hela vårdprocessen beskrivits, kvalitetsbrister och slöserier definierats och eliminerats skapas en vårdkvalitets och kostnadseffektiv process för patienten.

### 1.2.7.1 Resultat:

#### Förslag till Beslut:

- Att:
  - Under våren 2014 utreda om regionservice eller interna lösningar kan bidra till ett effektivare arbetssätt för stödfunktioner (beställa förråd, tvätt mm och uppackning av dessa)
  - Det tillsätts en sjukhusövergripande arbetsgrupp och beslutsfunktion för att skapa fler sjukhusgemensamma rutiner (ex stramare och likriktat sortiment). Detta underlättar för personal som arbetar över avdelning-, klinik- och områdesgränserna och hitta gemensamma riktlinjer för arbetssätt och delegeringar för att möta ovan beskriven personalbrist.
  - Forum skapas för chefer inom NU-sjukvården för att ta del av de goda exemplen på effektiv bemanning. Med en ökad kunskapsöverföring inom NU-sjukvården och mellan enheterna i regionen, kan vi stimulera en nyfikenhet om effektivare arbetssätt och olika bemanningslösningar.

### Beslutat i styrgrupp

Se Bilaga

Beslutsunderlag\_nr AM9



| Dokumentnr: | Version: | Status:       | Sida:  |
|-------------|----------|---------------|--------|
|             | 1.00     | Utkast/Utgåva | (11)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

### 1.2.8 Arbetsmål 10: Ekonomisk effekt, (förändrade kostnader), av reviderade bemanningstal per avdelning ska beskrivas. Som kostnad räknas schemalagd bemanning och kostnader för att täcka frånvaro

#### Sammanfattning av Beslutsunderlag

Eftersom projektet ej tagit fram nya bemanningstal på enskilda enheter är det omöjligt att beskriva effekterna av dessa. Förutsättningar för att få ekonomiska effekter av förändrade arbetssätt beskrivs under beslutsunderlag nr AM 4 och AM 7

#### 1.2.8.1 Resultat:

##### Förslag till Beslut:

- Att arbetsmålet utgår

Styrgruppen tar till sig informationen och noterar att arbetsmålet ej uppnått

Se Bilaga

Beslutsunderlag\_nr AM10

### 1.2.9 Arbetsmål 11: Föreslå modell för hantering av budget och kostnader för sommarperioden juni-augusti

#### Sammanfattning av Beslutsunderlag

NU-sjukvården har idag olika sätt att budgetera och föra lönekostnader under sommaren. Det bör vara en och samma rutin för samtliga områden/kliniker för att det ska bli uppföljningsbart och jämförbart på NU nivå.

#### 1.2.9.1 Resultat:

##### Förslag till Beslut:

- Att NU-sjukvårdens avdelningar budgeteras för sitt sommaruppdrag, med periodisering som följer förväntade kostnader.
- Att man inte använder sig av sommarkonton.

##### Beslutat i styrgrupp

Se Bilaga

Beslutsunderlag\_nr AM11

| Dokument nr: | Version: | Status:       | Sida:  |
|--------------|----------|---------------|--------|
|              | 1.00     | Utkast/Utgåva | (12)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## 1.2.10 Arbetsmål 12: Nattkvotering

### Sammanfattning av Beslutsunderlag

- På SU används Nattkvotering vilket innebär att personal med ordinarie tjänstgöring dagtid som planerar in extra nattpass (sjuksköterskor) får mellan 00:00 och 05:00 15 minuter extra per tjänstgjord timma. Vilket innebär att varje enskilt nattpass ger 1.25h i kompensation. Detta innebär att sjuksköterskor som täcker enskilda nätter får kompensation och således borde det vara lättare för avdelningschefer att täcka dessa. Inför ett införande bör man göra en genomlysning av förekommande arbetstidsmått inom NU

### 1.2.10.1 Resultat:

#### Förslag till Beslut:

- Att NU-sjukvården föreslås införa Nattkvotering enligt ovan beskrivning

**Styrgruppen beslutar 140110 att modellen föreslås att prövas på två kliniker (Akutmedicin och Kirurgi) under 6 månader för att sedan utvärderas. Vilka avdelningar som ska ingå bestäms inom klinikerna**

Se Bilaga

Beslutsunderlag\_nr AM12

## 1.3 Tidsplan

Projektet startades i samband med första styrgruppsmöte 130821 och planerades pågå fram till 130930 men på projektledarens förfrågan förlängdes och godkändes en förlängning av projektet till 131007

Projektet förlängdes ytterligare och avslutas i samband med styrgruppsmöte och överlämnande av slutrapport 140110

## 1.4 Budget

Kostnader för projektet har enbart bestått av personalresurser som hanterats av linjen.



| Dokument nr : | Version: | Status:       | Sida:  |
|---------------|----------|---------------|--------|
|               | 1.00     | Utkast/Utgåva | (13)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## 2 Genomförande

### 2.1 Organisation

Projektet har haft en organisation med en beslutande styrgrupp och en projektgrupp som tagit fram underlag för beslut.

#### **Styrgrupp:**

Magnus Kronvall, OC, med&akut, ordf

Bengt Ekelund, OC opererande

Ulla Andersson, OC vuxenpsyk

Per Lundgren, OC barn/KK

Maria Aleniusson, HR chef

Sven Florström, ekonomichef

#### **Projektgrupp:**

Projektledare Johan Ernelin

Anne Wennberg, barn/KK

Camilla Högström, medicin&akut

Maria Wiksten, opererande

Pia Ahlroth, psyk

Annelie Tegnborg, Ekonomi

Mattias Molin, HR

Christina Samstrand, Vårdförbundet

Anne Larsson, Kommunal

Bodil Järnerot Ledningskansliet

Mona-Lis Gustafsson Resurs SU

Gunilla Lejdström Resurs SU

| Dokument nr : | Version: | Status:       | Sida:  |
|---------------|----------|---------------|--------|
|               | 1.00     | Utkast/Utgåva | (14)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## 2.2 Metoder och verktyg

Projektet har använt sig av VGRs projektmodell Projektilen och dokumentationen har sparats på Alfresco.

## 2.3 Rutiner

### 2.3.1 Dokumentstyrning

### 2.3.2 Rapportering

Projektbeställare/styrgrupp rapporterar till verksamhet utanför projektet

Projektledare har rapporterat till styrgrupp vid styrgruppsmöten samt haft avstämningar med ordförande för styrgrupp mellan styrgruppsmöten

Projektmedlemmar har rapporterat till projektledare vid ordinarie projektgruppsmöte

### 2.3.3 Avvikelsehantering i projektet

Avvikelse har rapporterats i projektets linje d v s deltagare i projektgruppen rapporterar avvikelser till projektledare, projektledare rapporterar till styrgrupp

### 2.3.4 Riskhantering

Identifierade risker har förmedlats och diskuterats i styrgrupp

### 2.3.5 Möten

Beslutande möten har protokollförts.

Projektet har haft 5 stycken styrgruppsmöten

Projektgruppen har haft 14 stycken möten med totalt mötestid på 52 timmar



| Dokument nr : | Version: | Status:       | Sida:  |
|---------------|----------|---------------|--------|
|               | 1.00     | Utkast/Utgåva | (15)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## 3 Slutleverans

### 3.1 Förberedelser

Ej tillämbart.

### 3.2 Överlämning

Projektets resultat överlämnas från Projektledaren till styrgrupp samt projektbeställare i samband med godkännande

### 3.3 Förvaltning

Ansvar för projektets resultat lämnas över till Linjeorganisationen

Projektet har föreslagit skapande av en Lokal förvaltning av VAB mallen enligt Beslutsunderlag AM1 del 2. Vid slutrapportens färdigställande är denna förvaltning ännu inte tillsatt. Ansvar för överlämnande till Förvaltningsorganisation sker via Linjeorganisationen.

Uppföljning och information av projektets resultat föreslås ges till avdelnings och verksamhetschefer på befintliga möten, denna information skulle kunna organiseras av föreslagna förvaltning.

### 3.4 Arkivering

Projektetdokument lagras i Alfresco



| Dokument nr: | Version: | Status:       | Sida:  |
|--------------|----------|---------------|--------|
|              | 1.00     | Utkast/Utgåva | (16)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## 4 Erfarenheter från projektet

### 4.1 Synpunkter, observationer och förslag till förbättringar

Projektet har haft besök av Adacta en systemleverantör för personalplaneringssystem. Projektet anser att systemet har ett tilltalande gränssnitt och nyttan för ledning både i 1:a linjen och högre upp i organisationen kan vara stor. Systemet presenterar det som finns i dagens VAB mall på ett mer lättförståeligt vis. NU-sjukvården bör titta vidare på ett sätt som gör uppgifterna i VAB mallen mer lätthanterliga och då kan Adacta vara ett alternativ. Andra alternativ är ex. egenutveckling eller andra leverantörer.

SU har en modell för att kategorisera avdelningar utifrån verksamheten som avdelningen bedriver och antalet vårdplatser. Utifrån vilken kategori som en avdelning hamnar i erhålls ett timal/vecka som är underlag för hur mycket tjänster som en avdelning kan anställa. Denna modell, med tydliga regler att förhålla sig till, är något som projektet tilltalas av. Projektet föreslår att NU-sjukvården borde göra ett fortsatt arbete om möjligheten att skapa ett liknande regelverk för kategorisering av enheter. Dock är det så att SUs modell inte rakt av passar i NU-sjukvårdens organisation. Arbetet med att ta fram en modell för detta förslås genomföras i projektform under 2014.

NU-sjukvården bör också fortsätta ett arbete för att skapa bättre förutsättningar för personal att arbeta på flera enheter. Exempelvis ska avdelningar organiseras rent utrustningsmässigt så likt som möjligt för att underlätta för personal som inte tjänstgör på sin huvudarbetsplats. Även rutiner både administrativa och kliniska bör i möjligaste mån vara gemensamma.

Projektet förespråkar möjligheten att använda öppenvårdsenheterna för effektiv och hållbar bemanning.

Utöver de delar som presenteras under punkt 1 Utfall ovan så vill projektet lyfta fram några förslag.

Projektet ser att det är viktigt att inrätta en förvaltning av EB mallen enligt Arbetsmål 1 del 2 men också att det skapas ett forum och en NU-gemensam expertfunktion för att stödja chefer med schemaläggning enligt Arbetsmål 7

För att skapa rutiner och styrdokument som beslutas och anses vara NU-gemensamma måste ett forum för detta skapas. Verktöget för att hantera processen runt framtagandet och godkännande kan ske enligt föreslagen rutin från projektet "Systematiserad dokumenthantering i NU-sjukvården" Beslutsgruppen för dessa gemensamma rutiner borde kunna utformas med förlaga från den redan etablerade hanteringen för IS frågor den så kallade SIS beredningsgrupp.



| Dokument nr: | Version: | Status:       | Sida:  |
|--------------|----------|---------------|--------|
|              | 1.00     | Utkast/Utgåva | (17)41 |

Dokumenttyp:

Slutrapport Effektiv bemanning

## 4.2 Kommentarer från projektet

Projektets deltagare från fackförbunden Vårdförbundet och Kommunal har lämnat synpunkter som har beaktats i framtagandet av Beslutsunderlagen, dessutom bifogas synpunkterna i bilagorna.

### Från projektledaren

Det har varit enormt roligt och lärorikt att få arbeta med detta projekt. Den största anledningen till min positiva känsla är de kompetenta mycket engagerade deltagarna i projektarbetet.

Stort tack till er alla för ett gott samarbete!



Tjänsteutlåtande  
Datum 2014-03-12  
Diarienummer NU

NU-sjukvården/ledningskansliet  
Handläggare: Magnus Kronvall  
Telefon: 076-1071035  
E-post: magnus.kronvall@vgregion.se

Till Styrelsen för NU-sjukvården

## Införande av akuttläkare i NU-sjukvården

### Förslag till beslut

1. Informationen antecknas till protokollet.

### Sammanfattning av ärendet

Det finns idag inga läkare som är anställda på akutmottagningen i NU-sjukvården, utan olika specialister, främst från internmedicin och allmänkirurgi, bemannar utifrån behov.

Enligt tidigare inriktningsdiskussion i sjukhusdirektörens ledningsgrupp och i beslutad utvecklingsplan och tillhörande handlingsplan för NU-sjukvården, anges att det ska finnas breddkompetens på akutmottagningen i form av akuttläkare.

En förstudie har genomförts i projektform för hur en implementering kan ske, vilket beskrivs i slutrapporten. I rapporten finns förslag till studieplan för kombinerad ST internmedicin och akutsjukvård.

### Beredning

Förslaget har behandlats i sjukhusdirektörens ledningsgrupp och i central samverkansgrupp.

Risکانalyser kommer att genomföras utifrån arbetsmiljö- och patientsäkerhet.

Eva Arrdal  
Tf sjukhusdirektör

Magnus Kronvall  
Områdeschef område medicin och akut





|   |                                    |             |             |
|---|------------------------------------|-------------|-------------|
| Dokument nr:  | Version:                           | Status:     | Sida:       |
|   | 1.0                                | Utkast      | (1)7        |
| Dokumenttyp:  | Projekt:                           | Projektnr:  |             |
| Slutrapport   | <i>Akuttläkare i NU-sjukvården</i> |             |             |
| Dokumentbeskrivning:  |                                    |             |             |
| <i>Utarbeta ett förslag på modell för införande av specialister i akutsjukvård.</i> |                                    |             |             |
| Utfärdat av:  | Utf datum:                         | Godkänt av: | Godk datum: |
| Peter Berglund  | 2014-01-14                         |             |             |

# Slutrapport

---

## *Akuttläkare i NU-sjukvården förstudie*

# *Akutläkare i NU-sjukvården- Rapport förstudie*

## Genomförande

Projektuppdrag (Se bilaga 1)

## Organisation

Projektet har haft en organisation med en beslutande styrgrupp och en projektgrupp som tagit fram underlag för beslut.

Styrgrupp akutvårdskedjan har fungerat som styrgrupp.

Magnus Kronvall, Områdeschef Område medicin och akut, ordförande  
Bengt Ekelund, Områdeschef Område opererande specialiteter  
Eva Wallström, Områdeschef Område diagnostik  
Per Lundgren, Områdeschef Område barn och kvinnokliniken  
Ulf Peter Lundberg, Verksamhetschef Akutkliniken  
Christina Setteggen, Sekreterare Akutkliniken

Projektgruppens deltagare: Peter Berglund, Projektledare  
Jonas Feldthusen, Läkare Område medicin och akut, processansvarig akuten  
Daniel Vestberg, Läkare Område medicin och akut, ST-läkare internmedicin  
Jonas Eriksson, Läkare Område opererande specialiteter - Kirurgkliniken  
Arvin Yarollahi, Läkare Område opererande specialiteter - Ortopedkliniken

## Slutrapport

Leverans av slutrapport blev fördröjd pga svårigheter att samla projektgruppsdeltagare.

## Bakgrund

Antalet besök vid akutmottagningar har ökat i Sverige under de senaste åren, som en följd av detta har även den genomsnittliga väntetiden ökat (Rapport "Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar", Socialstyrelsen december 2013). För att försöka vända trenden med ökande väntetider arbetar man med olika modeller för att förbättra flödet och omhändertagandet på akutmottagningar runt i Sverige.

De två stora områden man arbetar med är patientselektion och internt flöde samt handläggning av patienter på akutmottagningen. I dagsläget är en akutmottagnings uppdrag otydligt och upp till sjukvårdshuvudmannens tolkning genom lokala överenskommelser mellan slutenvård och primärvård.

En av definitioner som finns av uppdraget är den som återfinns i socialstyrelsens rapport "Akut omhändertagande" från 1994:

*"Med akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn"*

Vid en inventering orsaker till långa handläggningstider som genomfördes av Socialstyrelsen i december 2010 framkommer att två viktiga faktorer är möjligheten att hitta vårdplatser på medicinskt ändamålsenlig vårdavdelning samt bemanningen av akutmottagningen.

Traditionellt bemannas akutmottagningen av sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare som har sin anställning vid mottagningen. Läkarna har vanligtvis sin anställning vid andra mottagningar och kliniker på sjukhuset. Under kvällar, helger och nätter är tillgången till specialistläkare lägre och då bemannas akutmottagningen av läkare under utbildning (AT och ST-läkare) med stöd av specialister i form av bakjourer (som kan vara allt från sovande i huset till tillgängliga på telefon med en inställetid upp till 4 timmar).

I Socialstyrelsens enkätundersökning 2010 framkommer det traditionella jourssystemet och läkarnas tjänstgöring som en av de främsta orsakerna till långa väntetider på akutmottagningen.

Som ett sätt att förbättra bemanningen och tillgången på läkarkompetens vid akutmottagningarna tillkom 2006 en tilläggspecialitet för läkare inom akutsjukvård. Detta har resulterat att det i dag finns flera akutmottagningar i Sverige

## *Akuttläkare i NU-sjukvården- Rapport förstudie*

som är mer eller mindre bemannade av akutläkare.

De hypotetiska fördelar som finns med akutläkare, som tyvärr är svåra att studera, är baserade på att man har läkare som är intresserade av arbetet på akutmottagningen och en högre kompetens i akut omhändertagande.

- Akuttläkaren får genom kontinuitet på akutmottagningen ett mer enhetligt arbetssätt och ökad följsamhet vad gäller rutiner och vårdprogram.
- Överenskomna vårdprogram och enhetliga rutiner leder till lägre kostnader för utredningar, kortare väntetider och mer tid för medmänskligt bemötande.
- Akuttläkarens breda kompetens leder till färre internkonsultationer och större helhetssyn på patienten, vilket ger kortare handläggningstider.
- Arbetsmiljön förbättras eftersom akutarbetet är ett teamarbete och möjligheten att uppleva lagkänsla tillsammans med övriga medarbetare ökar.
- Läkare från framförallt opererande specialiteter får större möjlighet att utveckla sin kompetens genom minskad primärjourverksamhet.
- En fast akutläkarstab på akutmottagningen innebär att förutsättningar finns för att bättre tillgodose omhändertagande av äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov.
- En fast akutläkarstab, kan genom sitt kunnande ge en kvalificerad rådgivning till patienter angående primärvård, hemsjukvård och kommunala resurser, då det finns större möjlighet att vara uppdaterad i organisation, mottagningar, mm. Detta ger läkaren en trygghet när patienten skickas hem från akutmottagningen.

### Förslag på en modell för införande av läkare inom specialiteten akutsjukvård i NU-sjukvården

Akuttläkare, här definierade som läkare med basspecialisering i akutsjukvård alternativt tilläggsspecialisering i akutsjukvård, ska i första hand ses som ett kompetenstillskott för att möjliggöra bättre handläggning av patienter som söker akutsjukvård. Införandet av akutläkare torde även medföra ett förbättrat flöde på akuten genom mer utvecklade processer och ökad kvalitativ bemanning. I processen med införande av akutläkare bör man även överväga uppbyggnaden av en akutvårdsavdelning (AVA) för att dels avlasta de allmänna avdelningarna (Med, Kir, Ort) men även för att underlätta det akuta flödet av patienter. För ytterligare resonemang kring AVA *se bilaga 2*.

### Fallgropar och framgångsfaktorer

Kerstin Skog Tigerström beskriver i en artikel i Svensk Kirurgi (Volym 70 Nr 3 2012) processen med införande av akutläkare på Universitetssjukhuset i Linköping. Det som hon tar upp som de stora fallgroparna är att man stressar på införandet genom att man förväntar sig att akutläkare ska ta över flera jourlinjer, samt att man inte lyckas få med hela organisationen på tåget. Behovet av att vara försiktig i att för fort börja ta över jourlinjer (särskilt nattjourslinjer) bekräftas vid samtal med representanter för Borås och Varbergs akutläkarprojekt.

De framgångsfaktorer som förs fram är behovet av att snabbt nå en kritisk massa av ST-läkare i akutsjukvård då det finns ett stort behov av stöd från varandra. Sammansättningen av den första ST-gruppen är kritisk då det behövs en välfungerande grupp tidigt.

Läkarna bör vara anställda på akutkliniken och ha en ryggsäcksbudget som finansierar deras ST. En annan viktig fråga är behovet av att tidigt engagera hela arbetslaget på akuten i utvecklingen och införandet av akutläkare då det blir nya roller när läkaren alltid finns på akuten. Det kontinuerliga arbetet med att arbeta för en bra arbetsmiljö och en attraktiv arbetsplats är något som bör stärkas.

### *1. nulägesbeskrivning av läkarbemanning/kompetens på akutmottagningen*

Dagens akutmottagning i NU-sjukvården är en "klassiskt bemannad" akutmottagning med flera från varandra skilda

## Akutläkare i NU-sjukvården- Rapport förstudie

akutmottagningar som är baserade på slutenvårdsspecialiteterna (det finns en viss samordning inom vissa områden, exempelvis kirurgi och urologi samt internmedicin och infektionsmedicin). Varje "akutmottagning" är bemannad av en eller flera läkare som är anställda på någon av slutenvårdsklinikerna. På jourtid finns det vanligtvis även läkare som har ansvar för avdelningar och operationsverksamhet, dessas uppdrag för akutflödet varierar mellan de olika specialiteterna, denna bemanning kommer även efter införandet av akutläkare behöva finnas kvar.

I bilaga 3 presenteras den nuvarande läkarbemanningen av akutmottagning över dygnet och avdelningarna under jourtid.

### 2. ge förslag på organisation och organisatorisk tillhörighet

De läkare som arbetar på akutmottagningen bör vara anställda på akutmottagningen (för närvarande inom akutkliniken, Område medicin och akut) med en egen läkarchef i linjen. Organisationen behöver även innehålla en studierektor för ST-läkarna. För att öka rekryteringsmöjligheterna och uppmuntra till kunskapsöverföring är det nödvändigt att man ger möjlighet till växeltjänstgöring mellan flera områden/kliniker (exempelvis att man på årsbasis har 2 stycken 3-månaders perioder på båda sina arbetsplatser, se punkt 6)

### 3. ge förslag dimensionering

För att kunna dimensionera läkarbemanningen på akutmottagningen bör man dels se till de riktlinjer som finns angående önskvärd väntetid men också ha ett arbetsmiljöperspektiv.

Om man tolkar inflödet 130101 - 130630 som representativt för "Nya akutmottagningen" (en samlad akut för NU sjukvården exkluderat ögon) har vi ett inflöde på årsbasis på ca 70 000 varav ca 60 000 är potentiella kandidater för handläggning av akutläkare (45 % medicin, 32 % kirurgi, 23 % ortopedi). En genomsnittlig dag kommer ca 200 patienter att söka akuten och 95 % av dagarna kommer mindre än 235 patienter att söka akut sjukvård.

I litteraturen finns siffror på genomsnittligt antal patienter som en specialist i akutsjukvård (Emergency physician) förväntas handlägga per timme, dessa siffror sträcker sig mellan 1,8 och 2,8 patienter per timme beroende på sammansättningen av patientpopulationen. (se bilaga 4).

Inflödet till akuten illustreras i figur 1 nedan, graferna representerar medelinflöde/timme, 95 percentilen av inflöde per timme samt ett försök till simulering av maximala inflödet när dygnsinflödet är 235 patienter (dvs. 95 % av dygnsinflödet) (för förklaring av modellen se bilaga 5)

Arbetsgruppen ser ett fortsatt behov av sjukhusbundna jourlinjer dygnet runt för de i första steget involverade specialiteterna (MED, ORT, KIR) i första hand för avdelning och operations-verksamhet. Det kommer även fortsatt finnas ett behov ur utbildningssynvinkel att ha ST-läkare från andra specialiteter på akuten men denna tjänstgöring kan förläggas framförallt till ordinarie arbetstid (i visionsschema markerade som "Randande"). AT-läkare bör fortsatt schemaläggas dygnet runt av utbildningsskäl men bör inte ses som en full produktionsresurs.



Figur 1

Nedan ses ett visionschema för bemanning av "Nya akutmottagningen" med

## Akuttläkare i NU-sjukvården- Rapport förstudie

akuttläkare. (Se även bilaga 2)

|    | Sp | ST | AT | R | R | R | AT | Sp | ST | ST | AT | AT | AT | Sp | ST | AT | AT | Aöl |
|----|----|----|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 8  | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 9  | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 10 | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 11 | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   | ■  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 12 | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   | ■  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 13 | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   | ■  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 14 | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |    |    |    |    | ■   |
| 15 | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |    |    |    |    | ■   |
| 16 | ■  | ■  | ■  | ■ |   |   | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  |    |    |    |    | ■   |
| 17 |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 18 |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 19 |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 20 |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 21 |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ■   |
| 22 |    |    |    |   |   |   |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 23 |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 24 |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 1  |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 2  |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 3  |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 4  |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 5  |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 6  |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |
| 7  |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | ■  | ■  | ■  | ■  | ■   |

Sp=Specialist Akutsjukvård, ST= ST akutsjukvård/Spec Akutsjukvård, R=Randande, AT= AT-läkare, Aöl= Akutöverläkare (ledningsansvarig läkare, inledningsvis specialist i internmedicin, senare specialist akutsjukvård, delat pass)

Detta schema innebär att akutläkare förväntas bemanna 9 jourlinjer (Aöl är ett pass som delas på 2 personer), det finns fortsatt behov av i genomsnitt 3 randande ST-läkare (KIR, ORT, MED) varje vecka samt 7 AT-läkare (dessa har begränsats för att kunna erbjuda adekvat handledning).

För att bemanna ett schema med två nattjourlinjer krävs det ca 26 individer (2 personer per natt, 91 nätter på 13 veckor dvs. 182 pass blir det 7 nätter/13 veckor). Dessa personer kommer med anledning av sitt nattjournsarbete förutom jourkomp före och efter nattjour även ha ca 1 vecka ytterligare kompensationsledighet.

Något som är avgörande för bemanningen är arbetsmiljön, med nuvarande belastning kommer det vara svårt att hitta läkare som är villiga att ha en 100 % tjänst på akuten utan man kommer troligtvis inledningsvis få satsa på att ha kombinationsanställningar med kanske 50 % på akuten och 50 % inom annan verksamhet (mottagning eller avdelning, AVA). På sikt och med rätt tjänstekonstruktion och schemaläggning kan man förhoppningsvis få heltidsanställda läkare på akuten.

### 4. ge förslag på införandeplan

Visionen bör vara en akutmottagning med specialister i akutsjukvård på plats dygnet runt och som handlägger den stora majoriteten av de patienter som söker akutmottagningen, men att från en dag till en annan gå ifrån en akutmottagning baserad på specialitets linjer till en med akutläkare är en utopi utan detta är något som får göras stegvis.

En modell att utgå från är följande:

## *Akutläkare i NU-sjukvården- Rapport förstudie*

**Steg 1:** Nuvarande jourlinjer omorganiseras och det införs en linje med två ST-läkare i akutsjukvård dagtid (8-16, 11-19), vid triagering styrs exempelvis var 3:e patient till denna linje oavsett specialitet (Med, Kir, Ort)

**Steg 2:** Akutkliniken tar över huvuddelen av bemanningen 8-20 (22) alla veckans dagar med målet att lämna över en akutmottagning i fas (dvs. att nattjourerna bara förväntas handlägga det som kommer in under natten och inte en väntande kö från kvällen) till specialitets jourer. Detta förutsätter att de olika klinikerna har ett välfungerande system med dagbakjourer som stöd till akuten.

**Steg 3:** tillägg av avlastande akutläkare även nattetid, eventuellt övertag av vissa jourpatienter från andra specialiteter (ex. ÖNH), därefter kan man med tiden avveckla ytterligare specialitetsbundna nattjourslinjer.

**Steg 1** ligger inte särskilt långt bort i tiden förutsatt att man kan rekrytera intresserade ST-läkare. Uppskattningsvis behövs motsvarande 6 heltidstjänster på 50 % (det vill säga 12 individer). Vi tror att en framgångsfaktor för införandet är att ha en tillräckligt stor grupp, initialt, för att ge dessa möjligheter att stödja varandra.

För att komma till **steg 2** behövs delvis att de jourgående läkarna har fått tillräcklig erfarenhet och att gruppen har utökats till ca 16 heltider (beräknat på 65 % av patienterna ska handläggas mellan 8 och 20) uppskattningsvis kan detta ske ca 2-3 år efter start av steg 1.

**Steg 3** är därefter mest en rekryterings- och kompetensfråga.

Som det är nu tar det ca 2-3 år att få en tilläggsspecialitet i Akutsjukvård och det kommer troligtvis bli något liknande om man väljer det som dubbelspecialisering när det blivit en basspecialitet.

En uppskattning är att hela vägen från steg 1-3 tar ca 5-8 år.

### *5. kostnadsberäkning samt ge förslag på finansiering*

Den initiala kostnaden för införandet av specialister i akutsjukvård är helt kopplad till vilka individer som rekryteras till de första ST tjänsterna, förhoppningsvis kommer det kunna gå att rekrytera några seniora specialister samt några yngre specialister som ST-läkare på kombinations-block. Därtill kommer även troligtvis en kostnad för handledare (ca 20 % av en tjänst inköpt förslagsvis från SÄS) samt kurser för ST-läkarna.

Kostnadsökningen under år 1 och 2 beräknas procentuellt bli 10 respektive 11 % men som redan under år 3 – 4 genererar en kostnadsreduktion runt 8,5 % och därefter när akutläkarstaben är fulltalig årligen ge en minskad kostnad på ca 13 % jämfört med idag dock beroende förändringar av husjourbemanningen kanske inte går att räkna hem hela den minskade kostnaden.

Finansieringen av detta kan delvis ske genom omdisponering av tjänster inom område medicin och akut samt genom en omfördelning av medel mellan område opererande specialiteter och område medicin och akut. Inom område opererande specialiteter finns det ett utrymme att öka produktionen och därigenom minska den externt inköpta värden inom ortopedkliniken samt inom kirurgkliniken kan det finnas utrymme minska antalet ST-tjänster med någon tjänst om man minskar bemannings-kravet på akutmottagningen och därigenom frigöra resurser.

Idag står område medicin och akut för ca 51 % av bemanningen 8:00 – 20:00, ca 28 % kirurg och ca 21 % ortoped och 20:00 – 8:00 fördelat jämnt mellan MED/KIR/ORT. Finansiering bör fördelas utifrån detta.

### *6. ge förslag på lokal utbildningsplan för ST-läkare i akutsjukvård*

Som läget är i dag är akutsjukvård fortsatt en tilläggsspecialitet till en annan basspecialitet (kir, med, ort, an/iva eller allmänmedicin). Socialstyrelsen kommer dock troligtvis att ta beslut om att akutsjukvård blir en basspecialitet 1/1 2015 (1). Det som kan komma att ändras är att akutsjukvård som tilläggsspecialitet är en vuxenspecialitet medan det som basspecialitet kan bli en akutspecialitet för alla patienter oavsett ålder.

De som i dag har ST-läkare i akutsjukvård har i många fall valt att kombinera med internmedicin eller allmänmedicin (i båda fallen pga. synergieffekter mellan basspecialiteten och akutsjukvård) Däremot är kombination med en opererande specialitet mer problematiskt då ST-läkaren tappar i operativ volym.

Internationellt finns det kombinerade program i akutsjukvård/pediatrik, akutsjukvård/internmedicin, akutsjukvård/internmedicin/intensivvård samt akutsjukvård/intensivvård.

Förslag på utbildningsplan för ST-läkare som är färdiga specialister samt ett för ”nya” ST-läkare (*bilaga 6-7*)

## *Akutläkare i NU-sjukvården- Rapport förstudie*

Vi ser ett värde i att ha kombinerade program, detta för att öppna upp möjligheter för växeltjänstgöring och under uppstartsperioden och ge en viss säkerhet över tid. Förutsättningen för detta är dock att man hittar en lösning tjänstemässigt under utbildningstiden och att detta inte innebär att man försenas i sin tjänsteutveckling. Det stegvisa införandet som föreslås förutsätter att man inledningsvis har kombinerade program och inte förrän eventuellt sent steg 2 kan man anställas på ett akutsjukvårdsblock, detta förutsätter dock att socialstyrelsen har tagit beslut om inrättandet av akutsjukvård som basspecialitet.

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013juni/revideradforeskriftomlakaresstplaneradtill1januari2015>

### *7. ge förslag på gränssnitt gentemot övriga kliniker/områden inom NU-sjukvården*

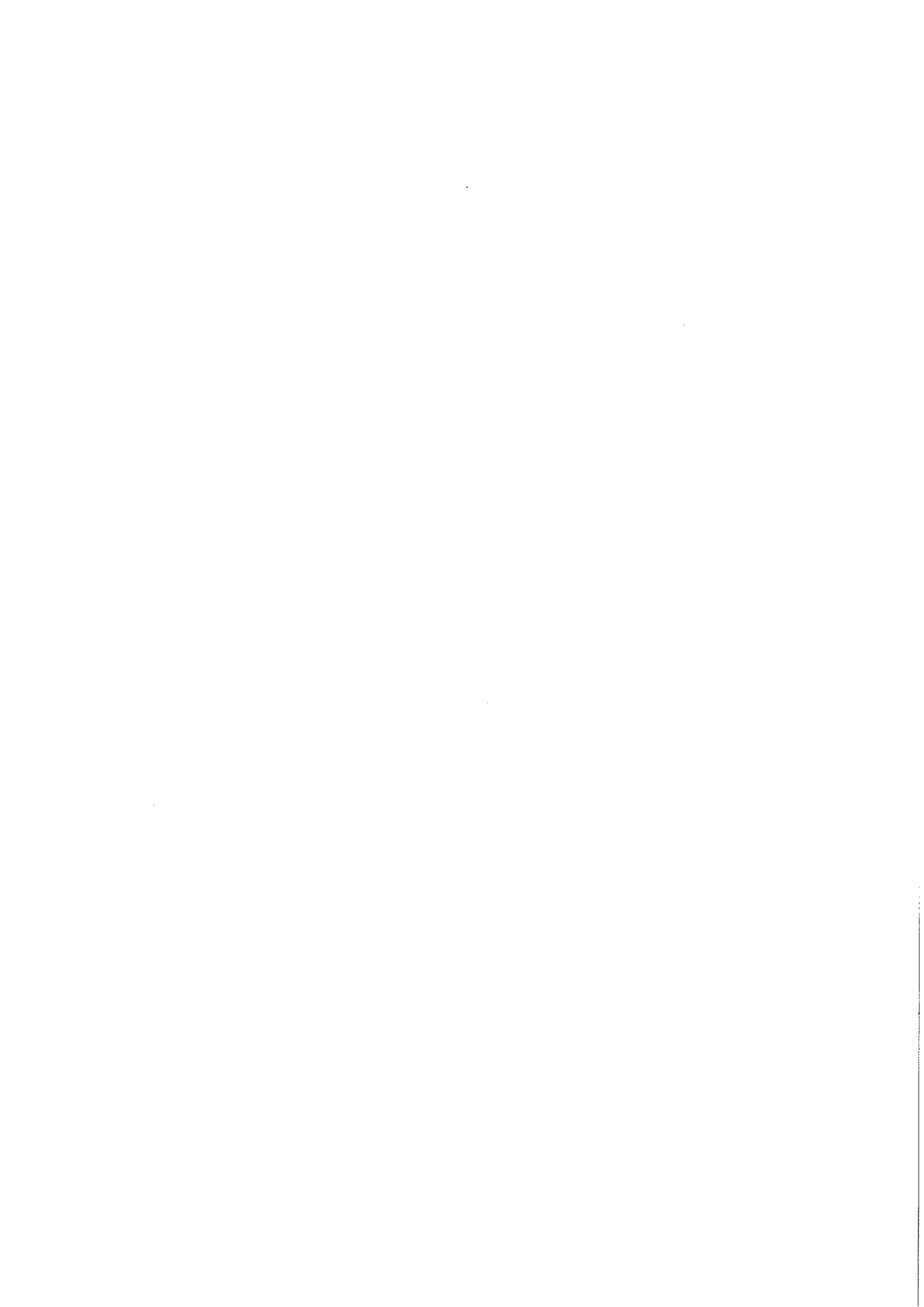
Se punkt 2 och 6.

### *8. förankring/dialog inom NU-sjukvårdens alla områden*

Område medicin och akut samt område opererande specialiteter (kirurgi och ortopedi) har representanter i projektgruppen. Efter inriktningsbeslut i styrgruppen/beslut i sjukhusledning bör en information/dialog med övriga områden/kliniker genomföras snarast förslagsvis på klinikledning och läkar-APT.

### *9. ge ett förslag till beslut och underlag för genomförande, av ovanstående*

Enligt ovanstående förslag föreslås inledningsvis en rekrytering av en specialist som tillika kan fungera som läkarchef och som tillsammans med verksamhetschef verkställer ovanstående förslag.



# Ärende 6

Ärende 6

Tjänsteutlåtande  
Datum 2014-03-11  
Diarienummer NU 239/2014

NU-sjukvården/ledningskansliet  
Handläggare: Gerd Karlsson  
Telefon: 010-435 17 01  
E-post: gerd.karlsson@vgregion.se

Till Styrelsen för NU-sjukvården

## Yttrande över motion av Annika Tännström (M) om KBT-behandling på internet för unga

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Motionen anses besvarad med hänvisning till detta tjänsteutlåtande.

### Sammanfattning av ärendet

Inom barn- och ungdomspsykiatri i NU-sjukvården erbjuds inte internetbaserad KBT-behandling. Detta är en fråga som är uppe i sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri där man avvaktar nationella studier för att ta ställning. Intentionen i motionen handlar mer om att det ska finnas möjlighet och tillgänglighet för ungdomar med lindrig psykisk ohälsa och inte på specialistnivå.

### Beredning

Svar på motionen har beretts av verksamhetschefen för barn- och ungdomspsykiatriska kliniken.

NU-sjukvården

Eva Arrdal  
Sjukhusdirektör

Skickas till  
Regionstyrelsen

Avdelning:

Administrativa avdelningen

Handläggare:

Britt-Marie Gustafsson

Datum:

2013-12-19

Diarienummer:

RS 1806-2013

Handläggare:

Verkschef BUP

Kopia:

11 sjukhusdir  
Setr styrelsen  
Omri chef barn

Till

Styrelsen för SU

Styrelsen för NU-sjukvården

Styrelsen för beställd primärvård

Hälso- och sjukvårdsutskottet

## Motion av Annika Tännström (M) om KBT-behandling på internet för unga

Regionstyrelsen har valt att remittera denna motion till rubricerade för yttrande.

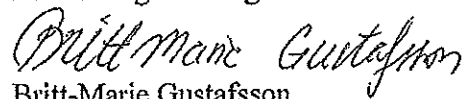
Av motionssvaret skall framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras. I svaret ska också anges om det redan nu pågår verksamhet eller motsvarande i enlighet med motionens intentioner. Någon mer omfattande utredning i sakfrågorna ska inte göras i samband med besvarandet av motionen. T.ex. vill motionären ha en utredning är det regionfullmäktige som avgör om utredningen ska göras efter att berörda nämnder/styrelser lämnat synpunkter. Regionkansliet sammanställer därefter inkomna remissvar och lämnar förslag till beslut.

Motionssvaret tillsammans med protokollutdraget ska vara regionkansliet tillhanda senast den 31 mars 2014. Ange vårt diarienummer när svaret sänds in.

Sänds in via email: [britt-marie.gustafsson@vgregion.se](mailto:britt-marie.gustafsson@vgregion.se) eller per post enligt adress nedan.

Önskas ytterligare uppgifter i ärendet kan Ni kontakta undertecknad på tel 010-4410142.

Med vänlig hälsning



Britt-Marie Gustafsson

Motion till regionfullmäktige

*nya*  
**moderaterna**  
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

### Angående KBT-behandling på internet för unga

Det är viktigt att upptäcka de barn och ungdomar som mår psykiskt dåligt, i tid. Annars är risken stor att den psykiska ohälsan blir desto mer komplex och hänger kvar i vuxen ålder. Resurser måste finnas där eleverna finns, och när mobbningen flyttas från klassrummet till nätet behöver vården finnas tillgänglig där, även efter skoldagens slut.

Liksom tidigare generationer möttes på lekplatser, fotbollsplaner eller fritidsgårdar möts de unga i dag i stor utsträckning via sociala medier på nätet. Utvecklingen är på både gott och ont. Samtidigt som nätet blir en plats att umgås på, att uttrycka sig på, delta konstruktivt, så finns en mörkare sida. Via datorn har tyvärr trakasserier och mobbning flyttat från skolkorridorerna till det egna hemmet. Detta måste vuxenvärlden kunna möta, till exempel genom att ställa krav på en modernare och mer tillgänglig Elevhälsa och barn- och ungdomspsykiatri. I en rapport om psykisk ohälsa i Sverige konstaterade OECD i våras att det är de unga som är värst drabbade. Kritik riktades mot skolhälsovården som saknade tillräckligt med resurser och för att väntetiden till psykolog var för lång.

Ett sätt att göra hjälpen mer tillgänglig är att erbjuda mer psykologhjälp via nätet. På en del ställen i vår region erbjuds i dag exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT) via nätet. För ungdomarna är det redan naturligt att använda sig av nätet varför denna möjlighet bör breddas och göras tillgänglig för fler.

Likaså finns mycket goda erfarenheter av ungdomsmottagningen på nätet (umo.se). Att få ihop sin skoldag kan vara svårt om man inte mår bra. Att passa in besöksstider, som inte krockar med skola, extrajobb eller andra aktiviteter, kan också vara svårt. För många är det dessutom stigmatiserande att söka hjälp. De vill inte ha skolkamrater ska se att de uppsöker skolsköterskan, kuratorn eller psykologen.

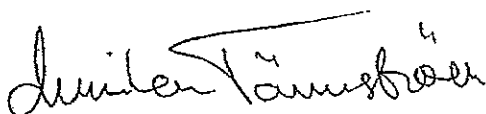
En undersökning från Uppsala universitet visar att över hälften av ungdomarna med symptom på ångest eller depression överhuvudtaget inte söker hjälp. Två tredjedelar av dem som söker hjälp gör det inte inom barn- och ungdomspsykiatrin, utan vänder sig till bland annat Elevhälsan och primärvården. Även om antalet skolsköterskor och kuratorer ökat under de senaste tio åren upplever elever på många håll att det är svårt att få tid hos Elevhälsan. Ökningen är således uppenbarligen inte tillräcklig för att möta behoven. Regeringen har emellertid satsat för att stärka Elevhälsan och betydande resurser kommer Västra Götalands 49 kommuner till godo.

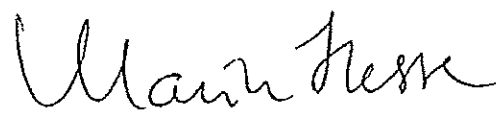
Vi tror att en översyn av arbetsformerna för såväl Elevhälsan som primärvården och den specialiserade vården för unga som lider av psykisk ohälsa är nödvändig. Det är också viktigt att arbetet med internetbaserad vård inom området präglas av nationell samordning.

Med anledning av vad som ovan anförts föreslår vi regionfullmäktige besluta

att uppdra åt regionstyrelsen att utreda möjligheterna till KBT-behandling på nätet även för unga i enlighet med motionens intentioner.

Vänersborg den 26 november 2013

  
Annika Tännström (M)

  
Marith Hesse (M)

# Ärende 9

Ärende 9

Ledningskansliet för NU-sjukvården  
Henrik Hultkvist  
Diarienummer NU 91-2014

Tjänsteutlåtande  
Datum 2014-02-10

Styrelsen för NU-sjukvården

## Justering av låneramar

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta att flytta 112 mnkr av tillgänglig låneutrymme från utrustnings- till lokalinvesteringar.

### Sammanfattning av ärendet

NU-sjukvården tilldelas årligen låneramar av regionen för att finansiera de investeringar som görs under året. Låneramarna är fördelade mellan lokal- och utrustningsinvesteringar, där ej utnyttjade medel får sparas över årsskiftet (ej tillåtet fr o m 2014/15).

I våras fattade styrelsen beslut om lokalinvesteringar i de s k VÖK-projekten på sammanlagt 220 mkr och för att finansiera dessa lokalinvesteringar behöver låneutrymme flyttas från utrustning- till lokalinvesteringar.

För att få balans behöver 112 mnkr flyttas från låneramen för utrustningar till låneramen för lokalinvesteringar.

Eva Arrdal  
Tf Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

# Ärende 10

Ärende 10

Tjänsteutlåtande  
Datum 2014-02-21  
Diarienummer NU 57/2014

NU-sjukvården/ledningskansliet  
Handläggare: Sven Florström  
Telefon: 0702-089108  
E-post: sven.florstrom@vgregion.se

Styrelsen för NU-sjukvården

## Remissvar angående policy och riktlinjer för informationssäkerhet

Referens till remissförslag med Diarienummer RS 1594-2013

### NU-sjukvårdens synpunkter

- Det är bra att riktlinjerna för informationssäkerhetsarbetets är anpassat efter den nya styrmodellen inom VGR och att de nya rollerna enligt PM3 är beskrivna med ansvar och befogenheter.
- NU-sjukvården har för övrigt inga synpunkter på innehållet i underlaget.

Bifogar bilaga med svar på utskickad *Enkät ang funktion för operativt informationssäkerhetsarbete till stöd för verksamheten från NU-sjukvården*

Eva Arrdal  
Tf sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

## Enkät angående funktion för operativt informationssäkerhetsarbete till stöd för verksamheterna i VGR

Verksamhet: NU-sjukvården

Kontaktperson: Lena Uttman och Maria Bertilsson

Telefon: 010-435 68 58 eller 010-435 68 50

1. Skulle ni vara intresserade av att dela kompetens/resurser med andra förvaltningar, så att den hanteras och utvecklas av ett Komptenscentrum inom säkerhet, där ni kan avropa den säkerhetstjänst ni behöver?

Svar: NU-sjukvården är intresserad av att dela kompetens/resurser med andra förvaltningar.

2. Vilka frågor/områden/kompetens/arbetsuppgifter behöver ni i så fall avropa? (Allt eller specifika delar, som förvaltningen inte själv kan/önskar hantera.)

Svar: Det är svårt att veta vilka tjänster vi behöver - för att kunna bedöma detta behövs kunskap om informationssäkerhet. I nuläget är det dessutom oklart vilka frågor/områden/kompetens/arbetsuppgifter som objekten i den nya styrmodellen för IS/IT kommer att ta över.

|  | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| a. Identifiera krav i lagstiftningen för en specifik verksamhet  | X  |     |
| b. Informationsklassning   | X  |     |
| c. Riskanalys  | X  |     |
| d. Säkerhetsdeklaration (Bedömning av teknikens efterlevnad  | X  |     |
| e. Processkartläggning   | X  |     |
| f. Analys av efterlevnad mot beslutade regelverk   | X  |     |
| g. Kontinuitetsplanering (identifiera, analysera och utforma reservrutiner för de viktigaste processerna | X  |     |
| h. Driftsättningsanalys (inför produktionssättning av ett IT-system                                      | X  |     |
| i. Orsaksanalys  | X  |     |

3. Hur stort bedömer ni att behovet är (% av en årsarbetare alt timmar per månad)

Svar: Det hade varit bra om det regionalt togs fram färdiga "paket" som uppfyller olika "nivåer". T.ex. en grund/bas-nivå som bör vara lägstanivå för alla förvaltningar inom regionen. Därutöver kan det finnas andra "paket" för mer specifika behov. Vår bedömning är att behovet torde ligga mellan 0,5 till 1,0 tjänst.

4. Vad ställer din förvaltning för krav på Komptenscentrum, för att det ska vara en bra tjänsteleverantör inom säkerhet för din förvaltning? Vad är viktigt för er?

Svar: Kompetens, kvalitet och flexibilitet. Verksamhetskänedom. Kontinuitet, att få arbeta med samma person kan vara viktigt.

Svar på enkäten kan skickas till:

Ann-Christin Hellegren, Regionens Hus, 462 80 Vänersborg  
eller bifogas svar på remiss angående policy och riktlinjer för informationssäkerhet.

Datum 2013-12-18  
Diarienummer RS 1594-2013

1 (2)

|  |
|--|
| Ledningskansliet för NUT-sjukvården<br>Ange år |
| 2014 -01- 07                                   |
| D nr. 57:10 /2014                              |

Till  
regionens nämnder, styrelser  
och bolagsstyrelser

|                              |
|------------------------------|
| Handläggare:                 |
| Ek. chef (SP) ✓              |
| Kopia:                       |
| Tf sjukhusdir (EA) ✓         |
| Succ styrelser (AE) ✓        |
| Enhetchef IS (MS) ✓          |
| Personuppgiftsansvarig (L) ✓ |

## Remissförslag på policy och riktlinjer för informationssäkerhet

Bifogat översänds förslag till reviderade policy och riktlinjer för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionen.

Förslaget är framtaget som en del i den handlingsplan för förbättring av informationssäkerheten i regionen som regionstyrelsen antog 2013-03-26, RS 518-2011. Handlingsplanen innehåller också ett stort antal tekniska åtgärder, vilka hanteras av VGR IT.

I förhållande till tidigare regelverk är förslaget en uppdatering och anpassning till ny organisation och ny styrmodell för IS/IT. Det har också ett tydligare fokus på säkerhetsprocesser och aktiviteter.

I arbetet med remissförslaget har regionala informationssäkerhetsrådet haft möjlighet att lämna synpunkter.

Policyn är den viljeinriktning för informationssäkerhetsarbetet som Regionfullmäktige beslutar. Riktlinjerna är en konkretisering av policyn och utgör grunden i det ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som krävs för ett systematiskt informationssäkerhetsarbete som omfattar hela regionen.

En andra del i arbetet enligt handlingsplanen är att utreda hur en funktion för operativt informationssäkerhetsarbete kan inrättas som ett stöd för verksamheterna i VGR. Vi önskar därför att ni samtidigt med ert yttrande över remissförslaget lämnar synpunkter på om och vilka behov av stöd ni ser behov av, för att fullgöra uppgifterna som beskrivs i ledningssystemet. Se bifogad enkät.

En tredje del i handlingsplanen var att erbjuda utbildning. Därför har ett utbildningskoncept arbetats fram som innebär en handledning i att börja tillämpa ledningssystemet. Arbetsnamnet för utbildningen är *LIS i praktiken* och genomförs som en uppdragsutbildning av Högskolan i Skövde.

Tanken är att denna utbildning i första hand ska erbjudas företrädare för objekten i styrmodellen för IS/IT, som genom utbildningen får en möjlighet att med hand-

ledning genomföra uppgifter i sitt eget objekt, som krävs för att tillgodose informationssäkerheten i verksamheten. Utbildningen genomförs i sex block á två dagar under ett drygt halvår 2014. Inbjudan skickas ut separat.

### Remissvaret

- Remissvaret ska formuleras kort med inriktning på tydliga förslag på förändringar
- Remissvar ska skickas till [regionstyrelsen@vgregion.se](mailto:regionstyrelsen@vgregion.se) senast den 7 april 2014. Ange dnr RS 1594-2013.
- Tillsammans med remissvaret lämnas information om önskemål beträffande funktion för operativt stöd för informationssäkerhet.
- Information kan lämnas av Valter Lindström, 070-852 33 36 eller Monika Göransson, 070-309 49 69

Regionkansliet

Elisabet Ericson

## Informationssäkerhetspolicy för Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionens verksamhet är grundad på principer om öppenhet, personlig integritet och respekt för individen (*Västra Götalandsregionens plattform, RSK 706-2006*). Det är också en fråga om förtroende mellan Västra Götalandsregionen och medborgarna, att vi kan upprätthålla effektiva och robusta verksamhetsprocesser. Medborgarna har rätt till insyn i regionens verksamheter och ska vara trygga med att informationen skyddas på rätt sätt

Regionens samlade informationsmängder och dess kvalitet är en förutsättning för verksamhet som bidrar till det goda livet. Det skapar också förutsättning för att upprätthålla den demokratiska processen, såväl som att upprätthålla vardaglig service. Avbrott i tillgången till information kan vara kritisk och felaktig information kan ge allvarliga konsekvenser inom hälso- och sjukvården, kollektivtrafiken och regionens övriga ansvarsområden.

Därför arbetar Västra Götalandsregionen aktivt för att uppnå en god informationssäkerhet. För att uppnå detta krävs ett systematiskt informationssäkerhetsarbete, som bygger på strukturerad riskhantering och ständiga förbättringar. Ytterligare en förutsättning är en tydlig styrning av säkerhetsarbetet, där olika typer av information omges av rätt skyddsåtgärder och att en avvägning också sker mellan säkerhet, effektivitet och ekonomi.

Som stöd för att kunna arbeta systematiskt och långsiktigt med informationssäkerhet, samt för att uppfylla externa krav, ska regionen ha ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS),

### Definition

Informationssäkerhet handlar om att tillgodose krav på:

- Tillgänglighet      Möjlighet att utnyttja information efter behov i förväntad utsträckning och inom önskad tid.
- Riktighet            Skydd av information så att den är och förblir korrekt och fullständig.
- Konfidentialitet    Information är tillgänglig endast för den som är behörig att ta del av och använda den.
- Spårbarhet          Möjlighet att i efterhand visa hur och av vem information har hanterats.

Informationssäkerhet är teknikneutral och omfattar skydd av såväl muntlig, pappersbunden som digital information.

### Inriktning och tillämpning

Ledningssystemet för informationssäkerhet är framtaget med stöd av svensk standard, SS-ISO/IEC 27000 och utifrån Västra Götalandsregionens verksamhetskrav samt gällande lagar och föreskrifter. Ledningssystemet gäller alla Västra Götalandsregionens förvaltningar och majoritetsägda bolag samt avtalsparter, där det i avtalet anges att regionens regelverk ska följas. Upphandlande funktion ansvarar för att i avtalet tillgodose kravet på detta.

Ledningssystemet är uppbyggt i två nivåer. Dessa nivåer ger en struktur för ledning och styrning av informationssäkerheten på både regional nivå och verksamhetsnivå. Ledningssystemet på regional nivå består av denna policy samt riktlinjer och tillämpningsanvisningar. Allt informationssäkerhetsarbete i Västra Götalandsregionen utgår från dessa dokument.

Respektive nämnd, styrelse och bolagsstyrelsen styr och leder informationssäkerhetsarbetet på lokal nivå inom dess verksamhetsområde. Det innebär de nödvändiga processer och rutiner som behövs för

att säkerställa att verksamheten uppfyller kraven på ändamålsenlig informationssäkerhet. De styrande dokumenten på lokal nivå utformas utifrån regionala regelverk för informationssäkerhet. Centrala roller i ledningssystemet är *informationsägare och resursägare*.

- *Informationsägare* ska ställa krav utifrån informationsklassificering
- *Resursägare* (ägare av teknik som infrastruktur och IS/IT-tjänster) ska inom sitt ansvarsområde anpassa rutiner, ansvar och teknik efter informationsägarens krav.

## Mål

Det övergripande målet för informationssäkerheten i Västra Götalandsregionen är;

*att rätt och riktig information ska nå rätt mottagare i rätt tid*

För att uppnå detta krävs strukturerat arbete och delmål inom ett antal områden:

| Område                                       | Delmål  |
|--|---|
| Organisation                                 | Organisationen ska ha ett högt riskmedvetande och informationssäkerhetsarbetet ska vara organiserat, så att det finns ett tydligt ansvar och väl fungerande beredningsprocesser.  |
| Riskhantering                                | Risker som kan påverka Västra Götalandsregionens informationssäkerhet ska identifieras, analyseras och hanteras.  |
| Styrning av informations-tillgångar          | All information och övriga informationstillgångar ska vara kopplade till en ägarföreträdare, som har ansvar för att informationen och resurserna klassificeras och skyddas på rätt sätt.  |
| Personal och säkerhet                        | Alla medarbetare, som hanterar regionens informationstillgångar, ska ha kännedom om regionens regelverk och tillräcklig kompetens, för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt.  |
| Fysisk säkerhet                              | Västra Götalandsregionen information samt övriga informationstillgångar, som exempelvis lokaler och den utrustning som används för informationshantering, ska skyddas på en nivå som identifierats genom informationsklassificering.                          |
| Kommunikation och drift                      | Drift och förvaltning av IS/IT-miljö, system och tillhörande resurser ska ske utifrån fastställda anvisningar för gemensam infrastruktur och de specifika säkerhetskrav som ställs av verksamheten genom informationsklassificering                           |
| Åtkomst till information                     | Användare ska ha tillgång till rätt information på rätt sätt för sin arbetsuppgift och vara medveten om sitt personliga ansvar. Lämpliga krav på spårbarhet ska finnas omsatta i all informationshantering, samtidigt som den personliga integriteten värnas. |
| Hantering av informationssäkerhetsincidenter | En process, organisation och resurser för avvikelser- och incidentrapportering och -hantering ska finnas, för att mildra effekter, förhindra upprepande och underlätta återgång till verksamhet på normal nivå, då någon form av säkerhetsincident skett.     |
| Kontinuitetsplanering                        | Det ska finnas en kontinuitetsplanering, för att säkerställa tillgång till information och funktioner som krävs, för att upprätthålla av ledningen prioriterad verksamhet. Planeringen ska regelbundet testas och uppdateras.                                 |
| Uppföljning                                  | Informationssäkerheten ska, som en del av den ordinarie verksamhetsredovisningen, regelbundet följas upp på central nivå och inom respektive nämnd, styrelse och bolag.   |

## Ledningsansvar

### *Regionfullmäktige*

Regionfullmäktige är ytterst ansvarig för informationssäkerhetsarbetet i Västra Götalands-regionen. I detta ingår att fatta beslut om policy för informationssäkerhet.

### *Regionstyrelsen*

Regionstyrelsen fattar beslut om regionala riktlinjer. Regionstyrelsen ska utöva ägartillsyn och kontinuerligt följa att ledningssystemet fyller sin funktion. Regionstyrelsen ska ha en uppdaterad lägesbild över identifierade risker, som kan få allvarliga konsekvenser för regionens verksamhet och besluta om hur dessa risker ska hanteras. Regionstyrelsen företräder Västra Götalandsregionen som vårdgivare enligt Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

Ledningens genomgång av ledningssystemet görs halvårsvis, då säkerhetsdirektören rapporterar säkerhetsläget till regionstyrelsens ägarutskott. Avrapportering görs även då allvarligare säkerhetsincidenter inträffar.

### *Regiondirektör*

Ansvarar på uppdrag av regionstyrelsen för att informationssäkerhetsarbetet bedrivs så effektivt som möjligt, följer upp arbetet och fördelar resurser, så att informationssäkerhet uppnås enligt regionstyrelsen och regionfullmäktiges beslut.

### *Säkerhetsdirektör*

Utövar ledningsansvaret för informationssäkerhetsarbetet och är direkt underställd regiondirektören i dessa frågor. Ledningsansvaret är normativt och konsultativt samt omfattar även uppföljning av efterlevnad. Det innefattar också kontinuerlig revidering av ledningssystemet för informationssäkerhet. Enligt socialstyrelsens föreskrifter ska vårdgivaren utse en eller flera som ansvarar för informationssäkerheten. Som stöd för detta har säkerhetsdirektören en regional säkerhetsfunktion.

## Nämnder, styrelser och bolagsstyrelser

Är regionstyrelsens ägarföreträdare för informationen och ska säkerställa att arbetet med informationssäkerhet sker på ett ändamålsenligt sätt, vilket bl.a. innebär att:

- inrätta en funktion för informationssäkerhet, med uppgift att samordna och följa upp informationssäkerhetsarbetet i den egna verksamheten samt i det gemensamma arbetet för regionen
- fastställa och följa upp förvaltningens plan för sitt arbete med informationssäkerhet
- vara personuppgiftsansvarig enligt Personuppgiftslagen samt utse personuppgiftsombud
- som en del i den ordinarie årsredovisningen årligen redovisa resultat av säkerhetsarbetet till regionstyrelsen

## Utbildning

Alla anställda ska utbildas i informationssäkerhet. Regionens chefsutbildningar ska omfatta informationssäkerhet och säkerhetskultur.

## Revision och granskning

Nämnd/styrelse ansvarar för intern kontroll. Revisionsenheten uppgift är att granska om den interna kontrollen är tillräcklig.

Funktion för informationssäkerheten inom en förvaltning eller ett bolag har rätt att initiera oberoende granskning av förvaltningens informationssäkerhet. En oberoende granskning av informationssäkerheten kan även initieras av säkerhetsdirektören.

Personuppgiftsombudets uppgift är att självständigt se till att personuppgiftsansvarig alltid behandlar personuppgifter på ett lagligt och korrekt sätt och i enlighet med god sed samt att genomföra revision.

## Uppföljning och revidering

Säkerhetsdirektören ansvarar för uppföljning och revidering av denna policy med förslag till beslut av Regionfullmäktige.

# **Riktlinjer för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionen**

Reviderad 131227

RENNIS

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## Innehåll

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Inledning.....   | 5  |
| 1.1   | Giltighet.....   | 5  |
| 1.2   | Begreppet informationssäkerhet.....                                | 6  |
| 1.3   | Styrning, ledning och arbete med informationssäkerhet.....         | 7  |
| 1.4   | Dokumentstruktur.....  | 8  |
| 2     | Organisation.....  | 9  |
| 2.1   | Mål.....   | 9  |
| 2.2   | Utgångspunkt.....  | 9  |
| 2.3   | Samordning och uppföljning.....                                    | 9  |
| 2.4   | Övergripande informationssäkerhetsansvar.....                      | 9  |
| 2.5   | Verksamhetsansvar – roller och ansvar på förvaltningsnivå.....     | 10 |
| 2.6   | Centrala roller i ledningssystemet för informations- säkerhet..... | 11 |
| 3     | Riskhantering.....   | 12 |
| 3.1   | Mål.....   | 12 |
| 3.2   | Utgångspunkt.....  | 12 |
| 3.3   | Riskhantering och riskanalys.....                                  | 12 |
| 3.4   | Uppföljning.....   | 13 |
| 3.5   | Ansvar.....  | 13 |
| 3.6   | Eskalering av hot och risker av regiongemensam karaktär.....       | 13 |
| 4     | Styrning av informationstillgångar.....                            | 14 |
| 4.1   | Mål.....   | 14 |
| 4.2   | Utgångspunkt.....  | 14 |
| 4.3   | Märkning av handlingar.....  | 14 |
| 4.4   | Informationsklassificering.....                                    | 14 |
| 4.4.1 | Identifiera informationstillgångar.....                            | 15 |
| 4.4.2 | Identifiera legala krav.....                                       | 15 |
| 4.4.3 | Klassificera information.....                                      | 15 |
| 4.5   | Skyddsnivåer.....  | 15 |
| 4.5.1 | Skyddsnivå i verksamhet.....                                       | 15 |
| 4.5.2 | Skyddsnivå IS/IT-tjänster och fysiskt skydd.....                   | 15 |
| 4.6   | Säkerhetsdeklaration.....  | 16 |
| 5     | Personal och säkerhet.....   | 17 |
| 5.1   | Mål.....   | 17 |
| 5.2   | Utgångspunkt.....  | 17 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 5.3   | Före anställning .....   | 17 |
| 5.3.1 | Rekrytering av medarbetare .....   | 17 |
| 5.3.2 | Sekretess .....  | 17 |
| 5.4   | Under anställning .....  | 17 |
| 5.4.1 | Regelbunden utbildning av alla medarbetare .....                               | 17 |
| 5.4.2 | Disciplinär process .....  | 18 |
| 5.5   | Upphörande eller förändring av anställning .....                               | 18 |
| 6     | Fysisk säkerhet .....  | 19 |
| 6.1   | Mål .....  | 19 |
| 6.2   | Omfattning .....   | 19 |
| 7     | Kommunikation och drift .....  | 20 |
| 7.1   | Mål .....  | 20 |
| 7.2   | Omfattning .....   | 20 |
| 8     | Åtkomst till information .....   | 21 |
| 8.1   | Mål .....  | 21 |
| 8.2   | Utgångspunkt .....   | 21 |
| 8.3   | Digital identitet .....  | 21 |
| 8.4   | Behörighet .....   | 21 |
| 8.4.1 | Granskning av användarrättigheter .....  | 21 |
| 8.4.2 | Förändring av anställning .....  | 21 |
| 8.4.3 | Avslut av användarkonto .....  | 21 |
| 8.4.4 | Behörighet för admin- och root-konton .....                                    | 22 |
| 8.4.5 | Lösenord .....   | 22 |
| 8.5   | Information om säkerhetssystem .....   | 22 |
| 8.6   | Åtkomst till Information och IS/IT-tjänster .....                              | 22 |
| 8.6.1 | Privat användning .....  | 22 |
| 8.6.2 | Internet .....   | 22 |
| 8.6.3 | Åtkomst till regionens informationstillgångar över internet .....              | 22 |
| 8.7   | Säkerhetskrav avseende patientinformation .....                                | 23 |
| 8.7.1 | Överföring av och åtkomst till patientuppgifter .....                          | 23 |
| 8.7.2 | Patientåtkomst till egen journal .....   | 23 |
| 8.7.3 | Kommunikation med medborgare/patienter om person- och patientinformation ..... | 23 |
| 8.8   | Spårbarhet .....   | 23 |
| 8.8.1 | Loggning .....   | 23 |
| 8.8.2 | Granskning av loggar .....   | 24 |
| 8.8.3 | Gallringstid och hantering av loggar .....                                     | 24 |
| 8.9   | Rättelse, blockering och utplånande av personuppgifter .....                   | 24 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 8.10   | Hantering av skyddade personuppgifter .....         | 24 |
| 8.11   | Arkivering.....                                     | 24 |
| 9      | Hantering av informationssäkerhets-incidenter ..... | 25 |
| 9.1    | Mål.....  | 25 |
| 9.2    | Utgångspunkt.....                                   | 25 |
| 9.3    | Medarbetares skyldighet.....                        | 25 |
| 9.4    | Verksamhetsansvarigs skyldighet.....                | 25 |
| 9.5    | IT-levererande parts skyldighet .....               | 25 |
| 9.6    | Uppföljning av incidenter .....                     | 26 |
| 9.7    | Rapportering av händelser .....                     | 26 |
| 10     | Kontinuitetsplanering.....                          | 27 |
| 10.1   | Mål.....  | 27 |
| 10.2   | Utgångspunkt.....                                   | 27 |
| 10.3   | Arbetet med kontinuitetsplanering .....             | 27 |
| 10.4   | Verksamhetens ansvar .....                          | 27 |
| 10.5   | Informationsägarens ansvar.....                     | 27 |
| 10.6   | Resursägarens ansvar.....                           | 27 |
| 11     | Uppföljning .....                                   | 28 |
| 11.1   | Mål.....  | 28 |
| 11.2   | Utgångspunkt.....                                   | 28 |
| 11.3   | Uppföljning av efterlevnad.....                     | 28 |
| 11.3.1 | Revisorernas uppgift .....                          | 28 |
| 11.3.2 | Personuppgiftsombudets granskningar .....           | 28 |
| 11.3.3 | Revision av IT-säkerhet .....                       | 28 |
| 11.3.4 | Vårdgivarens uppföljning.....                       | 28 |
| 12     | Bilaga 1 - Termer och definitioner .....            | 30 |

# 1 INLEDNING

”Västra Götalandsregionens verksamhet är grundad på principer om öppenhet, personlig integritet och respekt för individen (*Västra Götalandsregionens plattform, RSK 706-2006*). Det är också en fråga om förtroende mellan Västra Götalandsregionen och medborgaren, att vi kan upprätthålla effektiva och robusta verksamhetsprocesser. Medborgarna har rätt till insyn i regionens verksamheter och ska vara trygga med att informationen skyddas på rätt sätt.

Regionens samlade informationsmängder och dess kvalitet är en förutsättning för verksamhet som bidrar till det goda livet. Det skapar också förutsättning för att upprätthålla den demokratiska processen, såväl som att upprätthålla vardaglig service. Avbrott i tillgången till information kan vara kritisk och felaktig information kan ge allvarliga konsekvenser inom hälso- och sjukvården, kollektivtrafiken och regionens övriga ansvarsområden.”

Ovanstående text är hämtad från Västra Götalandsregionens policy för informationssäkerhet. Dessa riktlinjer för informationssäkerhet är ett förtydligande och en konkretisering av policyn.

Varje kapitel inleds med ett mål, hämtat från informationssäkerhetspolicyn, som utgör ledningens viljeinriktning för regionens informationssäkerhetsarbete. Vidare beskrivs hur målet/skyddsåtgärden ska förverkligas och vem som är ansvarig för genomförandet.

## 1.1 Giltighet

Denna riktlinje är beslutad av regionstyrelsen och utformad med stöd av informationssäkerhetspolicyn. Den gäller således alla Västra Götalandsregionens förvaltningar och majoritetsägda bolag.

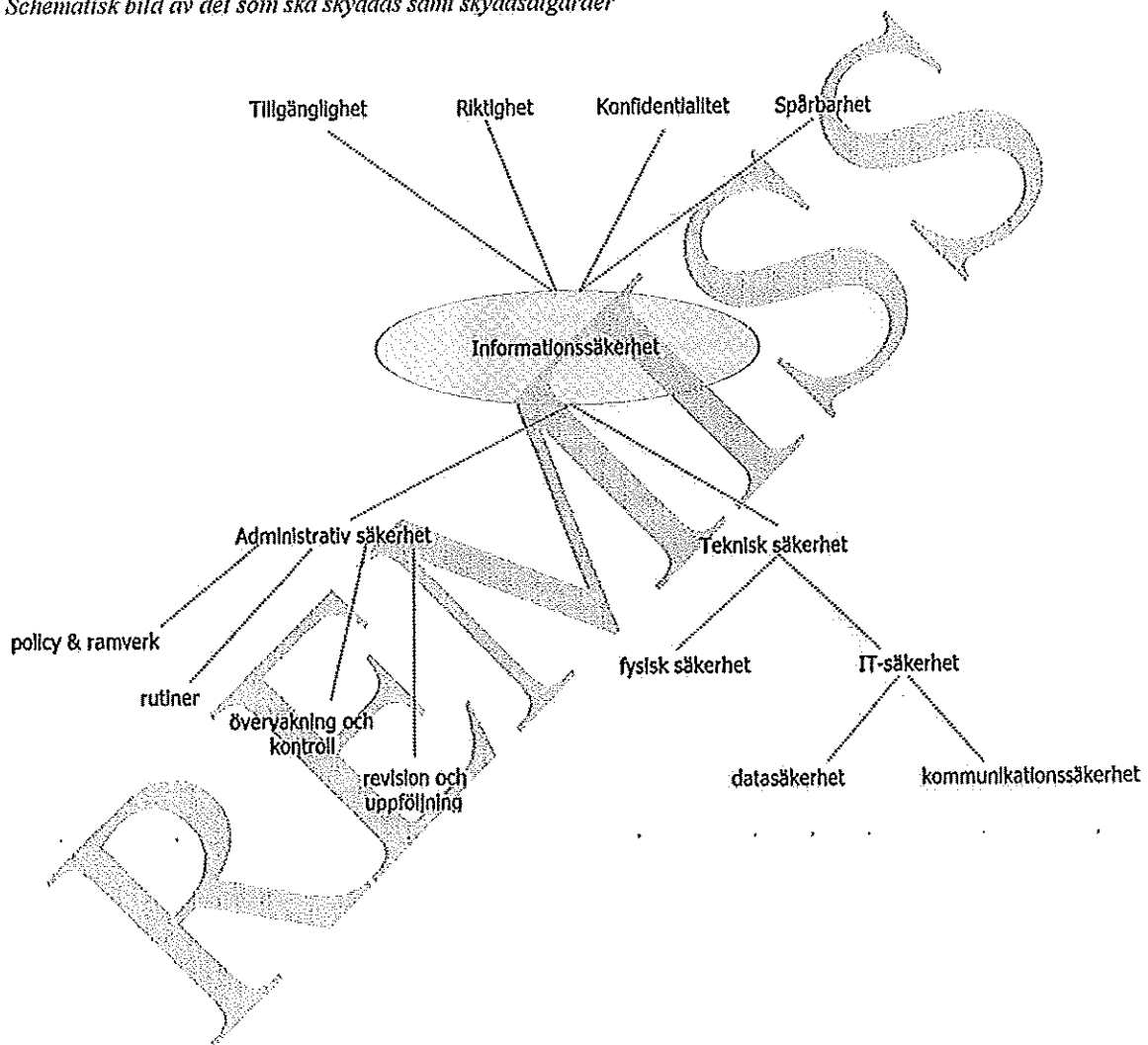
Säkerhetsdirektören ansvarar för revidering av riktlinjerna för informationssäkerhet. Med hänsyn till verksamhetens art kan avvikelser från bestämmelserna göras efter samråd med säkerhetsdirektören.

## 1.2 Begreppet informationssäkerhet

Informationssäkerhet kan beskrivas som att tillgodose behov av att informationen är tillgänglig i förväntad utsträckning, förblir riktig och oförvanskad, är insynsskyddad så att den är åtkomlig endast för den som är behörig (konfidentialitet), samt att det finns spårbarhet i vem som haft åtkomst till den (se de fyra övre begreppen i illustrationen).

För att uppnå de krav som ställs utifrån de fyra begreppen används olika former av skyddsåtgärder, som tillsammans ska åstadkomma rätt informationssäkerhet (se nedre delen av illustrationen).

*Schematisk bild av det som ska skyddas samt skyddsåtgärder*



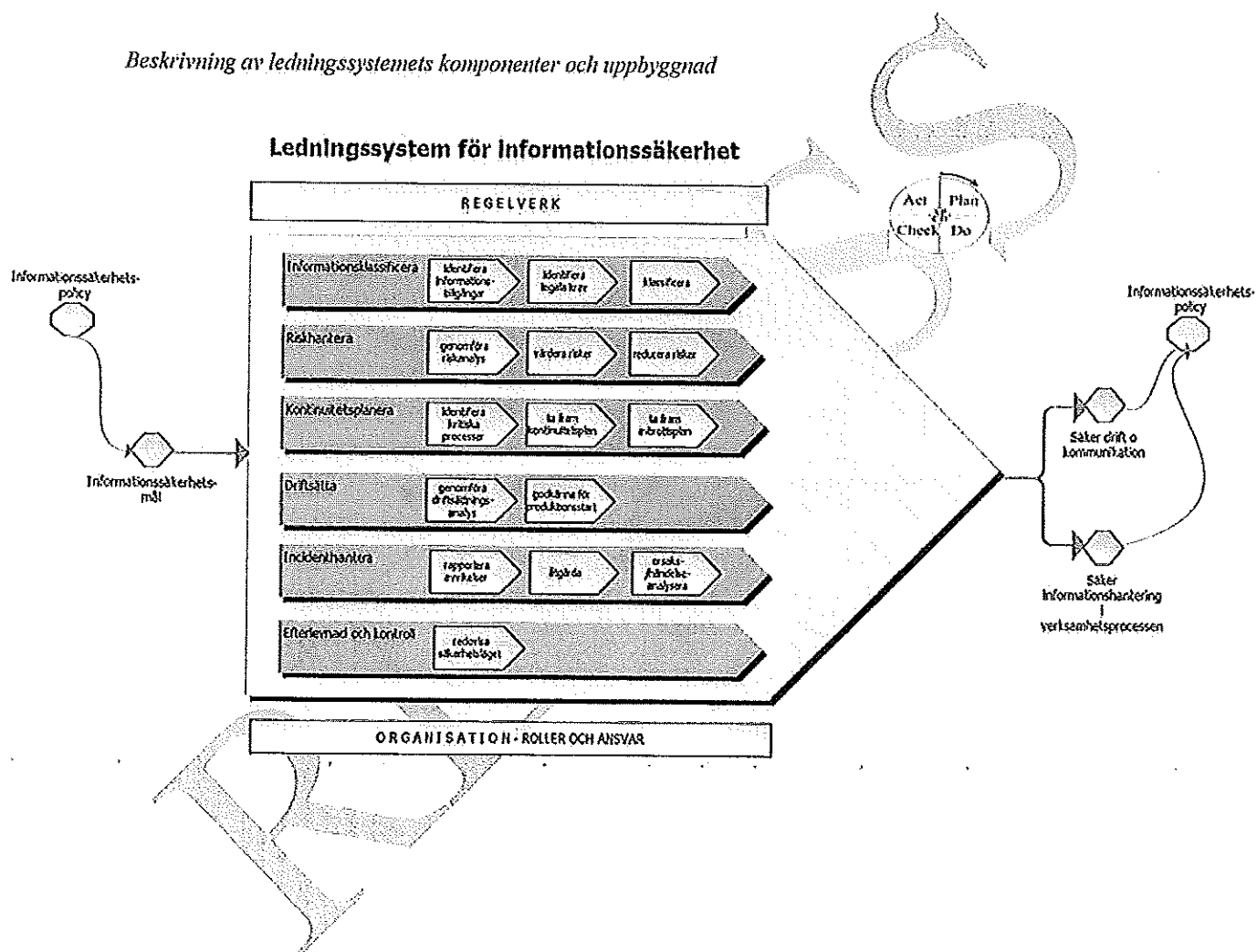
### 1.3 Styrning, ledning och arbete med informationssäkerhet

För att uppnå en god informationssäkerhet krävs ett långsiktigt arbete, som bygger på ett systematiskt säkerhetsarbete integrerat i det "vanliga arbetet". Arbetet ska inkludera alla områden som hanterar informationstillgångar.

Ledningen styr och följer upp arbetet med stöd av ett system som inkluderar mål, regelverk, organisation och processer.

Inom ramen för Västra Götalandsregionens styrmodell för IS/IT ska det genomföras säkerhetsaktiviteter vid införande, förvaltning och avveckling av informationssystem.

Beskrivning av ledningssystemets komponenter och uppbyggnad

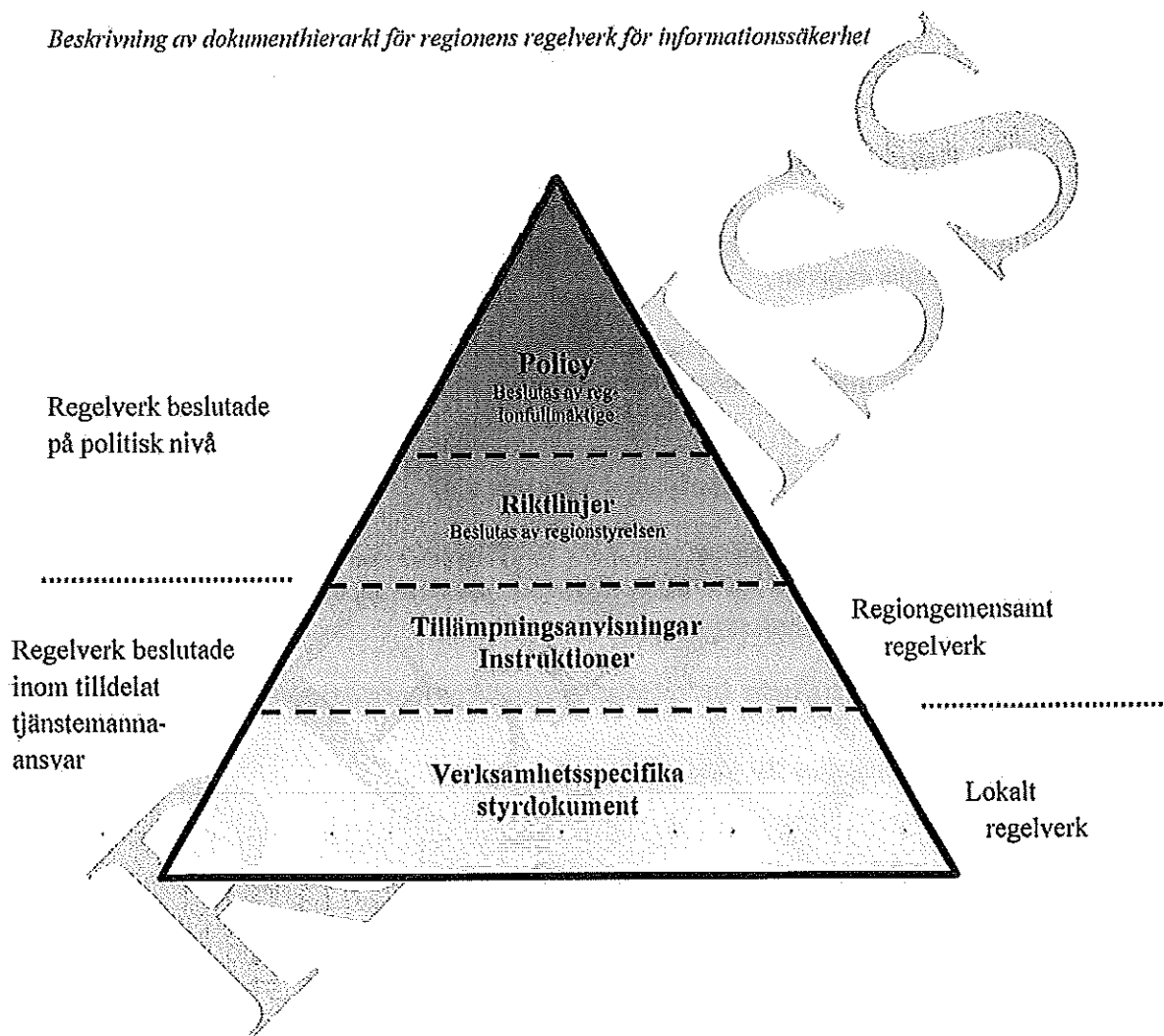


## 1.4 Dokumentstruktur

Regionala styrdokument i ledningssystemet för informationssäkerhet är policy och riktlinjer som är beslutade på politisk nivå. Till dessa finns regionala tillämpningsanvisningar och instruktioner beslutade av säkerhetsdirektören. Inom ramen för dessa kan objektägare (verksamhet och IT) ta fram och besluta om objektspecifika tillämpningsanvisningar och instruktioner. Dessa regiongemensamma dokument finns samlat publicerade på intranätet.

De regionala styrdokumenterna integreras i det lokala ledningssystemet och vid behov tas verksamhetsspecifika tillämpningar och rutiner fram.

*Beskrivning av dokumenthierarki för regionens regelverk för informationssäkerhet*



## **2 ORGANISATION**

### **2.1 Mål**

*Organisationen ska ha ett högt riskmedvetande och informationssäkerhetsarbetet ska vara organiserat, så att det finns ett tydligt ansvar och väl fungerande beredningsprocesser.*

### **2.2 Utgångspunkt**

Ansvar för informationssäkerhet följer det ordinarie linjeansvaret, vilket innebär att även informationsägarskapet följer linjeansvaret. Inom VGR:s styrmodell av IS/IT företräder objektägare verksamhet informationsägaren.

Informationssäkerhetsfrågor ska vara en integrerad del i berednings- och inköpsprocessen för IS/IT.

### **2.3 Samordning och uppföljning**

Säkerhetsdirektören leder ett informationssäkerhetsråd för samordning och uppföljning av regionens informationssäkerhetsfrågor. I rådet ingår sakkunniga med mandat att företräda sin förvaltning och relevanta experter.

Representanter från informationssäkerhetsrådet och personuppgiftsombuden ska delta i IS/IT-beredningen och granska informationssäkerhetsaspekten. Detta gäller såväl på förvaltningsnivå som på regional nivå.

Utöver detta finns ett regionalt riskhanteringsråd, se punkt 4.6.

Kravställning av informationssäkerhet på nationella IS/IT-tjänster ska ta sin utgångspunkt från verksamhetens företrädare för informationssäkerhet. Säkerhetsdirektören ansvarar för att samordna med övriga landsting och regioner.

### **2.4 Övergripande informationssäkerhetsansvar**

#### ***Regionfullmäktige***

Se "Informationssäkerhetspolicy för Västra götalandregionen"

#### ***Regionstyrelsen***

Se "Informationssäkerhetspolicy för Västra götalandregionen"

#### ***Regiondirektör***

Se "Informationssäkerhetspolicy för Västra götalandregionen"

#### ***Säkerhetsdirektör***

Se "Informationssäkerhetspolicy för Västra götalandregionen"

#### ***Personaldirektören***

Ansvarar för att säkerhetskraven införs i personalhanteringsprocessen före, under och efter anställning.

#### ***Fastighetsdirektören***

Ansvarar för att kraven på fysiskt skydd beaktas i byggnadsprocessen.

#### ***IS/IT-direktören***

Ansvarar för att IT-säkerheten (teknisk säkerhet, ansvar och rutiner) motsvarar ställda krav.

#### *Inköpsdirektören*

Ansvarar för att informationsägarens säkerhetskrav beaktas i inköpsprocessen.

## **2.5 Verksamhetsansvar – roller och ansvar på förvaltningsnivå**

### *Nämnder, styrelser och bolagsstyrelser*

Se ”Informationssäkerhetspolicy för Västra götlandsregionen”

#### *Förvaltningschef*

Ansvarar för tillämpningen av ledningssystemets regelverk i den egna förvaltningen, utforma lokala regelverk och rapportera status på informationssäkerhetsarbetet till nämnd/styrelse. Förvaltningschefen ska avsätta resurser för informationssäkerhetsarbetet och säkerställa att riskhanteringsprocessen blir en del av det lokala ledningssystemet.

#### *Verksamhetschef/motsvarande*

Ansvarar för informationssäkerheten inom egen verksamhet och ska verka för att arbetsmetoder som bidrar till en god informationssäkerhet används, samt att medarbetare får utbildning i informationssäkerhet.

#### *Medarbetare*

Medarbetare ska ha förståelse för värdet av informationen och varför den ska skyddas. Detta innebär att medarbetaren ska få utbildning, som bidrar till en god säkerhetskultur och medvetenhet om det egna ansvaret.

Samtliga medarbetare har ansvar att följa gällande regler avseende informationssäkerhet.

#### *Personuppgiftsombud (PuO)*

Har till uppgift att självständigt se till att den personuppgiftsansvarige behandlar personuppgifter på ett lagligt och korrekt sätt och i enlighet med god sed samt genomföra revision.

#### *Samordnare informationssäkerhet*

Ansvarar för att samordna och följa upp informationssäkerhetsarbetet i den egna verksamheten och rapportera direkt till förvaltningschefen. Vidare ska samordnare för informationssäkerhet aktivt bidra med kunskap och aktiviteter i samordning och uppföljning av det regiongemensamma informationssäkerhetsarbetet.

#### *Samordnare IS/IT (SIS)*

Samordnar förvaltningens kravställning på IS/IT och samverkar med samordnaren för informationssäkerhet, så att informationssäkerhetskraven blir en del av förvaltningens samlade kravbild på IS/IT.

## **2.6 Centrala roller i ledningssystemet för informations-säkerhet**

I kravställning och införande av informationssäkerhet i IS/IT-tjänster är informationsägare och resursägare centrala roller. Alla informationstillgångar ska ha en utsedd ägarföreträdare inom Västra Götalandsregionen.

### ***Informationsägare – objektägare verksamhet***

Ansvar för informationssäkerhet följer i grunden ordinarie linjeansvar, vilket innebär att respektive chef ansvarar för informationen inom sitt verksamhetsområde. När informationen ingår i ett objekt, enligt regionens förvaltningsmodell för IS/IT, företräds informationsägaren av objektägare verksamhet.

### ***Resursägare – objektägare IT***

Resursägare är den som äger teknik, infrastruktur eller IS/IT-tjänster. Resursägaren ansvarar för att IS/IT-tjänsten upprätthåller den säkerhet som krävts av informationsägaren. Inom regionens förvaltningsmodell för IS/IT är objektägare IT/resursägare. I övriga fall skall en resursägare utses i respektive förvaltning.

*I fortsättningen används begreppen informationsägare och resursägare i detta dokument. Kontexten avgör om det är aktuellt inom en förvaltning alternativt inom VGR:s förvaltnings- och styrmodell för IS/IT*

RENNIS

## 3 RISKHANTERING

### 3.1 Mål

Risker som kan påverka Västra Götalandsregionens informationssäkerhet ska identifieras, analyseras och hanteras.

### 3.2 Utgångspunkt

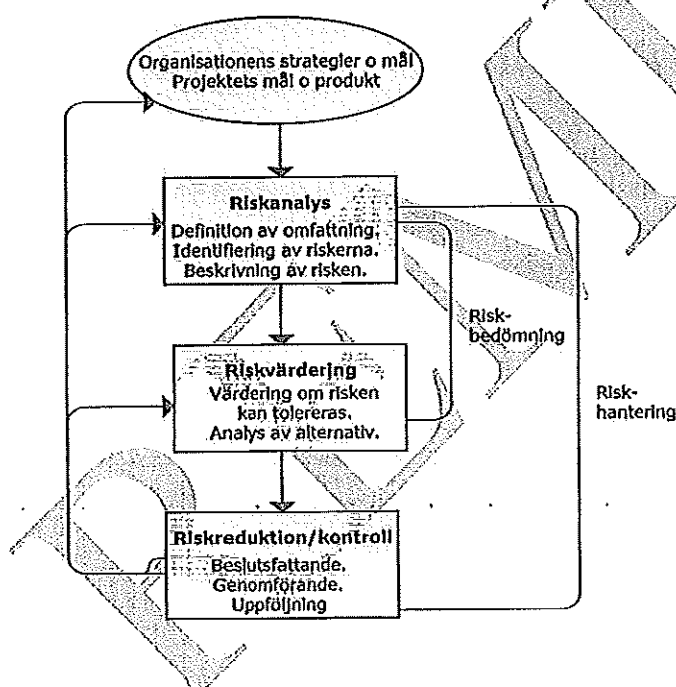
Ramverket för säkerhet och perspektiven "före–under–efter" tillämpas såväl för informations-säkerhet som för annat säkerhetsarbete. Tyngdpunkten ligger på det förebyggande arbetet där riskhantering är en grundläggande aktivitet.

Allt säkerhetsarbete utgår från det som är skyddsvärt för VGR och medborgarna.

### 3.3 Riskhantering och riskanalys

Riskhantering är samordnade aktiviteter för att leda och styra en organisation med avseende på risk. Riskhanteringsprocessen i Västra Götalandsregionen är en generisk modell, som ska tillämpas av varje verksamhet och vara en del av beslutsunderlaget inför förändringar.

Schematisk bild av riskhantering



Modellen för riskhantering bygger på följande steg:

1. Identifiera och säkerställ en mottagare av riskanalysen.
2. Välj och beskriv analysobjektet (t ex projekt, process, rutin, organisation, IS/IT-tjänst).
3. Identifiera hot och sårbarheter.
4. Bedöm sannolikhet och konsekvens, för att värdera risken.
5. Ta fram åtgärdsförslag.
6. Överlämna analysen till beslutsfattare för beslut om åtgärd, alternativt;
  - åtgärda för att förhindra eller lindra risken
  - acceptera risken
  - överför risken till annan part (försäkring)
  - undvik risken genom att inte tillåta aktiviteter som innebär att riskerna uppstår

## 7. Genomför beslutade säkerhetsåtgärder.

Riskhantering ska som minimum genomföras vid:

- Etablering av nya IS/IT-system
- Organisationsförändringar som kan påverka informationsbehandlingen
- Tekniska förändringar i infrastruktur eller programvaror, som kan påverka informationsbehandlingen

### **3.4 Uppföljning**

För att kontrollera om effekten är den önskade ska genomförda aktiviteter och fattade beslut dokumenteras och följas upp.

### **3.5 Ansvar**

Ansvar för riskhanteringen följer linjen, vilket innebär att resp. förvaltning ska integrera riskhanteringsprocessen och dess aktiviteter i det egna ledningssystemet. Det ska tydligt framgå i vilka forum som beslut om åtgärder fattas.

I regionens förvaltningsmodell för IS/IT ansvarar respektive informations- och resursägare för att riskhanteringsprocessen genomförs i samverkan med berörda verksamheter. Samma beslutsvägar tillämpas som för övriga objektbeslut.

### **3.6 Eskalering av hot och risker av regiongemensam karaktär**

Hot och risker som inte kan hanteras i linjen eller inom VGR:s förvaltningsmodell för IS/IT ska eskaleras till säkerhetsdirektören, för beredning i det regionala riskhanteringsrådet och därefter beslut av regiondirektör alternativt beslut i lämplig politisk församling.

## 4 STYRNING AV INFORMATIONSTILLGÅNGAR

### 4.1 Mål

All information och övriga informationstillgångar ska vara kopplade till en ägarföreträdare, som har ansvar för att informationen och resurserna klassificeras och skyddas på rätt sätt.

### 4.2 Utgångspunkt

Informationssäkerhetsarbetet ska ske utifrån generella säkerhetskrav (informationssäkerhetspolicy och riktlinjer) och de specifika säkerhetskrav som ställs av verksamheten genom informationsklassificering.

### 4.3 Märkning av handlingar

Tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) styr hur allmänna handlingar ska hanteras i offentlig verksamhet. Allmän handling ska lämnas ut på begäran, under förutsättning att den inte omfattas av sekretess.

I Västra Götalandsregionen används följande märkning för handlingar som ännu inte är upprättade eller offentliga:

- Utkast Minnesanteckning – bakgrundsmaterial som har tillkommit endast för ärendets beredning eller föredragning, dock inte till den del den tillför ärendet sakuppgift.
- Sekretessbelagd Handling som är sekretessbelagd med stöd av Offentlighets- och sekretesslagen

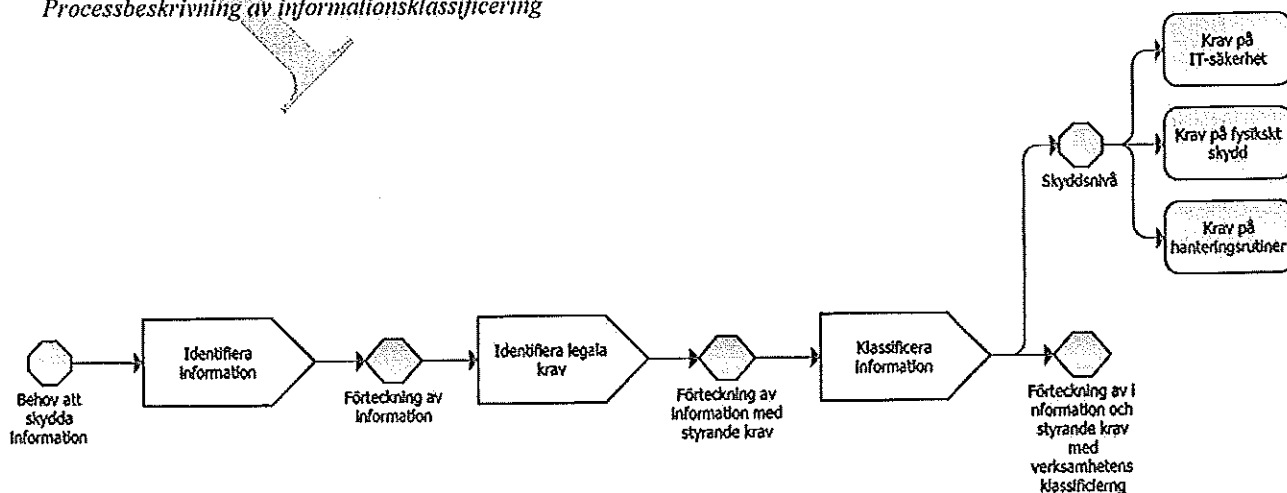
### 4.4 Informationsklassificering

Informationsägaren ska styra och skydda informationstillgångarna, med utgångspunkt från det värde informationen har för verksamheten. Informationsklassificering är därför en grundläggande aktivitet, för att kravställa skyddsåtgärder och skydda informationen på rätt sätt.

Inom regionens förvaltningsmodell för IS/IT är objektägare verksamhet ansvarig för att informationsklassificering görs ur ett verksamhetsperspektiv och blir en del av objektplanen.

Övriga informationstillgångar (som inte tillhör ett objekt) hanteras inom respektive förvaltning.

Processbeskrivning av informationsklassificering



#### 4.4.1 Identifiera informationstillgångar

Första steget är att identifiera, vilken information som hanteras inom avgränsningen för klassificeringen. Utgångspunkten är verksamhetsperspektivet och vilken information som behövs/produceras i verksamhetsprocessen/objektet. Även de resurser som krävs för att hantera informationen identifieras.

#### 4.4.2 Identifiera legala krav

Nästa steg är att identifiera de legala krav som är tillämpliga för hanteringen av informationen och bedöma hur väl de uppfylls. Med legala krav avses lagkrav, föreskrifter och avtal.

#### 4.4.3 Klassificera information

Klassificeringen av informationen bestäms utifrån det värde den har i verksamhetsprocessen och vilka krav på skydd verksamheten ställer utifrån följande begrepp:

- **Tillgänglighet** – möjligheten att utnyttja informationstillgångar efter behov i förväntad utsträckning och inom önskad tid
- **Riktighet** – skydd av informationen så att den är och förblir korrekt och fullständig
- **Konfidentialitet** – att informationen är tillgänglig endast för den som är behörig
- **Spårbarhet** – möjligheten att i efterhand identifiera genomförda åtgärder

Klassificeringen genomförs med stöd av VGR:s metod, se "Tillämpningsanvisning för klassificering". Utgångspunkten för att bestämma klassificeringsnivå är, att det görs en bedömning av konsekvenser vid bortfall av vart och ett av ovanstående begrepp, se matris i bilagan.

Klassificering ska genomföras med särskilt fokus på klassificering vid:

- nyutveckling och förändring av IS/IT-tjänster
- organisations- och rutinförändringar
- upphandling och outsourcing av IS/IT-tjänster/system

### 4.5 Skyddsnivåer

Informationsklassificeringen ska leda till funktionella säkerhetskrav på tekniken samt hanteringsrutiner i verksamheten, som tillsammans uppfyller en säkerhetsnivå som motsvaras av klassificeringen – rätt säkerhet.

#### 4.5.1 Skyddsnivå i verksamhet

Informationsägaren ansvarar för att det finns tydliga tillämpningsanvisningar eller instruktioner för hur informationen får hanteras i verksamheten.

Reglerna ska omfatta bland annat spridning, lagring, kommunikation och destruktion.

Regler och skyddsåtgärderna ska även omfatta olika typer av bärare av information som USB-minnen, DVD-skivor, ljudinspelningar, fotografier, telefoner, läsplattor, pappersdokument, m.m.

#### 4.5.2 Skyddsnivå IS/IT-tjänster och fysiskt skydd

Resursägaren ansvarar för att det finns tekniska lösningar och administrativa driftrutiner som motsvarar informationsägarens klassificering.

IS/IT-direktören ansvarar för att det finns skyddsåtgärder som kan tillgodose de tekniska säkerhetskrav och administrativa drifrutiner, som svarar mot de olika klassificeringsnivåerna, se matris för funktionella säkerhetskrav i bilaga 2. Se även punkt 7.3.

Resursägaren (Se Kap. 2 Organisation "*Resursägare - objektägare IT*") ansvarar för att skyddsåtgärder regelbundet uppdateras och finns med i avtal med extern leverantör av IS/IT-tjänst.

#### **4.6 Säkerhetsdeklaration**

För viss typ av IS/IT-tjänst/-funktion är informationsklassificering inte tillämpligt. Då är det lämpligare att genomföra en säkerhetsdeklaration. Syftet med denna är att deklarerat vilken säkerhetsnivå tjänsten/funktionen levererar. Detta utgör ett underlag för styrning av användningen.

Objektägaren ansvarar för att fastställa säkerhetsdeklarationen och, om så behövs, kommunicera hanteringsrutiner.

REMISS

## **5 PERSONAL OCH SÄKERHET**

### **5.1 Mål**

*Alla medarbetare, som hanterar regionens informationstillgångar, ska ha kännedom om regionens regelverk och tillräcklig kompetens, för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt.*

### **5.2 Utgångspunkt**

När begreppet medarbetare används avses även uppdragstagare och externa leverantörer.

### **5.3 Före anställning**

#### **5.3.1 Rekrytering av medarbetare**

Personens formella meriter (utbildning, yrkeslegitimation, referenser etc) ska kontrolleras och den sökandes identitet ska verifieras.

Vid rekrytering eller befordran till särskilt informationssäkerhetskritiska arbetsuppgifter, ska flera och mer detaljerade kontroller övervägas. Kontrollen sker av berörd personalfunktion utifrån deras särskilda rutiner.

Efter samtycke från berörd person kan personalfunktion, i samråd med verksamheten, genomföra registerkontroll. Registerutdrag på anställd personal ska, av personalfunktion och verksamhetsansvarig, i varje enskilt fall prövas mot gällande lagstiftning.

Det ska i anställnings- eller arbetsvillkor vara tydligt vilken information som ägs av arbetsgivaren och som inte får förstöras, kopieras eller röjas vid t.ex. avslutande av tjänst.

#### **5.3.2 Sekretess**

Inom den offentliga sektorn är sekretess för de anställda reglerat i lag. Sekretessförbindelse är därför inte möjlig att använda, utan ersätts av en påminnelse om sekretess. Anställda ska skriva under att man mottagit påminnelse om sekretess. Anställda kan inte avkrävas någon tystnadsplikt utöver vad som anges i Offentlighets- och sekretesslagen samt Yttrandefrihetsgrundlagen.

Inom sjukvården ska det i påminnelse om sekretess anges, vilka regler som gäller för inre respektive yttre sekretess, för rätten att ta del av eller vidarebefordra patientuppgifter.

Personer som inte har en anställning i Västra Götalandsregionen, exempelvis studerande, konsulter och andra som använder regionens resurser för informationsbehandling, ska också informeras och skriva under sekretessförbindelse.

### **5.4 Under anställning**

#### **5.4.1 Regelbunden utbildning av alla medarbetare**

Chef har ansvar för att alla medarbetare får utbildning och information inom området informationssäkerhet, inklusive betydelsen av avvikelserapportering. Vid förändringar och tillägg av informationssäkerhetsregelverket, har varje chef ansvar för att de blir kända av medarbetarna.

#### **5.4.2 Disciplinär process**

Vid misstanke om brott mot gällande lagstiftning, ska ansvarig chef och HR-avdelningen informeras och polisanmälan upprättas.

Vid misstanke om brott mot gällande regelverk inom Västra Götalandsregionen, ska detta hanteras på motsvarande sätt, med undantag för polisanmälan.

#### **5.5 Upphörande eller förändring av anställning**

Det ska på förvaltningsnivå finnas rutiner, som är utformade på ett sådant sätt att de snabbt anpassar persons tillgång till information och data i samband med organisationsförändringar, förändrade arbetsuppgifter eller upphörande av anställning. Se även kapitel 8, Åtkomst till information.

RENMIS

## 6 FYSISK SÄKERHET

### 6.1 Mål

*Västra Götalandsregionens information samt övriga informationstillgångar, som exempelvis lokaler och den utrustning som används för informationshantering, ska skyddas på en nivå som identifierats genom informationsklassificering.*

### 6.2 Omfattning

Kraven på fysiskt skydd finns beskrivna i "Tillämpningsanvisning för fysiskt skydd" och ska tillämpas för alla lokaler där information hanteras samt för all utrustning som används för informationshantering. Information och utrustning ska skyddas på ett likvärdigt sätt oavsett om den hanteras innanför eller utanför regionens lokaler.

REMISS

## 7 KOMMUNIKATION OCH DRIFT

### 7.1 Mål

*Drift och förvaltning av IS/IT-miljö, system och tillhörande resurser ska ske utifrån fastställda anvisningar för gemensam infrastruktur och de specifika säkerhetskrav som ställs av verksamheten genom informationsklassificering.*

### 7.2 Omfattning

VGR:s verksamhet bygger på informationshantering i ett stort antal system, tjänster och resurser. För att få rätt nivå på säkerhet i denna helhet krävs tydlig ansvarsfördelning för att säkerhetskraven från informationsägaren ska tas om hand av olika system- och resursägare.

Det ska finnas en IT-säkerhetsstrategi, som leder till en långsiktig säkerhetsarkitektur för VGR. Arkitekturen ska vara dokumenterad och följa regionens ledningssystem för informationssäkerhet.

IS/IT-direktören ansvarar att upprätta och förmedla en aktuell beskrivning av skyddsnivåer enligt modellen för informationsklassning. Skyddsnivåerna ska användas för både interna och externa system- och resursägare.

Kraven på drift och kommunikation finns beskrivna i "Tillämpningsanvisningen för kommunikation och drift" och ska tillämpas i drift och förvaltning av VGR:s informationsbehandlingsresurser. Kraven ska även ställas på externa leverantörer som nyttjas för drift, förvaltning och kommunikation.

Information och utrustning ska skyddas på ett likvärdigt sätt oavsett om den hanteras innanför eller utanför regionens lokaler.

## 8 ÅTKOMST TILL INFORMATION

### 8.1 Mål

*Användare ska ha tillgång till rätt information på rätt sätt för sin arbetsuppgift och vara medveten om sitt personliga ansvar.*

*Lämpliga krav på spårbarhet ska finnas omsatta i all informationshantering, samtidigt som den personliga integriteten värnas.*

### 8.2 Utgångspunkt

Åtkomst till information ska ges enligt klart definierade principer, tydliga ansvarsförhållanden och enhetliga metoder. Det ska finnas ansvar, rutiner och tekniska skyddsåtgärder som styr användares åtkomst till information, nätverk och operativsystem. Detta gäller även för externa IS/IT-tjänster och mobil utrustning.

Informationsägaren ska genom informationsklassificering bestämma vilka krav på identifiering och behörigheter som ska ställas. System och struktur för digital identifiering ska finnas i regionens IS/IT-miljö.

### 8.3 Digital identitet

Personliga och unika elektroniska användaridentiteter ska användas av alla medarbetare i Västra Götalandsregionen och tilldelas genom en tydlig rutin.

### 8.4 Behörighet

Informationsägaren, eller vårdgivaren inom hälso- och sjukvård, ansvarar för att det finns villkor och rutiner för vilka som får behörighet till data och information. Reglerna ska omfatta vad som krävs, av vem och hur beslut fattas samt när uppföljning av behörigheter ska ske.

Principen för tilldelning av behörigheter är att den ska vara begränsad till vad som krävs för att utföra arbetsuppgiften på ett kvalitativt sätt. Den ska följa fastställd rutin, samt föregås av en behovs- och riskanalys. Respektive chef är ansvarig för att analys genomförs och att godkända behörigheter.

#### 8.4.1 Granskning av användarrättigheter

Ansvarig chef/uppdragsgivare ska, med stöd av utdrag från behörighetsadministrationen, årligen granska, och vid behov revidera, sina medarbetares åtkomsträttigheter.

#### 8.4.2 Förändring av anställning

Chef/uppdragsgivare är också ansvarig för att avsluta behörigheter och att utrustning återlämnas. Den nya chefen/uppdragsgivaren ansvarar för att beställa nya behörigheter och utrustning.

#### 8.4.3 Avslut av användarkonto

Alla anställdas, uppdragstagares och tredjepartsanvändares rättigheter till information, IS/IT-system och lokaler ska dras in när anställningen/avtalet/överenskommelsen upphör eller förändras. Information i e-postlåda, hemkatalog eller liknande ska gallras före avslut av anställning. Ansvarig chef avgör till vem behövlig information ska överlämnas. Eventuell kvarvarande information ska vara åtkomlig för ansvarig chef under tolv månader. Därefter fattar ansvarig chef beslut om gallring och arkivering.

#### **8.4.4 Behörighet för admin- och root-konton**

Särskilda rättigheter som exempelvis administratörsrättigheter ska endast delas ut där så är uttryckligen nödvändigt och då ska rättigheterna vara tidsbegränsade.

I de fall informationens karaktär eller behörighetens möjliga inverkan på VGR:s säkerhet bedöms som betydande ska en riskanalys genomföras som underlag om åtkomst ska ges.

#### **8.4.5 Lösenord**

I första hand ska inloggning ske med TjänsteID+. Där så inte är möjligt, ska lösenord konstrueras så att en tillräckligt god kvalitet efter systemets möjligheter och säkerhetsbehov uppnås.

### **8.5 Information om säkerhetssystem**

Information och data som rör säkerhets- eller bevakningsåtgärder med avseende på regionens fysiska infrastruktur, ska hanteras så att obehöriga inte kan ta del av den.

### **8.6 Åtkomst till Information och IS/IT-tjänster**

#### **8.6.1 Privat användning**

Västra Götalandsregionens tekniska utrustning är avsedd för arbetsrelaterade uppgifter. Privat användning av utrustningen ska präglas av måttfullhet och användarens goda omdöme, så att den inte innebär säkerhetsrisker för regionens IS/IT-miljö eller stör regionens verksamhet eller rykte.

#### **8.6.2 Internet**

Västra Götalandsregionens grundläggande värderingar bygger på god etik och moral, vilket innebär att det inte är tillåtet att besöka sidor som innehåller pornografiskt material, hot, förtal, våld, terror, rasism, hets mot folkgrupp, mobbning, brott mot diskrimineringslagen eller uppmaning till droganvändning. Arbetsrelaterat undantag kan beviljas enligt upprättad rutin.

Samma begränsning gäller för besökare, patienter, studerande och andra användare som ges tillgång till regionens nät.

Om patienter ges möjlighet att använda regionens tekniska utrustning för internetuppkoppling, ska de begränsningar av användningen göras, som krävs för att skydda produktionsmiljö och utrustning. Begränsning av användning av teknisk utrustning kan också göras utifrån medicintekniska skäl.

Representerar en person Västra Götalandsregionen på sociala nätverk eller liknande, har denna ett ansvar att regionens policy, etik och god sed följs. Användaren ska också vara medveten om att besök på webbplatser lämnar elektroniska spår efter sig och med dessa kan andra registrera vilka webbplatser regionens medarbetare besökt.

#### **8.6.3 Åtkomst till regionens informationstillgångar över internet**

Åtkomst till regionens interna informationstillgångar över internet eller andra externa nät, får endast ske genom säker uppkoppling, vilket innebär behörighetskontroll, skyddad överföring, t.ex VPN. Styrning av åtkomsten ska kunna ske, så att den begränsas till nödvändiga IS/IT-system.

IS/IT-direktören ansvarar för att IS/IT-tjänsten "säker uppkoppling" uppfyller informationsägarens krav i informationsklassificering och är en del av tjänsteportföljen. Objektägare tar beslut om det ska vara tillåtet att använda IS/IT-systemet på distans (utanför VGRnet). Säkerhetskraven i gällande regelverk om informationssäkerhet ska vara uppfyllda. Ansvarig chef beslutar om distansåtkomst för den enskilde medarbetaren. En behovs-/riskanalys ska ligga till grund för beslutet.

## **8.7 Säkerhetskrav avseende patientinformation**

Vid hantering av patientinformation inom Västra Götalandsregionen ska Patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrift *Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården* följas. Tillämpning av dessa beskrivs i *Regionövergripande villkor för behörighet, spärr och logg (RSK 771-2008)*.

### **8.7.1 Överföring av och åtkomst till patientuppgifter**

Västra Götalandsregionens tekniska nätverk är att betrakta som ett öppet nätverk. Detta innebär att patientuppgifter inte får kommuniceras utan godtagbart skydd. Olika tekniska skyddsåtgärder ska användas, som exempelvis kryptering, digital signatur och stark autentisering.

### **8.7.2 Patientåtkomst till egen journal**

Patienter får ges direktåtkomst till sin journal, om säkerhetskrav enligt Socialstyrelsens föreskrifter tillämpas. Detta kräver stark autentisering, vilket innebär att vårdgivaren använder inloggningslösningar som ställer krav på att identiteten säkerställs genom en tvåfaktorslösning samt att kommunikationen krypteras.

### **8.7.3 Kommunikation med medborgare/patienter om person- och patientinformation**

Om information kommuniceras elektroniskt mellan medborgare/patient och vårdgivare är verksamheten ansvarig för att:

- samtycke för att förmedla patient och personuppgifter elektroniskt är inhämtat från patienten
- patienten/medborgaren är entydigt identifierad
- teknik för skydd (kryptering) av kommunikation används

## **8.8 Spårbarhet**

Det skall entydigt gå att härleda aktiviteter i ett IS/IT-system till en identifierad användare eller process. Informationsklassificering ska ligga till grund för lämpliga skyddsåtgärder.

### **8.8.1 Loggning**

Loggning är kontinuerligt insamlade av information om de aktiviteter som utförs i ett IS/IT-system. Utöver lågreglerade krav ska informationsägarens krav på spårbarhet ligga till grund för vad och hur mycket som ska loggas.

Loggarna ska ge information om;

- entydigt användarens identitet
- inom hälso- och sjukvård gäller även uppgifter om patientidentitet, användaridentitet, verksamhetsenhet och utförd åtgärd
- datum och tidpunkt för på- och avloggning
- aktiviteter som har genomförts, vilken information som varit tillgängligt
- registrering av lyckade och misslyckade påloggningsförsök
- registrering av lyckade och misslyckade försök till åtkomst av data och andra resurser

Loggarna ska tekniskt skyddas mot ändring eller annan påverkan.

### **8.8.2 Granskning av loggar**

Vårdgivaren ansvarar för att det inom hälso- och sjukvårdens ledningssystem finns rutiner, som säkerställer hantering av loggar.

I andra verksamheter ansvarar informationsägaren för en löpande granskning av loggar.

### **8.8.3 Gallringstid och hantering av loggar**

Gallringstid av loggar styrs av berörd lagstiftning och verksamhetens behov av att kunna spåra aktiviteter i IS/IT-system.

## **8.9 Rättelse, blockering och utplånande av personuppgifter**

IS/IT-system i Västra Götalandsregionen ska, enligt bestämmelser i Personuppgiftslagen och Patientdatalagen, vara utformade så att rättelse, blockering och utplånande av personuppgifter är möjligt.

## **8.10 Hantering av skyddade personuppgifter**

Vid utveckling av IS/IT-system ska särskild hänsyn tas till att ett adekvat skydd för personer med skyddade personuppgifter säkerställs och omfattar såväl anställda som patienter, elever, osv. Se särskilda riktlinjer.

## **8.11 Arkivering**

Arkiverad data eller information ska lagras i ett sådant format, att de är möjliga att läsa under hela bevarandetiden. Krav på tidsbestämt långtidsbevarande av information finns i exempelvis Patientdatalagen, Bokföringslagen och Arkivlagen. Dessa krav kan komma att ändras över tiden. Verksamhet ska alltid samråda med Regionarkivet och tillämpa gällande arkivreglemente.

## **9 HANTERING AV INFORMATIONSSÄKERHETS-INCIDENTER**

### **9.1 Mål**

*Process, organisation och resurser för avvikelse- och incidenthantering skall finnas, för att mildra effekter, förhindra upprepande och underlätta återgång till verksamhet på normal nivå, då någon form av säkerhetsincident inträffat.*

### **9.2 Utgångspunkt**

Det ska finnas ansvar och rutiner för rapportering, eskalering och uppföljning av informationssäkerhetsincidenter inom Västra Götalandsregionen och varje förvaltning/bolag. Reglerna berör inte enbart händelser, utan även sårbarheter som kan göra att löt förverkligas till incidenter.

En händelse som kan innebära en kris ska eskaleras enligt Regional Krisplan (RSK 136-2010).

### **9.3 Medarbetares skyldighet**

Det är ett krav att varje medarbetare omgående rapporterar sårbarheter, avvikelser och incidenter inom informationssäkerhetsområdet. Rapportering ska ske till närmaste chef eller till den som av chef utsetts att ta emot dessa anmälningar. Registrering i regionens system för avvikelser ska också ske.

I de fall rapportering till närmaste chef bedöms olämplig, ska rapport om brister i informationssäkerheten lämnas till förvaltningens samordnare för informationssäkerhet eller säkerhetsdirektören.

### **9.4 Verksamhetsansvarigs skyldighet**

Vid allvarigare händelse ska en händelse-/orsaksanalys genomföras. Även vid mindre allvarliga händelser där det finns ett viktigt lärandeperspektiv bör analys göras. På begäran av verksamheten ska regionens IS/IT-organisation bidra och delta i händelseanalysen.

Vid händelse som gäller personuppgifters riktighet och när den enskildes integritet kan ha kränkts, ska personuppgiftsombudet (PuO) informeras.

### **9.5 IT-levererande parts skyldighet**

IT-levererande part har skyldighet att skapa rutiner och organisation för att hantera IS/IT-incidenter. I rutinen ska ingå att alltid skapa incidentrapport som ska delges berörda parter.

I syfte att identifiera systematiska fel och åtgärda dessa ska händelse-/orsaksanalys genomföras. Analys kan initieras av IT-levererande part, förvaltning eller begäras av drabbad verksamhet.

Även vid händelser av mindre karaktär har IT-levererande part skyldighet att samverka med berörda verksamheter och vid behov informera övriga verksamheter, som perifert kan påverkas,

Av krishanteringsplanen framgår också att IT-levererande part har skyldighet att utforma krishanteringsklausul och avbrottsplan i avtal mellan leverantör av tjänster/varor och Västra Götalandsregionen, samt att vid behov ingå i berörda verksamheters krisorganisation.

### **9.6 Uppföljning av incidenter**

Uppföljning av incidenter ska ske enligt Västra Götalandsregionens rutiner och i två olika nivåer:

- Uppföljning av enskilda incidenter. För att kartlägga bland annat orsak, förlopp och vilka eventuella ytterligare säkerhetsåtgärder som kan behövas för att förhindra att liknande incidenter inträffar
- Regelbunden uppföljning av samtliga incidenter. För att urskilja eventuellt mönster och systematiska felkällor och kunna införa förbättringsåtgärder. Rapporter sammanställs av förvaltare för regionens avvikelshanteringssystem.

### **9.7 Rapportering av händelser**

Händelser av större och/eller allvarligare karaktär ska analyseras och rapporteras till säkerhetsfunktionen på Regionkansliet. På begäran av säkerhetsdirektören ska det genomföras en händelse-/orsaksanalys och, där detta bedöms adekvat, rapporteras till regionstyrelsen.

En händelse som kan innebära kris ska eskaleras enligt regional krishanteringsplan.

RENNIS

## 10 KONTINUITETSPLANERING

### 10.1 Mål

*Det ska finnas kontinuitetsplanering, för att säkerställa tillgång till information och funktioner som krävs, för att upprätthålla av ledningen prioriterad verksamhet. Planeringen ska regelbundet testas och uppdateras.*

### 10.2 Utgångspunkt

Med kontinuitetsplanering avses den planering som behövs, för att minimera de negativa effekter, som kan bli resultatet av olika typer av avbrott i tillgång till informationen. Avbrotten kan vara av olika karaktär, allt från störningar till katastroftillstånd.

Avsikten med planeringen är, att upprätthålla kritiska verksamhetsprocesser och, så snabbt som möjligt efter ett avbrott, återgå till normalläge med korrekt och fullständig information.

### 10.3 Arbetet med kontinuitetsplanering

För att detta ska kunna uppnås måste kontinuitetsplanering ur informationssäkerhetssynpunkt integreras med verksamhetens övergripande kontinuitetsplanering. Detta innebär bland annat att det ska finnas beskrivet vilka risker verksamheten är utsatt för. Likaså ska processbeskrivningar över de väsentliga verksamhetsprocesserna tas fram och dessa definieras som kritiska. Dessa två punkter leder fram till vad som ska göras, men det är lika viktigt att tilldela ansvar för olika aktiviteter, från planering till konkret genomförande, i en akut situation samt efterarbete.

Kontinuitetsplaneringen ur informationssäkerhetssynpunkt innehåller två delar. En del är verksamhetens kontinuitetsplan. Den andra delen är den avbrottsplan som IT-levererande part och övriga resursägare ska ha och som ska svara mot verksamhetens ställda krav.

Planerna ska finnas tillgängliga för de medarbetare som ingår i aktiviteterna, men förvaras skyddat, så att inte känslig information blir åtkomlig för obehöriga.

Kontinuitetsplanen ska fortlöpande stämmas av med verksamhetens krishanteringsplan, för att säkerställa att dessa fungerar effektivt tillsammans.

Kontinuitetsplanen bör regelbundet testas/övas, utvärderas och revideras.

### 10.4 Verksamhetens ansvar

Förvaltningschef ska, som grund för kravställning mot IS/IT-leverantören, identifiera kritiska verksamhetsområden och informationsprocesser. Syftet är att i samband med störningar och krissituationer kunna prioritera och säkerställa verksamhetens funktionalitet.

I verksamhetens kontinuitetsplan ska ingå manuella rutiner för alternativ drift utan informationssystem, Personal ska utbildas och rutiner ska årligen testas.

### 10.5 Informationsägarens ansvar

Informationsägaren ansvarar för att kontinuitets- och avbrottsplan harmoniserar med varandra.

### 10.6 Resursägarens ansvar

Resursägaren ansvarar för att upprätta en avbrottsplan, som tar sin utgångspunkt ifrån verksamhetens prioritering och informationsklassificering

## 11 UPPFÖLJNING

### 11.1 Mål

*Informationssäkerheten ska, som en del av den ordinarie verksamhetsredovisningen, regelbundet följas upp på central nivå och inom respektive nämnd, styrelse och bolag.*

### 11.2 Utgångspunkt

Enligt regionens informationssäkerhetspolicy ska informationssäkerhetsarbetet regelbundet följas upp.

Uppföljningen av informationssäkerhet är ett av de områden som nämnder, styrelser och bolag redovisar i den årliga säkerhetsredovisningen.

### 11.3 Uppföljning av efterlevnad

Funktion för informationssäkerheten inom en förvaltning eller ett bolag ska kontinuerligt följa upp informationssäkerhetsarbetet och säkerställa att informationssäkerhet ingår som ett område i styrelsens årliga säkerhetsredovisning.

Säkerhetsdirektören ansvarar för sammanställning och analys till regionstyrelsen av förvaltningar och bolags säkerhetsredovisning. Säkerhetsdirektören kan dessutom vid behov initiera oberoende granskning av informationssäkerheten inom regionen.

#### 11.3.1 Revisorernas uppgift

Regionens revisorer har bl.a. till uppgift att granska om ledning, styrning, ansvar och kontroll av informationssäkerheten är tillfredsställande och i linje med politiskt fattade beslut.

#### 11.3.2 Personuppgiftsombudets granskningar

Skyddet för den personliga integriteten och efterlevnad av personuppgiftslagen och patientdatalagen granskas särskilt av personuppgiftsombudet.

Personuppgiftsombudet är också den enskildes kontaktyta för att få registerutdrag och hjälp för att få uppgifter rättade eller raderade.

#### 11.3.3 Revision av IT-säkerhet

En årlig revision avseende den tekniska säkerheten för infrastrukturen och IT-driften ska göras av VGR IT. I de fall då driften finns hos extern leverantör, ska det i avtalet finnas inskrivet krav på motsvarande revision med VGR IT som mottagare.

Denna revision utgör ett underlag som lämnas in till den övergripande säkerhetsredovisningen till regionstyrelsen.

#### 11.3.4 Vårdgivarens uppföljning

Enligt socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalhantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) ställs särskilda krav på att informationssäkerhetsarbetet redovisas till vårdgivaren, d.v.s regionstyrelsen.

Underlag för denna rapportering utgörs av relevanta förvaltningar och bolags årliga säkerhetsredovisning, revision av IT-säkerhet (se ovan) samt årlig rapportering av objektägare som omfattar:

- granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informations säkerhetspolicyn
- riskanalyser som har utförts avseende informations säkerheten, och
- vidtagna förbättringsåtgärder

Säkerhetsdirektören ansvarar för sammanställning och analys. Rapporteringen utgör ett särskilt område i den årliga säkerhetsredovisningen samt patientsäkerhetsberättelsen.

REMISS

## 12 BILAGA 1 - TERMER OCH DEFINITIONER

För användningen av detta dokument gäller följande termer och definitioner:

### **allvarlig händelse**

händelse som är så omfattande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. (Krishanteringsplan Västra Götalandsregionen, RSK 136-2010)

### **behörighet**

tilldelade åtkomsträttigheter i IS/IT-tjänst

### **information**

med information avses alla former från enskilda medarbetares kunskaper till information lagrad i IS/IT-system.

### **Informationsbehandlingsresurser**

system, tjänst eller infrastruktur för informationsbehandling, eller de lokaler där dessa finns

### **informationssäkerhet**

bevarande av konfidentialitet (insynsskydd), riktighet, spårbarhet och tillgänglighet hos information

### **informationssäkerhetsincident**

enskild eller en serie oönskade eller oväntade informationssäkerhetshändelser vilka med stor sannolikhet kan äventyra verksamheten och hota informationssäkerheten

### **informationstillgång**

Informationstillgång – en organisations informationsrelaterade tillgångar, vilka utgör ett värde och därmed är skyddsvärda. Exempel på informationstillgångar är: Information (kunddatabas, metodik, dokument, etc.), program (applikation, operativsystem, etc.), tjänster (Internetförbindelse, elförsörjning, etc.), fysiska tillgångar (dator, bildskärm, telefon, etc.). Informationstillgångar kan vara av fysisk eller logisk karaktär, eller bådadera.

### **Informationsägare**

regionstyrelsen är ägare av regionens samlade informationstillgångar Respektive nämnd, styrelse och bolagsstyrelse företräder regionen inom sitt ansvarsområde och ansvaret följer ordinarie linjeansvar. Företräds, i tillämpliga delar, av Objektägare verksamhet när informationen ingår i ett av regionens förvaltningsobjekt för IS/IT.

### **IT-säkerhet**

Säkerhet beträffande IT-system med förmåga att förhindra obehörig åtkomst och obehörig eller oavsiktlig förändring eller störning vid databehandling samt dator- och telekommunikation.

### **hot**

möjlig, oönskad händelse med negativa konsekvenser för verksamheten.

### **konfidentialitet (Insynsskydd)**

informationen är tillgänglig endast för den som är behörig att ta del av och använda den.

### **objektägare verksamhet, /-ledare, -samordnare, -specialist**

roller inom regionens IS/IT-modell som företräder verksamhetssidan

### **objektägare IT, /-ledare, -samordnare, -specialist**

roller inom regionens IS/IT-modell som företräder tekniksidan

### **perimeterskydd**

skydd och kontroll vid öppningar i VGR-net mot andra externa nät

### **personuppgift**

all slags information, som direkt eller indirekt kan knytas till en fysisk person som är i livet. Även bild- och ljuduppgifter om en fysisk person räknas som personuppgifter, även om inga namn nämns. Krypterade eller kodade uppgifter är också personuppgifter om någon har en nyckel som kan koppla dem till en person.

**personuppgiftsansvarig**

den som ensam eller tillsammans med andra bestämmer ändamålen med och medlen för behandling av personuppgifter

**personuppgiftsombud**

den fysiska person som efter förordnande av den personuppgiftsansvarige självständigt ska se till att personuppgifter behandlas på ett korrekt och lagligt sätt

**policy**

övergripande avsikt och viljeinriktning formellt uttryckt av ledningen

**resursägare**

är den som äger teknik, infrastruktur eller IS/IT-tjänster. Motsvarar rollen objektägare IT om resursen ingår i regionens förvaltningsmodell för IS/IT.

**risk**

produkten av sannolikheten för en händelse och dess konsekvenser

**riskanalys**

process, som identifierar hot mot verksamheten och uppskattar storleken hos relaterade risker.

**riskbedömning**

övergripande process för riskanalys och riskvärdering

**riskhantering**

samordnade aktiviteter för identifiering, styrning och kontroll av risk.

**riktighet**

skydd av information, så att den är och förblir korrekt och fullständig.

**riskvärdering**

process där uppskattad risk jämförs med uppsatta riskkriterier för att avgöra riskens betydelse

**skadlig kod**

en generisk term för skadliga datorprogram är "skadlig kod" Virus är en typ av skadlig kod. En besläktad företeelse är "maskar" som inte behöver någon hjälp från användare för att spridas.

**sårbarhet**

brist i skyddet av en tillgång exponerad för hot.

**spårbarhet**

möjligheten att i efterhand visa hur och av vem informationstillgången har hanterats.

**säkerhetsåtgärd**

medel för hantering av risk, innefattandes policyer, rutiner, riktlinjer, förfaranden eller organisationsstrukturer vilka kan vara av administrativ, teknisk, ledningsmässig eller juridisk karaktär

**tillgång**

allt som är av värde för organisationen

**tillgänglighet**

möjligheten att utnyttja informationstillgång efter behov, i förväntad utsträckning och inom önskad tid.

**tillämpningsanvisning**

beskrivning som klargör vad som ska göras och hur, för att nå målen som fastslagits i regelverken

**tredje part**

den person eller den organisation som, av berörda parter, erkänns som oberoende vad beträffar det aktuella sammanhanget

|                       |                                      |           |  |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------|--|
| Dokumenttyp           | Övergripande dokument                | Utgåva nr |  |
| Tillämpningsanvisning | Riktlinjer för informations-säkerhet |           |  |
| Dokumentansvarig      | Version                              | Dnr       |  |
| Valter Lindström      | 1.0                                  |           |  |
| Beslutad av           | Giltig från                          | Ersätter  |  |

**TILLÄMPNINGSSANVISNING**  
**FÖR**  
**FYSISK SÄKERHET**

## **1 Utgångspunkt**

Information och utrusning ska skyddas på ett likvärdigt sätt oavsett om den hanteras innanför eller utanför regionens lokaler.

Lokal där information förvaras eller hanteras ska klassificeras, utifrån informationens skyddsvärde.

Förutom det skydd som kan skapas genom kontrollerad inpassering, gemensamma rutiner mm, har varje medarbetare som arbetar i regionen ansvar för att känslig information inte finns tillgänglig för obehöriga.

## **2 Fysiskt skydd**

Fysiskt skydd består av:

- Yttre skalskydd (Mekaniskt skydd i en byggnads omslutningsytor, vars funktion är att förhindra eller fördröja intrång och åverkan.)
- Inre skalskydd (Mekaniskt skydd i en lokals omslutningsytor, vars funktion är att förhindra eller fördröja intrång och åverkan.)
- Kablageskydd
- Bevakning
- Inbrottslarm (Teknisk installation, vars funktion är att upptäcka intrång eller åverkan.)
- Passagekontrollsystem
- Byggnadstekniskt brandskydd (Konstruktions- och installationsskydd som förhindrar och fördröjer brand- och brandgasspridning samt tekniska installationer som upptäcker brand och brandgaser.)

### **2.1 Skalskydd**

Skalskyddet ska ses som en helhet med en enhetlig skyddsnivå fastställd genom en riskanalys. Dess funktion är att förhindra, fördröja och upptäcka intrång eller åverkan.

Skalskydd (mekaniskt och tekniskt skydd) ska användas för att skydda utrymmen där information och informationsbehandlingsresurser finns. Krav på fysiskt skydd ställs av informationsägaren genom informationsklassificering. I anslutning till det mekaniska skyddet ska teknisk installation för upptäckt av obehörigt intrång eller åverkan finnas, exempelvis inbrottslarm, kameraövervakning.

Ansvaret för att upprätta och underhålla skalskyddet ska fastställas i samverkan mellan den lokalt fastighetsansvarige och verksamhetens säkerhetsansvarige eller av denne utsedd person. Gränsdragningslista ska upprättas, där det tydligt framgår vem som ansvarar för de olika delarna av skalskyddet.

#### **2.1.1 Tillträde och identifiering**

Inpassering till lokaler som inte betraktas som allmänna, ska utformas så att den utgör en tydlig avgränsning, som möjliggör att fysiskt utestänga obehöriga besökare.

Endast medarbetare och besökare med besökskort ska få tillträde till lokaler som inte betraktas som allmänna. För studerande gäller att verksamhetschef ansvarar för att de får tillträde till de lokaler som är nödvändiga.

Inom hälso- och sjukvård tillämpas särskilda regler för patienter och besökare till dessa.

## 2.2 Tillträdesgräns

Tillträdesgräns upprättas där det finns behov av behörighetskontroll. Dessa ska finnas i det yttre och inre skalskyddet samt i övriga fysiska gränser, där det finns behov av behörighetskontroll. Tillträdesgränser kontrolleras med hjälp av organisatoriska åtgärder, exempelvis bemannad reception och/eller teknisk installation som lås, passagekontrollsystem.

Innanför tillträdesgränsen kan det finnas behov av att förstärka skyddet ytterligare – skyddsvärda lokaler – med hänsyn till informationsklassificering och informationens omfång.

## 2.3 Skyddsvärd lokal

I regionens lokaler hanteras informationstillgångar med olika grad av skyddsbehov. Därför måste administrativa lokaler få ett kompletterande skydd, som motsvarar skyddsnivåerna i informationsklassificeringen.

Huvudprincipen är att endast behöriga medarbetare får vistas i skyddsvärd lokal. Extern servicepersonal, som utför arbeten i skyddsvärd lokal, ska få instruktioner om vilka rutiner som gäller för vistelsen. Ansvarig för att så sker är den som anlitar utomstående leverantör.

Kompletterande skydd ska användas då informationsklassificeringens hanteringsregler kräver detta.

## 2.4 Mycket skyddsvärd lokal

Kritiska eller känsliga informationstillgångar ska inrymmas i mycket skyddsvärd lokal med lämpliga säkerhetsavspärrningar. Mycket skyddsvärd lokal ska, för att säkerställa att endast behörig personal får tillträde, skyddas genom lämpliga tillträdeskontroller.

Som mycket skyddsvärd lokal räknas bland annat:

- Infrastrukturrum data (centralt och lokalt)
- Arkivlokaler
- Infrastrukturrum tele
- Utrymmen för korskoppling

Medarbetare ska ha kunskap om de rutiner och regler som gäller för att vistas och utföra arbetet i mycket skyddsvärd lokal.

Den befattningshavare som är ansvarig för mycket skyddsvärd lokal har ansvar för att ta fram en rutin för hur arbetet i respektive lokal får bedrivas.

## 2.5 Allmänna tillträdes-, leverans- och lastutrymmen

Platser för tillträde som t ex leverans- och lastutrymmen och andra platser där obehöriga personer kan komma in i lokalerna bör övervakas och ska avskärmas för att undvika obehörigt tillträde.

## 3 Skydd av utrustning

Den utrustning Västra Götalandsregionen använder för sin informationshantering ska i möjligaste mån skyddas, så att den inte förloras, stjäls eller skadas. Det primära syftet är att skydda lagrad information.

Som utrustning räknas bl.a. läsplattor, telefoner och USB-minnen. Även fysiska dokument ska hanteras på motsvarande sätt.

### 3.1 Placering och skydd av utrustning

Inredning av lokaler och placering av utrustning ska ske på ett sådant sätt, att utrustningen skyddas mot fysiska och miljömässiga hot. Skydd ska även finnas mot otillbörlig åtkomst.

Kring särskilt skyddsvärd utrustning ska lämpligt skydd vidtas i enlighet med informationsklassificeringens krav.

### **3.2 Kraftförsörjning och andra stödjande funktioner**

För att utrustningen ska kunna fungera på avsett sätt, krävs ett antal stödjande funktioner som kraftförsörjning, klimatanläggningar, ventilation m.m. Dessa stödjande funktioner ska vara utformade på ett adekvat sätt och även regelbundet granskas, så att de uppfyller de krav på funktion som ställs av verksamheten.

Informationsklassificering ska utgöra stöd för de krav som ska ställas på till exempel redundans, reservkraft och kablagesskydd.

Telekommunikationsutrustningar bör anslutas via minst två olika kommunikationsvägar.

### **3.3 Kablagesskydd**

Starkströms- och telekommunikationskablar som används för datatrafik eller stödjer informationstjänster ska skyddas mot åverkan och avlyssning.

### **3.4 Underhåll och reparation av utrustning**

Underhåll och reparation av utrustning ska ske enligt regionens regelverk och tillverkarens anvisningar och får endast utföras av auktoriserade reparatörer.

Särskilda regler ska utformas, för reparation av utrustning som innehåller känslig information.

### **3.5 Brandskydd**

Arbetet med brandskydd ska bedrivas systematiskt. Brandskyddet ska, utöver gällande grundnivåer i lagstiftningen, ta hänsyn till behovet av skydd för verksamhet och informationstillgångar.

### **3.6 Bevakning och larm**

Bevakning och larm är ett komplement till övriga skyddsåtgärder och ska, efter riskbedömning, användas där extra skydd är motiverat. Rutin för hanteringen ska finnas.

### **3.7 Säkerhet för utrustning utanför egna lokaler**

Säkerhet beträffande utrustning utanför egna lokaler ska utformas med hänsyn till de olika risker, som är förknippade med att arbeta utanför organisationens lokaler. Samma skyddskrav gäller oavsett om utrustningen förvaras i regionens lokaler eller utanför dessa.

### **3.8 Säker avveckling eller återanvändning av utrustning**

Alla utrustningsenheter som är försedda med lagringsmedia ska innan utrustningen avvecklas kontrolleras, för att säkerställa att all känsliga data och licensierade program har tagits bort eller överskrivits på ett säkert sätt.

### **3.9 Extern användning av regionens egendom**

Utrustning, information eller programvara får inte avlägsnas från regionens lokaler utan tillstånd.

|                       |                                      |           |  |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------|--|
| Dokumenttyp           | Övergripande dokument                | Utgåva nr |  |
| Tillämpningsanvisning | Riktlinjer för informations-säkerhet |           |  |
| Dokumentansvarig      | Version                              | Dnr       |  |
| Valter Lindström      | 1.0                                  |           |  |
| Beslutad av           | Giltig från                          | Ersätter  |  |
|                       |                                      |           |  |

**TILLÄMPNINGSANVISNING**  
**FÖR**  
**KLASSNING AV INFORMATION**

## **1 Utgångspunkt**

Grunden i informationssäkerhetsarbetet är att genomföra informationsklassificering. Denna ska ta sin utgångspunkt i verksamhetsprocessen och är en form av verksamhetsanalys som visar vilket värde informationen har för verksamheten och vilka krav som ställs på att informationen är insynsskyddad, tillgänglig, spårbar och riktig. Klassificeringen som fås fram är ett underlag som ligger till grund för fortsatt arbete med, verksamhetens krav på hanteringsrutiner, krav på tekniska säkerhetslösningar och kontinuitetsplanering

### **1.1 Genomförande**

#### **Informationsklassificering**

- Inled arbetet med att definiera informationsobjektet/informationstyp.
  - Bedöm om informationsobjektet är en upprättad allmän handling och därmed faller under Offentlighets- och sekretesslagen
  - I vissa fall går det inte att tydligt definiera informationsobjektet som en "handling". I dessa fall bedöms vilken informationstyp (person- patient- ekonomisk-administrativ information, osv.) som ska informationsklassificeras.
  - Informationsobjekt/informationstyp kan vara ett dokument, film, bandinspelning, databas, osv.
- Identifiera vilka verksamheter, alternativt vilka processer som informationsobjektet/informationstypen ingår i.
- Identifiera vilka lagstiftningar som är tillämpliga för verksamheten/processen
- Samla en grupp människor som är insatta och bekanta med verksamheten/processen och genomför informationsklassificeringen
- Bedöm kraven på tillgänglighet, spårbarhet, insynsskydd och riktighet. Ett stöd för bedömningen är de frågor som finns under exempelmatrisen, se 1.2.
- Konsekvensbedömningen sker med stöd av matris, se 1.3

#### **Risikanalys (option)**

Vid genomförande av informationsklassificering är det en fördel om man samtidigt kan fånga upp dokumentera oönskade händelser som kan störa processen/verksamheten. En riskinventering sker då samtidigt som informationsklassificeringen genomförs. Grunden är då lagd för att i nästa moment genomföra en enkel risikanalys (grov analys) under förutsättning att:

- dokumentation sker av oönskade händelser som kan inträffa och störa verksamheten/processen
- konsekvens och sannolikhetsbedömning genomförs av identifierade oönskade händelser

#### **Riskhantering (option)**

Risikanalysen är en förutsättning för att bedöma vilka risker som ska accepteras, bevakas eller åtgärdas. Riskhantering uppnås när det finns beslut om hur identifierade risker hanteras

Genomför följande steg:

- En åtgärdslista upprättas för hantering av identifierade sårbarheter med ansvariga för genomförande och tidpunkt för åtgärdande.
- Uppföljning av att åtgärder är genomförda

## 1.2 Exempelmatris

Bilden nedan är ett exempel på en Informationsklassificering för ett upphandlingsunderlag innan det har offentliggjorts.

|  | Kund/Patient   | Process | Ekonomi | Medarbetare | Kund/Patient | Process | Ekonomi | Medarbetare | Kund/Patient     | Process | Ekonomi | Medarbetare | Kund/Patient | Process | Ekonomi | Medarbetare |
|--|----------------|---------|---------|-------------|--------------|---------|---------|-------------|------------------|---------|---------|-------------|--------------|---------|---------|-------------|
| <b>Informationssäkerhetsbegrepp</b>                | Tillgänglighet |         |         |             | Riktighet    |         |         |             | Konfidentialitet |         |         |             | Spårbarhet   |         |         |             |
| <i>Konsekvens</i>                                  |                |         |         |             |              |         |         |             |                  |         |         |             |              |         |         |             |
| <i>Klass 1</i><br>Ingen eller försumbar konsekvens |                |         |         |             |              |         |         |             |                  |         |         |             |              |         |         |             |
| <i>Klass 2</i><br>Begränsade konsekvenser          | X              |         |         |             |              |         |         |             |                  |         |         |             | X            |         |         |             |
| <i>Klass 3</i><br>Allvarliga konsekvenser          |                |         |         |             | X            |         |         |             | X                |         |         |             |              |         |         |             |
| <i>Klass 4</i><br>Katastrofala konsekvenser        |                |         |         |             |              |         |         |             |                  |         |         |             |              |         |         |             |

*Exempel:*

Ett upphandlingsunderlag för mammografi innan det har offentliggjorts kan klassificeras enligt följande T2, R3, K3, S2

## 1.3 Följande frågor är ett stöd vid informationsklassificering:

### Tillgänglighet

Vilken konsekvens får det om informationen inte alls kan användas på grund av bortfall av tillgänglighet?

Vilken konsekvens får det om informationen kan användas men endast i begränsad utsträckning?

### Spårbarhet

Vilken konsekvens får det om man inte i efterhand kan konstatera vad som hänt vid en attack mot informationstillgång?

Vilken konsekvens får det om händelser kopplade till informationstillgången inte kan härledas till en specifik användare eller process vid utredning?

### Insynsskydd

Vad blir konsekvensen om obehörig får tillgång till informationen?

Vad händer om media får tillgång till informationen?

### Riktighet

Vad blir konsekvensen om obehörig person eller process förändrar informationen?

Vad blir konsekvensen om verksamheten inte upptäcker detta?

## 1.4 Konsekvens bedömningsmatris

| Konsekvens / Perspektiv | 4. Katastrofal/Kris  | 3. Allvarligt  | 2. Begränsad  | 1. Ingen eller försumbar                      |
|-------------------------|--|--|---|---|
| Kund/patient            | <p>Allvarlig negativ påverkan på enskild individs rättigheter, liv eller hälsa</p> <p>Kan orsaka en allvarlig begränsning i förmågan att leverera enligt avtal</p> <p>Bestående misstro och förändrat beteende</p> | <p>Betydande negativ påverkan på enskild individs rättigheter, liv eller hälsa</p> <p>Kan orsaka en signifikant minskning i förmågan att leverera enligt avtal</p> <p>Bestående misstro eller förändrat beteende</p>   | <p>Begränsad negativ påverkan på enskild individs rättigheter, liv eller hälsa</p> <p>Kan orsaka en minskning i förmågan att leverera enligt avtal</p> <p>Övergående misstro</p>  | Ingen eller endast försumbar negativ påverkan |
| Process                 | <p>Kan orsaka en allvarlig begränsning i förmågan att lösa verksamhetens uppgifter i en utsträckning och varaktighet innebarande att verksamheten inte kan fullgöra sina primära uppgifter</p>                     | <p>Kan orsaka en signifikant minskning i förmågan att lösa verksamhetens uppgifter i en utsträckning och varaktighet innebarande att verksamheten inte kan fullgöra stora delar av sina primära uppgifter</p> <p>Brött mot lagstiftning och/eller föreskrifter</p> | <p>Kan orsaka minskning i förmågan att lösa verksamhetens uppgifter i en utsträckning och varaktighet innebarande att verksamheten inte kan fullgöra delar av sina primära uppgifter</p> <p>Gränslandet på vad som är lagligt</p> | Ingen eller endast försumbar negativ påverkan |
| Ekonomi                 | <p>Stora ekonomiska förluster</p> <p>Resultera i omfattande skador på verksamhetens tillgångar</p> <p>Bestående misstro och förändrat beteende hos våra ägare</p>  | <p>Betydande ekonomisk förlust/påverkan</p> <p>Resultera i betydande skador på verksamhetens tillgångar</p> <p>Bestående misstro eller förändrat beteende hos våra ägare</p>   | <p>Smärre ekonomiska förluster/påverkan</p> <p>Resultera i mindre skador på verksamhetens tillgångar</p> <p>Ifrågasatt/övergående förtroende från våra ägare</p>  | Ingen eller endast försumbar negativ påverkan |
| Medarbetare             | <p>Allvarlig negativ påverkan på enskild individs rättigheter, liv eller hälsa</p>   | <p>Betydande negativ påverkan på enskild individs rättigheter, liv eller hälsa</p>   | <p>Begränsad negativ påverkan på enskild individs rättigheter, liv eller hälsa</p>  | Ingen eller endast försumbar negativ påverkan |

|                       |                                     |           |  |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------|--|
| Dokumenttyp           | Övergripande dokument               | Utgåva nr |  |
| Tillämpningsanvisning | Riktlinjer för informationssäkerhet |           |  |
| Dokumentansvarig      | Version                             | Dnr       |  |
| Valter Lindström      | 1,0                                 |           |  |
| Beslutad av           | Giltig från                         | Ersätter  |  |

**TILLÄMPNINGSANVISNING**  
**FÖR**  
**KOMMUNIKATION OCH DRIFT**

## **1 Utgångspunkt**

IS/IT-direktören ansvarar för tekniska skyddsåtgärder och administrativa driftrutiner.

Projektägaren ansvarar för att säkerhetsåtgärder genomförs fram tills överlämnande till drift samt att relevant dokumentation medföljer.

Information och utrustning ska skyddas på ett likvärdigt sätt oavsett om den hanteras innanför eller utanför regionens lokaler.

## **2 Säkerhetsarkitektur**

Det ska finnas en IT-säkerhetsstrategi, som leder till en långsiktig säkerhetsarkitektur för regionens driftmiljö. Det ska också finnas en tjänsteportfölj av tekniska skyddsåtgärder och administrativa driftrutiner, som svarar mot nivåerna vid klassificering av information. Arkitekturen ska vara dokumenterad och följa regionens ledningssystem för informationssäkerhet.

## **3 Utvecklings, test och utbildningsmiljö**

Miljöer för utveckling, test och utbildning är skilda från produktionsmiljön. Under mycket speciella omständigheter, då de olika miljöerna inte kan hållas åtskilda, kan regionens säkerhetsdirektör medge undantag.

Skarp data får inte användas i utbildningssammanhang och testdata ska vara avidentifierade eller skapade för det avsedda ändamålet.

## **4 Godkännande för driftsättning**

IS/IT-tjänster ska vara riskanalyserade och testade innan driftsättning får godkännas. Driftsansvarig inom VGR IT ansvarar för att det, tillsammans med informations- och resursägaren, genomförs en driftsättningsanalys.

Driftsättningsgodkännandet ska vara dokumenterat och godkänt av båda parter.

Vid oklarheter kring funktioner och IS/IT-tjänster som inte blivit driftgodkända tidigare, ska det i dialog mellan IS/IT-direktör och berörd verksamhet, upprättas en handlingsplan i syfte att driftgodkänna alternativt avveckla tjänsten.

Ovanstående gäller även för driftsättning i extern miljö. Dessutom gäller att resursägaren innan driftsättning avtalat om säkerheten i IS/IT-miljön och förutsättningar för driftsättning.

## **5 Integration**

Informationsutbyte och utnyttjande av funktioner mellan system ska avtalas och undertecknas av berörda informations- och resursägare.

## **6 Förvaltningsstyrning och dokumentation**

Det ska finnas en definierad förvaltningsorganisation samt förvaltningsdokument, som består av objekt-/systemdokumentation och driftdokumentation. Om extern leverantör anlitas ska dokumentationen vara tillgänglig för Västra Götalandsregionen, vilket ska regleras i avtal.

Känslig dokumentation ska endast vara tillgänglig för behörig personal.

## **7 Övervakning av driftmiljö**

IT-system som är verksamhetskritiska ska driftövervakas kontinuerligt och loggas för att minimera avbrott och andra IT-incidenter. Loggar ska skyddas mot radering, manipulation och obehörig åtkomst. Nivå/omfattning för övervakning ska regleras i avtal med VGR IT.

I de fall annan part sköter delar av övervakningen ska detta regleras med avtal. I avtalet ska åtkomstregler och rättigheter regleras.

I övervakningsansvaret ingår att påtala brister/stopp i kommunikationen, för drabbade verksamheter samt objektförvaltning. Övervakningsrapporter utgör även underlag för riskanalyser och kapacitetsplanering (inklusive skydd mot överbelastningsattacker).

I övervakningsansvaret ingår även scanning av kända sårbarheter, scanning av elak kod, kontroll av trådlösa accesspunkter, kontinuerlig kontroll av administratörsrättigheter, genomlysning och rapportering av konton som inte kan associeras med en ägare eller verksamhetsprocess.

## **8 Underhåll**

Vid underhåll av informationsbehandlingsresurser ska hänsyn tas till regionens behov av åtkomst till information för att upprätthålla verksamheten. All förändring i resursen och dess komponenter samt struktur ska dokumenteras.

Källkod ska vid behov skyddas och vara åtkomlig endast för behörig personal.

Fjärrsupport kräver godkännande av VGR IT och ska hanteras enligt fastställda rutiner. Detta gäller oavsett om det är regionens medarbetare eller externa leverantörer som utför underhållsåtgärder eller på annat sätt ger stöd.

## **9 Kontroll över anslutningar**

Samtliga anslutningar till Västra Götalandsregionens interna driftmiljö ska godkännas och dokumenteras enligt VGR IT:s rutiner.

## **10 Fjärranslutning**

Annan utrustning och/eller anslutning via andra nätverk får ske genom godkänd fjärråtkomst. Detta gäller externa avtalsparter och ska kravställas vid upphandling och beställning.

## **11 Skydd av VGR-net**

Det interna nätverket ska skyddas mot andra nät och internet. All kommunikation till och från det interna nätverket ska gå igenom säkra och övervakade punkter. Övervakning ska innehålla intrångsdetektering och blockering av kända smittade adresser.

### **11.1 Segmentering av nätverk**

Fysisk och logisk segmentering av organisationens nätverk ska, som en del av regionen säkerhetsarkitektur, användas för att skydda information och övriga informationsbehandlingsresurser.

För att svara mot olika verksamhets- eller funktionsbehov – t ex medicinteknik, telefoni, medborgare, elevnät – ska segmentering kunna erbjuda olika säkerhetsnivåer,

All kommunikation mellan resurser i olika logiska nät ska vara godkända och ska dokumenteras av resursägaren.

## **12 Skyddad kommunikation**

Vid överföring av information ska denna skyddas enligt den skyddsnivå som svarar mot informationsklassificeringen. Vid kommunikation av patientdata eller annan känslig information (insynsskydd klass 3-4) krävs skyddad kommunikation i form av kryptering.

## **13 Säkerhetsuppdateringar och skydd mot skadlig kod**

Det ska finnas rutiner för att ha uppdaterad information om eventuella hot/risker/sårbarheter i de informationsbehandlingsresurser som används i regionens verksamhet. Rutiner ska finnas för att tillämpa adekvata säkerhetsuppdateringar för respektive objekt. Krav på säkerhetsuppdateringar och skydd ska ingå i avtalet då extern leverantör anlitas.

## **14 Penetrationstester**

Interna och externa penetrationstester ska genomföras i syfte att verifiera att säkerhetsåtgärderna har förväntad effekt. Kan initieras av IS/IT-direktören eller säkerhetsdirektören.

## **15 Säker plattform för mobila enheter**

Används mobila enheter som kopplas till VGR-net, ska regionens säkerhetsplattform användas. Mobila enheter är t.ex. telefoner, bärbar pc, läsplattor, distansarbetsplatser. Det är väsentligt att informationen har likvärdigt skydd även i mobila enheter.

## **16 Publika datorer**

Dator tillgängliga för besökare, patienter m.fl. ska vara logiskt skild från kärnverksamhetens nätverk.

## **17 Ofrivillig dataförlust**

I syfte att undvika ofrivillig dataförlust ska skyddsåtgärder finnas. För att hindra att information blir åtkomlig för obehörig om data förloras, ska det finnas skydd som kan bestå av hård-diskkryptering, automatisk kryptering vid överföring av information till USB-minne, DVD m.m.

## **18 Säkerhetskopiering, lagring och förvaring**

Syftet med säkerhetskopiering är att verksamheten efter återläsning ska kunna bedrivas normalt, utan att information förlorats eller förvanskats. Säkerhetskopiering av data ska förvaras så att geografiskt lokala incidenter eller katastrofer inte äventyrar åtkomsten till eller riktigheten i säkerhetskopierad data. Säkerhetskopiering av data ska förvaras så att inte obehörig åtkomst kan ske och sparas enligt rutin, utformad med hänsyn till genomförd informationsklassning och definierade skyddsnivåer.

Det är resursägarens ansvar att säkerställa att information lagras enligt verksamhetens kravställning. Rutinerna ska vara dokumenterade och alla berörda roller informerade. Då extern part anlitas ska resursägaren avtala om att kraven på säkerhetskopiering, lagring och förvaring tillgodoses. För att säkerställa att säkerhetskopiering och återläsning fungerar på avsett sätt ska regelbundna kontroller och verifieringar göras.

Vid vidareutveckling av ett objekt ska det finnas plan, för hur säkerhetskopierad data från tidigare version ska kunna läsas och hanteras.

## **19 Återställning**

För att uppfylla krav från informationsägarens kontinuitetsplan, ska det i avbrottsplanen finnas rutin för återställning. Se även Riktlinjer för informationssäkerhet, kapitel 10.

Vid extern drift ska krav på återställning regleras genom avtal.

## **20 Avveckling av IT-komponenter**

Avveckling av IT-komponenter ska göras på ett säkert sätt och enligt regionarkivets föreskrifter. Då externa leverantörer anlitas, ska villkoren för avveckling ingå i avtalet. Alla öppningar i organisationens perimeterskydd ska återställas när en IT-komponent avvecklas.

Det ska finnas instruktioner och rutiner när IT-utrustning uttrangeras, kasseras, säljas eller på annat sätt lämna VGR.

Lagringsmedia ska alltid förstöras, avmagnetiseras eller överskrivas på ett säkert sätt. Licensierade program ska raderas.

## Enkät angående funktion för operativt informationssäkerhetsarbete till stöd för verksamheterna i VGR

Verksamhet:

Kontaktperson:

Telefon:

1. Skulle ni vara intresserade av att dela kompetens/resurser med andra förvaltningar, så att den hanteras och utvecklas av ett Kompetenscentrum inom säkerhet, där ni kan avropa den säkerhetstjänst ni behöver?

Svar:

2. Vilka frågor/områden/kompetens/arbetsuppgifter behöver ni i så fall avropa? (Allt eller specifika delar, som förvaltningen inte själv kan/önskar hänga.)

|   | Ja | Nej |
|---|----|-----|
| a. Identifiera krav i lagstiftningen för en specifik verksamhet   |    |     |
| b. Informationsklassning  |    |     |
| c. Riskanalys   |    |     |
| d. Säkerhetsdeklaration (Bedömning av teknikens efterlevnad)  |    |     |
| e. Processkartläggning  |    |     |
| f. Analys av efterlevnad mot beslutade regelverk  |    |     |
| g. Kontinuitetsplanering (identifiera, analysera och utforma reservrutiner för de viktigaste processerna) |    |     |
| h. Driftsättningsanalys (inför produktionssättning av ett IT-system)                                      |    |     |
| i. Orsaksanalys   |    |     |

3. Hur stort bedömer ni att behovet är (% av en årsarbetare allt timmar per månad)

Svar:

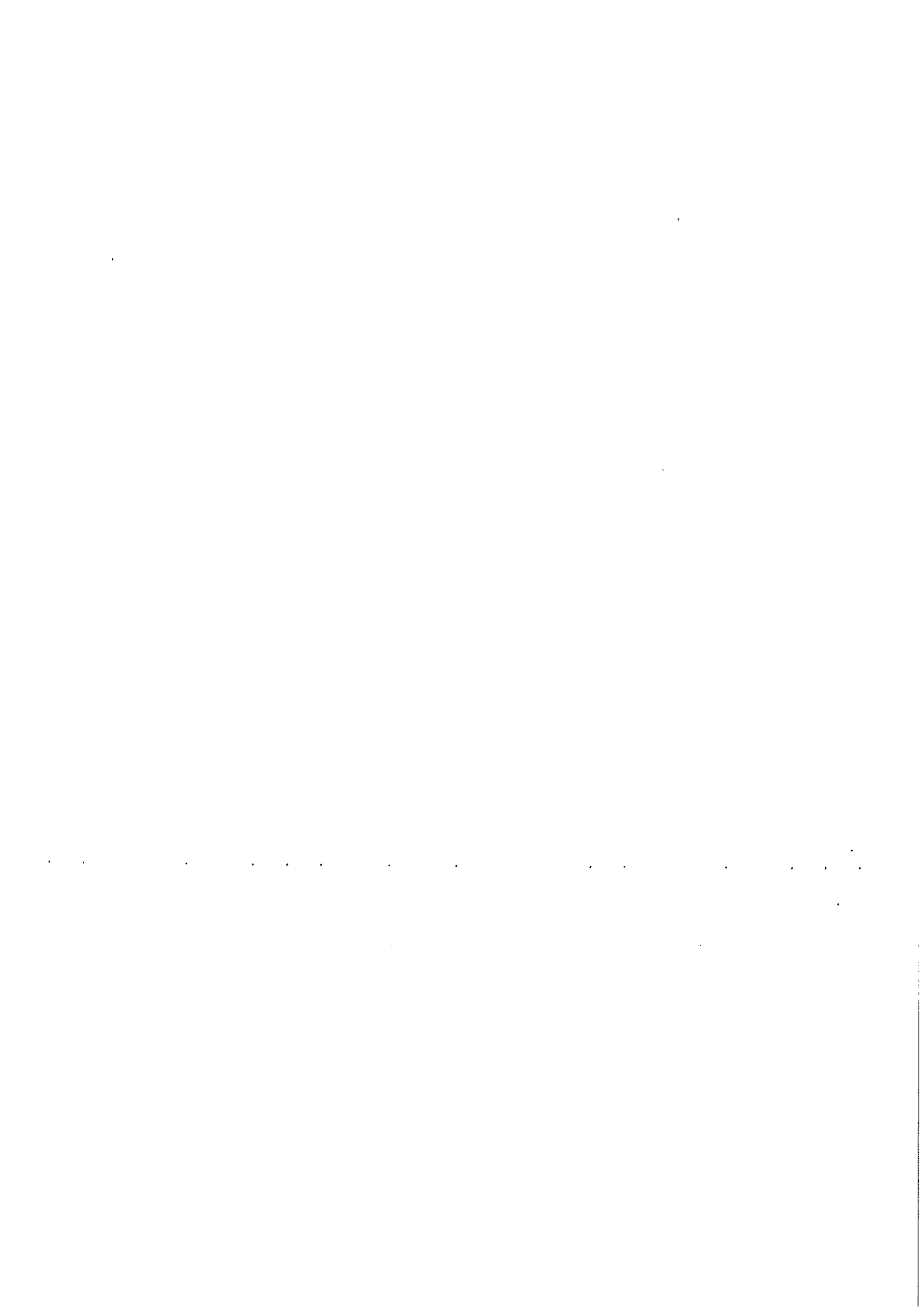
4. Vad ställer din förvaltning för krav på Kompetenscentrum, för att det ska vara en bra tjänsteleverantör inom säkerhet för din förvaltning? Vad är viktigt för er?

Svar:

Svar på enkäten kan skickas till:

Ann-Christin Hellegren, Regionens Hus, 462 80 Vänersborg

eller bifogas svar på remiss angående policy och riktlinjer för informationssäkerhet.



# Ärende 11

Ärende 11

Tjänsteutlåtande  
Datum 2014-03-11  
Diarienummer NU

NU-sjukvården/ledningskansliet  
Handläggare: Sven Florström  
Telefon: 0702-089108  
E-post: sven.florstrom@vregion.se

Till NU-sjukvårdens styrelse 140321

## NU-sjukvårdens övergripande planering inför 2015

### Förslag till beslut

NU-sjukvårdens styrelse beslutar följande:

1. Att notera informationen angående förvaltningens planering inför 2015 avseende verksamhetsplan inklusive produktionsplan, ekonomisk plan, investeringsplan samt lokalförsörjningsplan.

### Ärendet

Förvaltningen har utarbetat planeringen under 2014 för att ta fram verksamhetsplan inklusive produktionsplan, ekonomisk plan, investeringsplan samt lokalförsörjningsplan för 2015. Se bifogad powerpoint-presentation: "NU-sjukvårdens övergripande planering inför 2015". Den redovisade planeringen beaktar förutsättningar på regional-, NU-styrelse- och förvaltningsnivå.

Sven Florström  
Ekonomichef

# NU-sjukvårdens övergripande planering inför 2015

Avseende:

Verksamhetsplan inklusive produktionsplan

Ekonomisk plan

Investeringsplan

Lokalförsörjningsplan

| Månad | Regionala händelser                                | NU-styrelsen /-presidiet  | NU-förvaltningen   | Kommentarer  |
|-------|--|---|--|--|
| Feb   | 7. Regionkansliet presenterar budgetunderlag 2015. |   | 3-4. SDL planeringsdagar   |  |
| Mars  |  | 21. Styrelsemöte. Utkast VÖK-strategi diskuteras.                       | 18. SDL VÖK-strategi Input fr resp område redovisas. Sammanställning VÖK-strategi färdigställs.                              | VÖK-förhandlingsgrupp: Sven Florström, Magnus Kronvall, Eva-Lena Egsonius, Peter Olsson. |
| April |  | 9. Presidiummöte Presentation till NU/HSN presidieträff 10/4 fastställs | 22. SDL Mars-bokslutet analyseras och redovisas i SDL.   |  |
|       |  | 10. Uppstart VÖK presidiummöte NU/HSN                                   | 22. SDL Preliminära ekonomiska läget inför 2015 redovisas.   |  |
|       |  | 29. Styrelsemöte. Preliminära ekonomiska läget inför 2015 redovisas.    |  |  |
| Maj   | 20. Regionstyrelsen fattar beslut om budget 2015.  | 8. Presidiummöte. Preliminära ekonomiska läget inför 2015 redovisas.    | 20. SDL Staben ansvarar för en första tolkning av regionalt budgetförslag. Utskick 13:e från staben till grund för SDL 20/5. |  |
|       |  | 22. Styrelsemöte. Ekonomiska läget inför 2015 redovisas.                |  |  |

| Månad | Regionala händelser  | NU-styrelsen /presidiet  | NU-förvaltningen  | Kommentarer |
|-------|--|--|---|-------------|
| Juni  | 9. Regionfullmäktige fattar beslut om budget 2015.             | 5. Presidietmöte. Preliminära uppdrag 2015 (+/- nuvarande uppdrag) samt ekonomiska ramar, reduceringskrav inkl effektiviseringsbehov samt inriktningen för effektiviseringen diskuteras.<br><br>Diskussion kring VÖK.<br><br>Diskussion kring strategi för överenskommelse med Regionsservice.   | 3. SDL. Analys över regionalt budgetförslag redovisas av stabschefer.<br><br>Preliminära uppdrag 2015 (+/- nuvarande uppdrag), preliminära ekonomiska ramar inkl effektiviseringsbehov samt inriktningen för effektiviseringen diskuteras.<br><br>Strategi för överenskommelse med Regionsservice diskuteras. |             |
|       | Ca 17. Regionstyrelsen fattar beslut om planeringsanvisningar. | 18. Styrelsemöte. Redovisning av struktur på budgetdokument/ verksamhetsplan.<br><br>Preliminära uppdrag 2015 (+/- nuvarande uppdrag) samt ekonomiska ramar, reduceringskrav inkl effektiviseringsbehov samt inriktningen för effektiviseringen diskuteras.<br><br>Diskussion kring VÖK.<br><br>Diskussion kring strategi för överenskommelse med Regionsservice | 17. SDL. Utgående från nuvarande arbete med verksamhet i balans samt de åtgärder som behöver vidtas inför 2015 för att kunna arbeta strategiskt långsiktigt hållbart med en verksamhet i balans fattas beslut om struktur på budgetdokument.<br><br>Förslag på Strategiska mål diskuteras.                    |             |
| Juli  | Semester   |  |   |             |

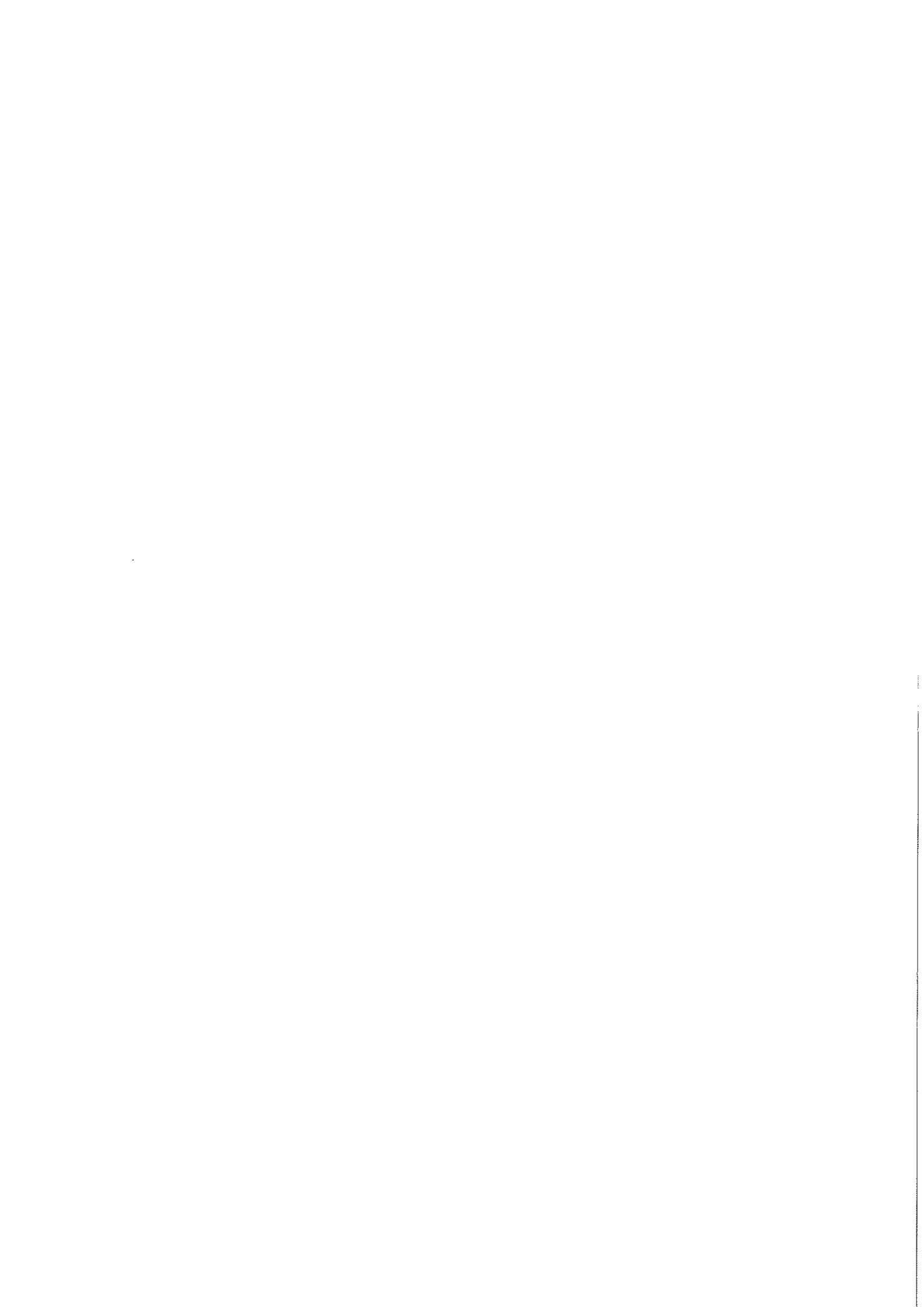
| Månad   | Regionala händelser | NU-styrelsen /-presidiet   | NU-förvaltningen   | Kommentarer   |
|---------|---------------------|--|--|---|
| Augusti |                     | <p>14. Presidium. Diskussion ang aktiviteter för verksamhet och ekonomi i balans.</p> <p>Aktuellt läge VÖK-samtalen.</p> <p>Aktuellt läge angående överenskommelse med Regionsservice.</p>                                   | <p>12. SDL. Aktiviteter för genomförande av mål i fullmäktiges budget diskuteras.</p> <p>Skelettet klart avseende aktiviteter för verksamhet och ekonomi i balans.</p> <p>Områdena återkopplar risker i budget 2015 utifrån preliminära ramar och uppdrag.</p> <p>Utkast klart till överenskommelse med 2015 med Regionsservice.</p> | <p>Prioriteringsarbete i SDL sker i augusti och september.</p>    |
|         |                     | <p>28. Styrelsemöte. Diskussion kring effektiviseringar för verksamhet och ekonomi i balans.</p> <p>Förslag till VÖK 2015.</p> <p>Förslag till överenskommelse med Regionsservice 2015.</p> <p>Träff presidierna NU/HSN.</p> | <p>26. SDL. Fortsatt dialog ang prioriteringar.</p>  |   |
|         |                     |  |  | <p>Tät/frekvent dialog med HSNK sker under augusti-september.</p> |

| Månad | Regionala händelser | NU-styrelsen /-presidiumet   | NU-förvaltningen  | Kommentarer                                       |
|-------|---------------------|--|---|---|
| Sept. |                     | <p>4. Presidium. Genomgång av VÖK och överenskommelse med Regionservice 2015.</p> <p>Arbetsläget avseende planer för verksamhet, ekonomi, lokaler och investeringar.</p> | <p>5. Budgetmöte med samtliga chefer inom NU-sjv. Syfte – ökad förståelse för skapandet av samt konsekvenser av budget.</p>   |   |
|       |                     | <p>25. Styrelsemöte. Beslut VÖK 2015(-16).<br/>Beslut RÖK 2015.<br/>Fastställande av augusti-bokslutet.</p>  | <p>9. SDL. Ställer sig bakom VÖK 2015(-16) och överenskommelse med Regionservice.</p> <p>23. SDL. Genomgång av augusti-bokslutet.</p>   |   |
| Okt.  |                     | <p>9. Presidium. Arbetsläget avseende planer för verksamhet, ekonomi, lokaler och investeringar.</p>   | <p>6-7. SDL-internat - fokus på följande dokument:<br/><b>en verksamhetsplan</b> (vad och hur mycket skall vi göra)<br/><b>en ekonomisk plan</b> (så här skall vi använda tillgängliga ekonomiska resurser och de här riskerna ser vi)<br/><b>en lokalförsörjningsplan</b> (så här skall vi använda tillgängliga lokaler, dvs de här översiktliga förändringarna behöver vi göra)<br/><b>investeringsplan</b> (så här behöver vi översiktligt använda tillgängliga investeringsmedel för att säkra nivån på medicinteknisk utrustning, övrig utrustning och fastigheter).<br/>Ska vara klart 23 oktober, samverkat och förankrat i CSG.</p> <p>15. och 22. CSG – förslag resp beslut ang ovanstående fyra dokument.</p> | <p>Förmodligen behov av extra CSG 22 oktober.</p> |
|       |                     | <p>30. Styrelsemöte. Beslut angående Verksamhetsplan inkl produktionsplan, ekonomisk plan, investeringsplan samt lokalförsörjningsplan för 2015.</p>                     |   |   |

| Månad | Regionala händelser  | NU-styrelsen /-presidiet | NU-förvaltningen  | Kommentarer                |
|-------|--|--------------------------|---|----------------------------|
| Nov.  | Ca 25. Beroende på valutgång kan eventuell reviderad detaljbudget fastställas av Regionstyrelsen 25 november för 2015. | 20. Presidium.           | 4. SDL. Beslut om respektive områdes uppdrag och ekonomiska ramar.  | Osäkerhet finns pga valår. |
| Dec.  |  | 4. Styrelsemöte.         | 18. SDL. Förslag till planering inför 2016.<br><br>1. Respektive område färdig med nedbrytning av produktions- och kostnadsbudget per verksamhet.<br><br>16. SDL. Fastställer planering inför 2016.<br><br>31. Respektive verksamhetschef färdig med nedbrytning av sin budget till ansvarsställe-nivå. |                            |

# Ärende 12

Ärende 12



Tjänsteutlåtande  
Datum 2014-03-12  
Diarienummer NU 92/2014

NU-sjukvården/ledningskansliet  
Handläggare: Peter Olsson  
Telefon: 010-435 66 41  
E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till  
Styrelsen för NU-sjukvården

## Intern kontrollplan 2014 för NU-sjukvården

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar:

1. Godkänna Intern kontrollplan 2014 för NU-sjukvården.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt regelverk för intern kontroll ska styrelsen för NU-sjukvården varje år anta en särskild plan för uppföljningen av den interna kontrollen. Ledningskansliets förslag till plan för intern kontroll 2014 redovisas nedan.

Intern kontrollplan ska upprättas för att kontrollera att systemet med intern kontroll fungerar tillfredsställande inom styrelsens ansvarsområde. Den interna kontrollplanen är baserad på en aktuell risk- och väsentlighetsanalys. Riskbedömning innebär att identifiera och bedöma de risker eller hot som organisationen kan råka ut för som kan få till följd att målen i verksamhetsplanen inte kan uppnås. Planen är till största delen en prolongering av fastställd intern kontrollplan för 2013. Återrapporteringen sker i årsredovisningen.

Styrelse, ansvarig ledning och medarbetare ska samverka och processen ska utformas för att med rimlig grad av säkerhet åstadkomma att mål inom följande kategorier uppnås:

- **Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet**  
Målet innebär att ha kontroll över ekonomi, prestationer och kvalitet. Säkerställa att fattade beslut verkställs och följs upp i förhållande till verksamhetsidé och mål.
- **Lagar, föreskrifter och riktlinjer följs**  
Målet innefattar lagstiftning och även regionens interna regelverk och ingångna avtal med olika parter.
- **Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten**  
Målet innebär att styrelsen, ledning och verksamhetsansvariga ska ha tillgång till rättvisande räkenskaper. Även ändamålsenlig och tillförlitlig redovisning av verksamhetens prestationer avseende kvantitet och kvalitet samt övrig relevant information om verksamheten och dess resursanvändning.

NU-sjukvårdens administrativa stödprocesser har synats utifrån riskbedömning och diskussioner har inletts avseende verksamheternas processer.

Ledningskansliets förslag till plan för intern kontroll 2014 redovisas nedan.

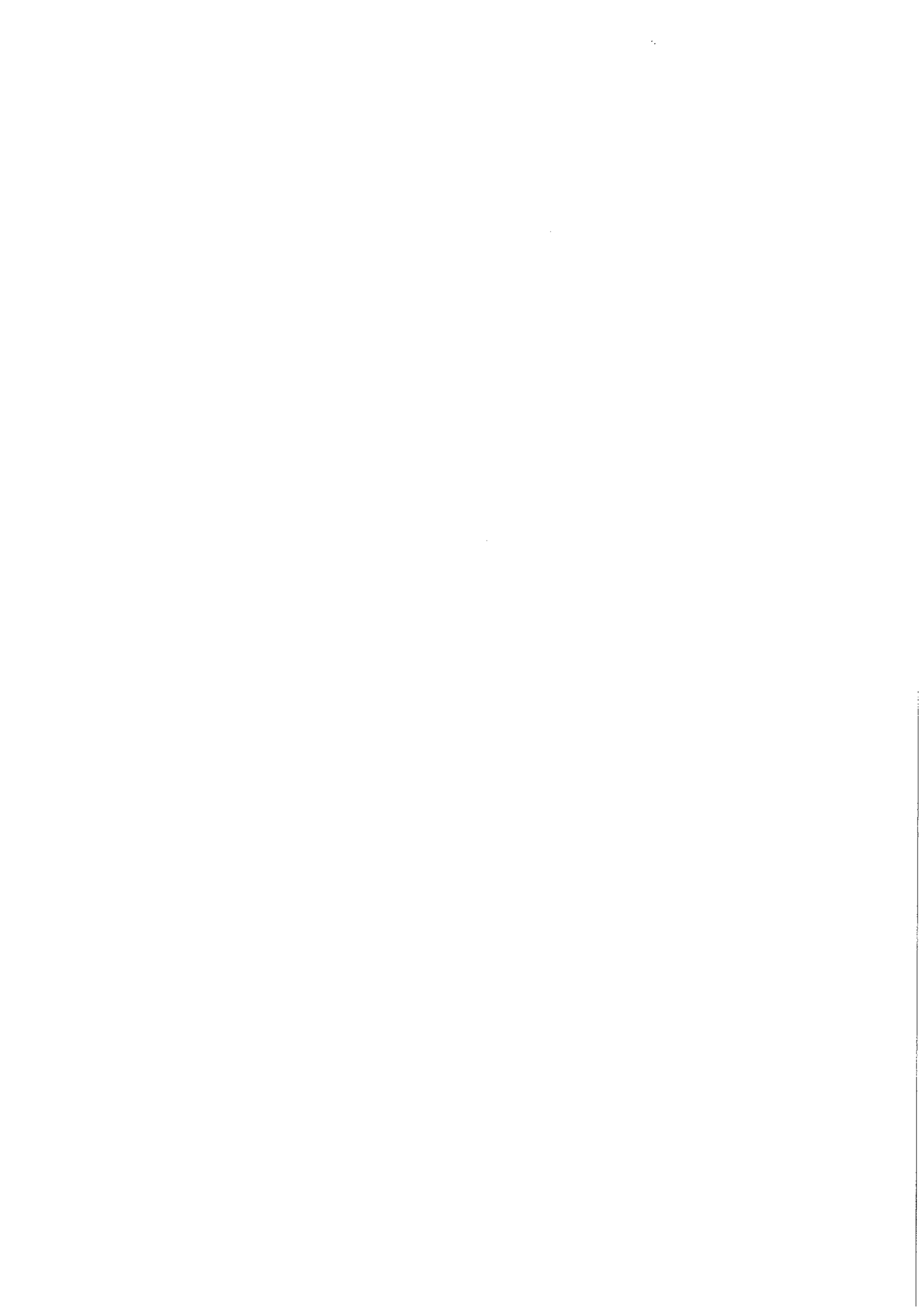
| <b>Granskningsområde<br/>Rutin/process</b> | <b>Kontrollmoment 2014</b>   |
|--|--|
| <b>Ekonomi</b>                             | <b>Sven Florström</b>  |
| Aktuella rutiner, policys och reglementen  | Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade.   |
| Attest                                     | Kontroll att attestrutin är aktuell och efterföljs.  |
| Inköp                                      | Granskning av att externa varor och tjänster över 2 basbelopp följer regionens anvisningar och riktlinjer. |
| Investering                                | Kontroll att regler för redovisning av drift- och kapitalvaror följs (ex vid möbelinköp).                  |
| <b>IS/IT</b>                               | <b>Sven Florström</b>  |
| Registrering                               | Kontroll att registrering av vård sker enligt fastställda beslut och rutiner.                              |
| Informationssäkerhet                       | Säkerställa att framtagna anvisningar och rutiner följs.   |
| <b>HR</b>                                  | <b>Maria Aleniusson</b>  |
| Aktuella rutiner, policys och reglementen  | Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade.   |
| Lagar, avtal och policys                   | Säkerställa att lönesättning sker enligt "Riktlinjer för lönesättning".                                    |
|  | Säkerställa att rekryteringsordningen följs enligt rekryteringsprocessen.                                  |
|  | Säkerställa att riktlinjen angående bisyssla följs.  |
| <b>Säkerhet</b>                            | <b>Ann-Sofie Rundberg</b>  |
| Brandskydd                                 | Kontroll av avdelningars systematiska brandskyddsarbete.   |
| Informationssäkerhet                       | Säkerställa att framtagna anvisningar och rutiner följs.   |

| <b>Granskningsområde<br/>Rutin/process</b> | <b>Kontrollmoment 2014</b>   |
|--|--|
| Kansli                                     | <b>Ann-Sofie Rundberg</b>  |
| Ärendehantering                            | Ärendehantering följer lagar och förordningar.<br>Kontroll att ärenden från Socialstyrelsen handläggs i tid och på korrekt sätt.                                   |
| Delegationsordning                         | Kontroll att beslut tas enligt delegationsordning.   |
| Beslut                                     | Kontroll av sjukhusövergripande <ul style="list-style-type: none"><li>• Beredning</li><li>• Dokumentation</li><li>• Kommunikation</li><li>• Genomförande</li></ul> |
| <b>Patientsäkerhet</b>                     | <b>Magnus Söderbergh</b>   |
| Aktuella rutiner, policys och reglementen  | Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade.   |
| Patientsäkerhet                            | Kontroll av anvisningar, utbildningar och handlingsprogram följs.  |
| Avvikelsehantering                         | Kontroll av åtgärdsplaner.   |

NU-sjukvården

Eva Arrdal  
T f Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef



# Ärende 13

Ärende 13

## Anmälan av delegeringsbeslut vid styrelsens sammanträde 21 mars 2014

### Ärendet

Följande beslut som fattats med stöd av delegering anmäls.

### Styrelse

Ordförandens beslut om yttrande i ärende laglighetsprövning enligt kommunallagen, mål nr 428-14, Förändringar rörande verksamheter inom område diagnostik vid lokalsjukhusen. Dnr 153:54/2014

### Förvaltningschef

- Anmälan om privat mottagningsverksamhet, Dnr 1:10/2014

### Personal

- Avstängning av tjänst, Dnr 15:10/2014
- Avstängning av tjänst, Dnr 15:20/2014

### Ekonomi

- Upplägg/avslut av attester i NU-sjukvården, december 2013, Dnr 14:150/2013
- Upplägg/avslut av attester i NU-sjukvården, februari 2014, Dnr 14:30/2014

---

### Förslag till beslut

Sammanställningen över delegeringsbesluten läggs till handlingarna.

# Ärende 14

Ärende 14

## Anmälningsärenden 21 mars 2014

### Inkomna skrivelser

Inspektionen för vård och omsorg - Beslut 2014-02-12 om att ärendet avseende nationell tillsyn av hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld vid akutmottagningen NU-sjukvården Trollhättan, avslutas.

Regionkansliet, Remiss 2014-02-05 - Riktlinjer för tillgängliga och användbara miljöer för utställningar och scenkonst

Regionkansliet, Remiss 2014-03-05 - Överenskommelse mellan social ekonomi och Västra Götalandsregionen

Kommittén för Dalslands sjukhus angående Dalslands sjukhus, lab och blodcentral, 2014-03-10

### Regionstyrelsen

Förslag till policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter, 2014-02-19

Motion av Marith Hesse och Annika Tännström (M) om inrättande av diagnostiskt centrum, 2014-02-27

### Regionfullmäktige

Detaljbudget 2014 för Västra Götalandsregionen – godkännande av överskridande av budget, 2014-02-11, § 5

---

Framställan om ett kontantlöst arbetssätt på Angered's Närsjukhus. Revidering av policy för fordringar och inkasso i Västra Götalandsregionen. 2014-02-11, § 11

### Övriga styrelser och nämnder

Hälso- och sjukvårdsnämnd 1 norra Bohuslän – Bilagor till överenskommelse om länssjukvård 2013-2014 mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och styrelsen för NU-sjukvården, 2014-01-27, § 2

Hälso- och sjukvårdsnämnd 2 Dalsland – Bilagor till överenskommelse om länssjukvård 2013-2014 mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och styrelsen för NU-sjukvården, 2014-01-29, § 2

Hälso- och sjukvårdsnämnd 3 Trestad – Bilagor till överenskommelse om länssjukvård 2013-2014 mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och styrelsen för NU-sjukvården, 2014-01-30, § 2