SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Kirsi Kirpislidis

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Ledningssystem

UPPRÄTTADE STYRDOKUMENT: RIKTLINJER OM FÖRDELNING AV ANSVAR, LEDNINGSSYSTEM FÖR VÅRD OCH OMSORG SAMT FÖR HANTERING AV RISKER OCH MISSFÖRHÅLLANDEN

Sammanfattning av ärendet

Vård och omsorgsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem i verksamheten. Ledningssystemet ska innehålla styrande dokument för processer som är viktiga för verksamhetens kvalitet. Styrande dokument ska fastställas och beslutas av ansvarig nämnd och beskriva processens olika aktiviteter, ansvaret samt vilka delar som ska följas upp.

Fördelning av ansvar och uppgifter; beskriver ansvarsförhållandet mellan fullmäktige och nämnd samt nämndens ansvar för ledningssystemet och hur fördelning av uppgifter i ledningssystemet ser ut för verksamhetens del.

Ledningssystemet för Vård och omsorg; beskriver grundläggande delar som måste finnas i ett ledningssystem för socialtjänsten samt hur arbetet ska göras. Av dokumentet framgår även vilka delar som ska följas upp och återrapporteringen till ansvarig nämnd.

Risker och missförhållanden; beskriver skyldigheten och ansvaret för att informera och hantera risker och missförhållanden i verksamheten. Av dokumentet framgår även vilka delar som ska följas upp, sammanställas och analyseras samt återrapporteras till ansvarig nämnd.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta

att fastställa riktlinjen om Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

att fastställa riktlinjen om Ledningssystem för Vård och omsorg

att fastställa riktlinjen om Risker och missförhållanden.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Riktlinje: Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

Bilaga: Riktlinje: Ledningssystem för Vård och omsorg

Bilaga: Riktlinje: Risker och missförhållanden

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Vård- och omsorg

Bilaga VON 2015/18/1

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-01-14

UTGÅVA: 1

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystemet	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-02-05
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

Innehåll

Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem 1
Fördelning av Ansvar och uppgifter 2
Fullmäktiges ansvar 2
Nämndens ansvar 2
Verksamhetens uppdrag och uppgift 2
Stödjande dokument 4

SALA KOMMUN

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

FÖRDELNING AV ANSVAR OCH UPPGIFTER

Det samlade strategiska och operativa ledningsansvaret för kommunens verksamhet ligger på fullmäktige, ansvarig nämnd samt förvaltnings- och verksamhetsledningar. Fullmäktiges mål och beslut dokumenteras i styrande dokument såsom policys, program, riktlinjer och planer. Fördelningen av uppgifter och ansvar för arbetet tydliggörs i lagstiftning, reglementen, delegationsordning och i kommunens styrande dokument.

Vård och omsorgsnämndens ledningssystem ska användas för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[1] verksamheten. Kommunens styrande dokument ska ingå i ledningssystemet. I det dagliga arbetet ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Fullmäktiges ansvar

Fullmäktige har det yttersta ansvaret inför medborgarna. De beslutar om mål för verksamheten, utser nämnder, styrelser och beredningar samt bedömer och prövar utövandet av ansvar. Fullmäktige prövar genom granskning av verksamheten om nämnderna uppfyller mål och beslut, om den är effektiv, om välfungerande styrning och kontroll av verksamheten finns samt följer upp räkenskaper och ekonomiska resultat[2].

Nämndens ansvar

Nämnden får sitt uppdrag från fullmäktige. Ansvaret innefattar att förvalta och genomföra verksamhet. Uppdraget tydliggörs i nämndens reglemente och i delegationsordningen. Vård och omsorgsnämnden har ett verksamhetsansvar i vilket ingår ansvar för myndighetsutövning och beslutsfattande samt utförande av verksamheter och tjänster oavsett regi. I ansvaret ingår att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med kommunens mål och gällande lagstiftning samt säkerställa att intern kontroll och uppföljning görs.

Verksamhet i egen regi styrs av fullmäktiges och nämndens mål, lagstiftning samt kommunens styrande dokument. Verksamhet i privat regi styrs av lagstiftning, förfrågningsunderlag och avtal.

Vård och omsorgsnämnden har i egenskap av huvudman och vårdgivare ansvar för att det finns ett ledningssystem för den egna verksamheten[3] och ska säkerställa att privata utförare har ett ledningssystem som uppfyller ställda krav i SOSFS 2011:9.

Verksamhetens uppdrag och uppgift

Beslutanderätten tydliggörs i delegationsordningen. Fördelningen av uppgifter i ledningssystemet tydliggörs i detta dokument. I nämndens styrande dokument ska anges hur uppgifterna som ingår i verksamheternas arbete är fördelade, hur arbetet ska göras för att säkerställa att alla medarbetare arbetar som bestämt samt vad som ska kontrolleras och följas upp[4].

---

[1] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[2] 6 kap Kommunalag (1991:900)
[3] 3 kap 1§ SOSFS 2011:9
[4] 3 kap 3 § och 6 kap 1§, SOSFS 2011:9

I arbetet med att upprätta styrande dokument, exempelvis riktlinjer och tillämpningsrutiner, ska användas av nämnden beslutade riktlinjer för dokumentstyrning; dokumentationen av och processen för dokumenthantering. Utgångspunkten är uppdraget, lagstiftning samt fullmäktiges och nämndens mål.

Ansvar för alla medarbetare
Alla medarbetare har en skyldighet att bidra till att verksamheten håller en god kvalitet och en hög patientsäkerhet. Det ingår att medverka i och ta ansvar för verksamhetens uppdrag och kvalitetsarbete[5]. I det ingår en skyldighet att rapportera säkerhetsrisker, missförhållanden och vårdskador samt olika tillbud.

Ansvar för chefer
Ansvaret för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[6] verksamheten ligger på ansvarig chef. Grundläggande delar som ingår i arbetet framgår av beskrivningen: Vård och omsorgsnämndens ledningssystem och de stödjande dokumenten. I ansvaret ingår att förtydliga hur arbetet ska göras och vilka delar som ingår för det egna verksamhetsområdet. Det innebär att chefen för sitt område ansvarar för följande delar

- Utforma rimliga mål med tydlig ambitionsnivå och tillhörande indikatorer som utgår från politiska mål och verksamhetens behov
- Upprätta en laglista samt uppdragsbeskrivning eller åtagandedokument
- Identifiera alla viktiga processer för kvalitet samt säkerställa att de dokumenteras i styrande dokument (tillämpningsrutiner)
- Kontinuerligt arbeta med systematisk förbättring; med riskanalyser, klagomål, avvikelsehantering, egenkontroll och förbättringsarbete
- Regelbundet följa upp och analysera verksamheten med fokus på resultat och utveckling samt upprätta en årlig kvalitetsberättelse

Socialchef
Har det övergripande ansvaret för den operativa verksamheten på delegation av nämnden. Har möjlighet att vidaredelegera vissa uppgifter. Fördelar arbetet i verksamheten och beslutar om tillämpningsrutiner på områden där nämnden beslutat om riktlinjer. Upprättar en delegationsordning för vidaredelgationen

Verksamhetschefer
Ansvarar för att upprätta en laglista, anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning[7] genom att inventera och förteckna de viktiga kommunala styrdokumenten. Förteckningen ska delges underställda chefer vid nyanställning. Kvalitetssäkra tillämpningsrutiner för det egna verksamhetsområdet och ha en övergripande kontroll över tillsynsbeslut och allvarliga händelser. Regelbundet analysera den egna verksamheten för att kunna vidta förbättrande åtgärder samt redovisa resultat såsom öppna jämförelser och annan data. I ansvaret ingår att analysera verksamheten. I analysen ingår att årligen inför VEP välja ut förslag på mål, välja lämpliga nyckeltal och resultatmått samt föreslå plan för uppföljning och egenkontroll.

---

[5] 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen (2010:659), 14 kap 2 § Socialtjänstalgen (2001:453) , 24a§ Lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade
[6] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[7] 4 kap 1 § SOSFS 2011:9

Stabsfunktioner
Huvudansvar för uppdraget att utarbeta riktlinjer till nämndens ledningssystem ligger på stabsfunktionerna, i uppdraget ingår även att sammanställa en årlig och övergripande analys av hela verksamheten. I uppdraget för staben ingår även övergripande uppgifter, t.ex. inventeringar och utredningsarbete på uppdrag av socialchef. De områden som ingår i verksamheten fördelas enligt följande

- Kvalitetshandläggare – styrande dokument för socialtjänst; myndighetsutövning, individ och familjeomsorg och verksamhet enligt LSS. Ingår i utredningsteamet.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska – styrande dokument för sjukvård och äldreomsorg. Ingår i utredningsteamet.
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering – styrande dokument för sjukvård och äldreomsorg. Ingår i utredningsteamet.
- Systemförvaltare – aktuellt system, förvaltningsplan, informationsklassning och riskanalys samt styrande dokument för hanteringen.

Enhetschefer
Enhetschefen ansvarar för att upprätta en laglista som utgångspunkt för enhetens arbete samt identifiera processer och upprätta tillämpningsrutiner för den egna enheten och ansvarsområdet; Där det finns överenskommelser om samarbete och samordning mellan kommunen med andra huvudmän ska dessa ingå och tillämpningsrutiner utarbetas. Tillämpningsrutiner kvalitetssäkras av överordnad chef och beslutas av nämnd eller socialchef. Det ingår även att planera och leda enhetens arbete och att systematiskt arbeta med uppföljning och kontroll samt förbättring av verksamheten kvalitet på olika områden. I det ingår att sammanställa och analysera data för att utveckla enheten och innehållet i verksamheten.

Styrande och stödjande dokument

Dokumentnamn	**Innehåll**
Vård och omsorg - mål och framtidsfokus	Dokument som beskriver VON:s mål
Dokumenthantering i styrande dokument	Riktlinje för krav på dokumentation och dokumentstyrning
Process för styrande dokument	Riktlinje för arbetsprocessen för VON:s styrande dokument
Vård och omsorgsnämndens ledningssysstem	Riktlinje som beskriver delar och innehåll i VON.s ledningssystem
Risker för missförhållanden och missförhållanden	Riktlinje som beskriver hanteringen av risker och missförhållanden
Händelseanalys	Vägledning för arbetet med händelseanalys

Bilaga VON 2015/18/2

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Vård och omsorgsnämndens ledningssystem	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-02-05
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Ledningssystem för vård och omsorg

Innehåll

Ledningssystem för vård och omsorg 1
Syfte och innehåll 2
Fördelning av ansvar och uppgifter 2
Ledningssystemet olika delar 3
Gemensamt arbetssätt 3
Processer och rutiner 3
Systematiskt förbättringsarbete 4
Riskanalyser 4
Utredning av felhändelser och avvikelser 6
Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling 6
Uppföljning av kvaliten 7
Dokumentation, sammanställning och analys 7
Kvalitetsberättelse 8
Patientsäkerhetsberättelse 8

SALA KOMMUN

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

SYFTE OCH INNEHÅLL

Verksamheten omfattas av krav på ledningssystem[1] i vilket ingår styrande dokument såsom policys, program och planer från kommunfullmäktige samt riktlinjer, handlingsprogram, handlingsplaner och tillämpningsrutiner från nämnden, kommunstyrelsen och den egna verksamheten.

Ledningssystemet ska anpassas till verksamheten och till enheternas inriktning och omfattning[2]. De styrande dokumenten för verksamheten ska identifieras och ingå. Använda nivåer och strukturen är; ledning, kärnverksamhet och stöd. En laglista ska finnas som utgångspunkt för chefernas arbete.

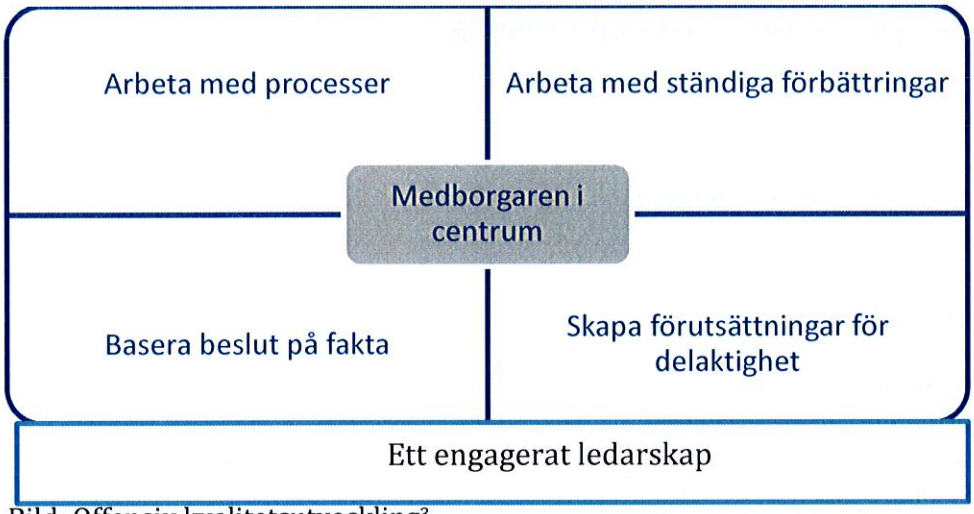


Bild: Offensiv kvalitetsutveckling[3]

FÖRDELNING AV ANSVAR OCH UPPGIFTER

Utgångspunkten är uppdraget, lagstiftning samt fullmäktiges och nämndens mål. Ansvaret för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[4] verksamheten ligger på ansvarig chef. I ansvaret ingår att förtydliga hur det ska göras och vilka delar som ingår för det egna verksamhetsområdet. Det innebär att chefen för sitt område ansvarar för följande delar

- Utforma rimliga mål med tydlig ambitionsnivå och tillhörande indikatorer som utgår från politiska mål och verksamhetens behov
- Upprätta en laglista samt uppdragsbeskrivning eller åtagandedokument
- Identifiera alla viktiga processer för kvalitet samt säkerställa att de dokumenteras i styrande dokument (tillämpningsrutiner)
- Kontinuerligt arbeta med systematisk förbättring; med riskanalyser, klagomål, avvikelsehantering, egenkontroll och förbättringsarbete
- Regelbundet följa upp och analysera verksamheten med fokus på resultat och utveckling samt upprätta en årlig kvalitetsberättelse

---

[1] 1 kap 1 § SOSFS 2011:9
[2] 4 kap 1 § SOSFS 2011:9
[3] Bergman, B, Klefsjö, B. Kvalitet från behov till användning, Lund:Studentlitteratur; 2007
[4] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9

LEDNINGSSYSTEMET OLIKA DELAR

Verksamhetsn mål utformas av politiken. Övergripande nationella mål för socialtjänsten finns i lagstiftningen. Det finns särskilda mål för pöola politikområden. Det tillkommer sedan lokala mål. Av dessa mål ska sedan väljas vilka som ska prioriteras. De omvandlas till mätbara mål och följs upp.

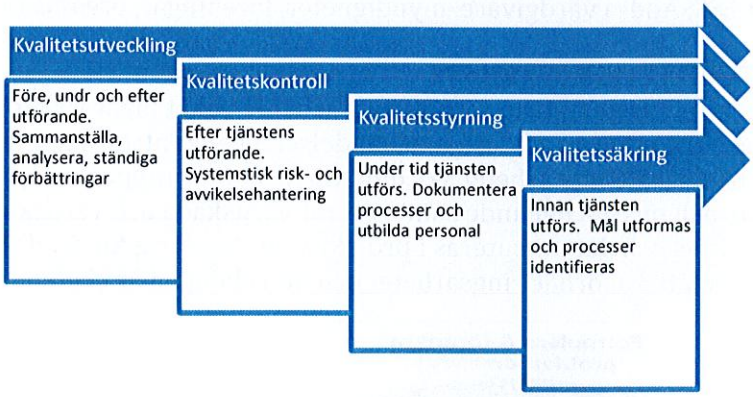


Bild: Bild efter Bergman och Klefsiö, 2001.

GEMENSAMT ARBETSSÄTT

Det arbetssätt som ska användas ska utgå från PDCA-hjulet. Arbetet ska planeras och chefen ska leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[5] verksamheten. I det dagliga arbetet ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

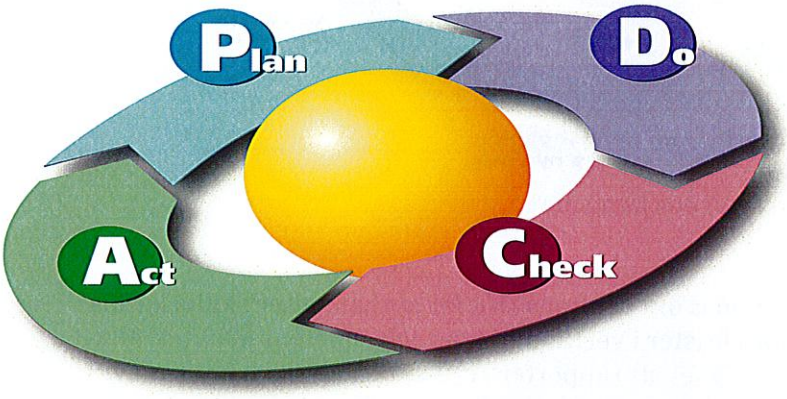


Bild: Wikipedia

PROCESSER OCH RUTINER

De processer som behövs för att säkra kvaliteten ska identifieras, beskrivas och fastställas. För varje process ska identifieras de aktiviteter som ingår och deras inbördes ordning. För varje aktivitet ska utarbetas de tillämpningsrutiner som behövs för enhetens kvalitet. Tillämpningsrutinerna ska beskriva tillvägagångssättet för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat[6]. Ansvarig för att identifiera processer och upprätta tillämpningsrutiner är chefen.

---

[5] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[6] 4 kap 2-4§§ SOSFS 2011:9

Verksamheten ska även identifiera samverkansprocesser där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Om hälso- och sjukvård bedrivs ska även identifieras processer där samverkan behövs för att förebygga vårdskada. Det ska framgå av tillämpningsrutiner hur samverkan ska bedrivas och säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller verksamhet enligt LSS; Andra vårdgivare, myndigheter, föreningar, organisationer[7].

SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Verksamheten ska ha ett systematiskt förbättringsarbete i vilket ingår risk- och avvikelsehantering, utredning av allvarliga felhändelser, egenkontroll samt förbättrande arbete. Förbättringsarbetet ska omfatta klagomål, rapportering av risk för missförhållande och missförhållande samt risk för vårdskada och vårdskada[8]. Utvecklingsarbete drivs och dokumenteras i projektform. Ansvarig för att driva och säkerställa det systematiska förbättringsarbetet och utvecklingen är chefen.

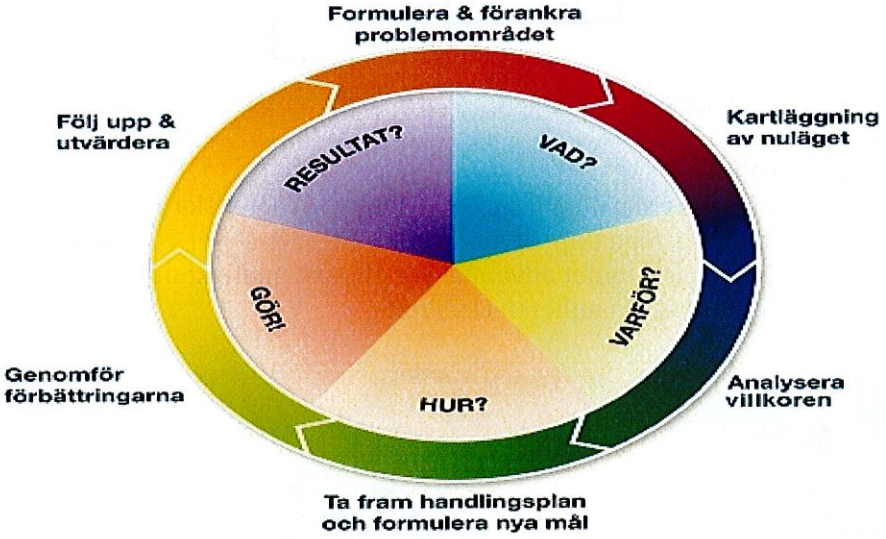


Bild: Västra Götalandsregionens hemsida[9]

Riskanalyser

Det ska fortlöpande bedömas om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens och enhetens kvalitet. Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera risker och de ska hanteras av ansvariga chefer enligt för detta upprättade riktlinjer. För varje rapporterad och identifierad risk ska ansvarig chef:[10]

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen/risken inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av identifierade risker om de inträffar
- Värdera de negativa konsekvenserna med hänsyn tagen till enskilda individer och medarbetare

---

7 4 kap 5-6 §§ SOSFS 2011:9
8 SOSFS 2011:9
9 http://jamlikvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-Jamlik-vard/jamlik_vard/Verksamhetsutveckling/Verksamhetsutveckling/Strategi/
10 5 kap 1§ SOSFS 2011:9

- Vidta åtgärder för att förhindra eller minska möjligheten för identifierade risker att inträffa
- Vid allvarliga konsekvenser för individen göra en mer omfattande riskanalys, vid behov med stöd av utredningsteamet

Rapportering, hantering och bedömning av risker ska dokumenteras. Enhetens riskanalyser ska delges verksamhetschefen. Det ska finnas en tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens riskhantering med fördelning av uppgifter och ansvar.

Klagomål och synpunkter
Verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från[11]

- Enskilda individer och deras närstående
- Medarbetare
- Vårdgivare
- Privat socialtjänst och privat verksamhet enligt LSS
- Myndigheter, och
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

Inlämnade klagomål och synpunkter ska hanteras, dokumenteras och besvaras av ansvarig chef. Det ska finnas en tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens hantering av synpunkter och klagomål med fördelning av uppgifter och ansvar.

Felhändelser och avvikelser
Verksamheten ska ta emot och utreda händelser i verksamheten och på enheterna som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för missförhållande eller missförhållande samt en risk för vårdskada eller vårdskada[12] . För varje felhändelse ska den ansvarige chefen:[13]

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar igen
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen
- Vid allvarliga konsekvenser för individen aktualisera utredning med händelseanalys via verksamhetens utredningsteam
- Vidta omedelbara åtgärder för att förhindra skada eller upprepning
- Föreslå ett ställningstagande som är motiverat
- Vidta långsiktiga åtgärder för att förhindra eller minska möjligheten för att felhändelsen ska inträffa igen

Det finns en skyldighet att snarast avhjälpa eller undanröja risken för missförhållanden och missförhållandet samt att dokumentera både rapportering och hantering[14]. Rapporterade felhändelser ska hanteras, dokumenteras och åtgärdas. Det är ett uppdrag för ansvarig chef på enheten. Det ska upprättas en

[11] 5 kap 3 § SOSFS 2011:9
[12] 5 kap 4§ SOSFS 2011:9
[13] 5 kap 1§ SOSFS 2011:9
[14] 5 kap 5 § SOSFS 2011:9

tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens hantering av felhändelser samt fördelning av uppgifter och ansvar.

Utredning av felhändelser och avvikelser
Verksamheten ska utreda alla klagomål och synpunkter samt rapporter om risker, missförhållanden och vårdskador. Utredningen ska ha en sådan omfattning att den kan tillhandahålla ett underlag för ett motiverat ställningstagande och beslut. Inför varje rapporterad risk, missförhållande eller vårdskada ska ansvarig chef bedöma allvaret med hänsyn tagen till konsekvenserna för berörd person enligt särskild bedömningsmall. Alla felhändelser ska utredas och risker värderas. Om felhändelsen eller risken är av allvarlig art ska den rapporteras till överordnad chef. Som allvarlig art ses händelser med negativa konsekvenser för personen alternativt påtaglig risk som hade kunnat medföra negativa konsekvenser. Överordnad chef ansvarar för att utreda händelsen och besluta om åtgärder, utredning görs i samråd med utredningsteamet. För felhändelse av allvarlig art inom sjukvård ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) för utredning och beslut om åtgärder, i samråd med utredningstem och ansvarig verksamhetschef enligt 29§ Hälso och sjukvårdslagen.

Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling
Ansvarig chef har uppdraget att med utgångspunkt från resultatet av utredningar och sammanställning med tillhörande analys vidta de åtgärder som bedöms nödvändiga för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultatet visar att verksamhetens processer eller rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så ska de ändras och förbättras[15].

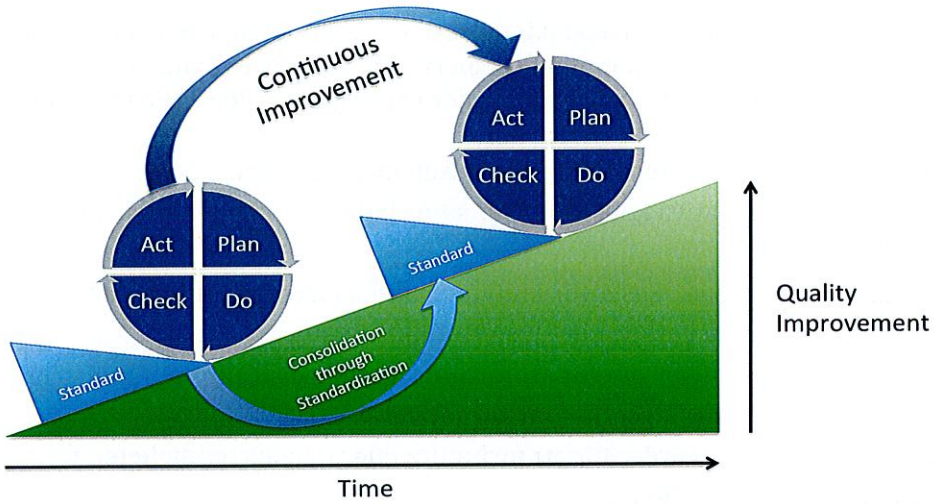
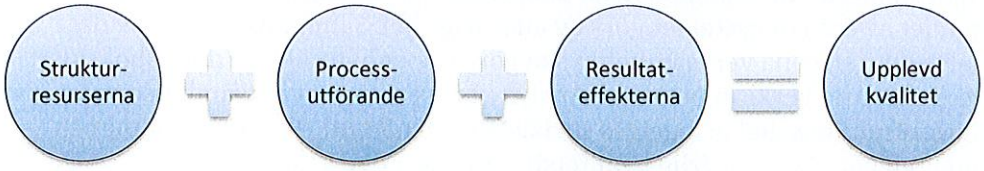


Bild: Wikipedia

När utredning har gjorts av annan och beslut om åtgärder beslutas av överordnad chef eller MAS ansvarar beslutsfattaren för att följa upp att planerade åtgärder genomförs som tänkt samt kontrollerar om det medfört önskat resultat.
För utvecklingsarbete används projekt som arbetsmetod och för dokumentationen används de projektmallar som ingår i ProSala; nämndens projektportfölj.

[15] 5 kap 7-8§§ SOSFS 2011:9

UPPFÖLJNING AV KVALITEN



Uppföljning ska göras på viktiga områden. Kvalitetsområden för socialtjänsten är

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning av insatser
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad socialtjänst
- Tillgänglighet
- Effektivitet

För alla verksamheter ska väljas indikatorer och mått. Måtten bör omfatta både process och resultatmått. Det bör övervägas användning av data från befintliga undersökningar såsom KKiK och Öppna jämförelser.

Egenkontroll

Ansvariga chefer ska utöva internrevison s.k. egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att ansvariga ska kunna säkra verksamhetens kvalitet[16]. Egenkontrollen ska planeras och omfatta

- Värderingar; bemötande och förhållningssätt – enligt plan av enheten
- Det systematiska förbättringsarbetet – enligt plan av enheten
- Granskning av enhetens dokumentation – enligt plan av enheten
- Målgruppsundersökningar – övergripande av verksamhetschef/stab; kund, brukare, närstående , medarbetare
- En internrevision - övergripande årlig kontroll av stab
- Enhetens resultat med uppgifter från kvalitetsregister för äldreomsorgen- enligt plan av enheten och årligen övergripande av MAS och MAR
- Öppna jämförelser på valda områden – årligen övergripande av verksamhetschefer/stab

Det ska finnas en plan för egenkontroll i de olika verksamheterna. Att identifiera områden som ska ingå och planera för genomförandet av egenkontroll är ett uppdrag för ansvarig verksamhetschef. Att fortlöpande utöva egenkontroll enligt plan på den egna enheten är ett uppdrag för ansvarig enhetschef. Att utöva årlig egenkontroll och sammanställa data från kvalitetsregister är ett uppdrag för staben.

DOKUMENTATION, SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras[17]. För enheten inkomna rapporter om risker, missförhållanden och vårdskador samt klagomål och synpunkter bör sammanställas kvartalsvis och analyseras för att på enhetsnivå se mönster eller trender som

---

[16] 5 kap 2 § SOSFS 2011:9
[17] 7 kap 1 § SOSFS 2011:9

indikerar brister i verksamheten[18]. För det systematiska förbättrande arbetet används olika instrument för att dokumentera hanteringen samt särskilda analysinstrument för att sammanställa underlaget på samma sätt på alla enheter. Uthämtandet av data ut systemet görs av ansvarig chef. Sammanställning av data med analys för den egna verksamheten ska göras av enhetschef till delårsbokslutet och delges ansvarig verksamhetschef. Analys görs sedan per verksamhetsområde av ansvarig verksamhetschef och delges socialchef och nämnd. För alla enheter och verksamheten görs även en årlig kvalitetsberättelse. I den sammanställs, dokumenteras och analyseras enhetens systematiska förbättringsarbete. För sjukvård även uppgifter till patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten ska med dokumentationen från enheterna som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Ansvarig för kvalitetsberättelse är för respektive område, kvalitetshandläggare och MAS. Av den ska framgå

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår ;
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- Vilka resultat som har uppnåtts

Kvalitetsberättelsen ska vara tillgänglig för den som önskar ta del av den. Det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits. Informationsbehovet hos olika externa intressenter har tillgodosetts.

Patientsäkerhetsberättelse

Verksamheten ska senast den 1 mars varje år upprätta patientsäkerhetsberättelse[19] Ansvariga är MAS och MAR för respektive ansvarsområde. Utöver vad som framgår i Patientsäkerhetslagen (PSL) ska den innehålla uppgift om hur[20]

- ansvaret har varit fördelat,
- patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga vårdskada,
- risker för vårdskador hanteras,
- rapporter enligt 6 kap 4 § PSL har hanterats och
- inkomna klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

Det ska framgå hur många händelser som utretts enligt 3 kap 3 § PSL under föregående kalenderår och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits i verksamhetens olika delar.

---

[18] 5 kap 6§ SOSFS 2011:9
[19] 3 kap 10§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)
[20] 3 kap 9§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Bilaga VON 2015/18/3

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-01-120 UTGÅVA: 1

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Risker och missförhållanden	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-02-05
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Rapportering av risker och missförhållanden

Innehåll

Rapportering av risker och missförhållanden 1
Syftet med Lex Sarah 2
Avsikten är att identifiera systemfel, inte att peka ut enskilda medarbetare 2
Information till medarbetare 2
Vem är skyldig att rapportera? 2
Vad ska rapporteras ? 3
Vad är risker och missförhållanden? 3
När och hur ska rapport göras? 3
Att bedöma och undanröja risker 3
Att vidta åtgärder 4
Att utreda 4
Om det inträffade är ett brott 4
Beslut med motivering 5
Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg 5
Stöd och information till den enskilde 5
Information till nämnd 5
Uppföljning och återföring ger lärande 6
Tillämpningsrutin 6
Privata utförare – yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet 6
Avslut och förvaring 6

Denna riktlinje gäller i all verksamhet underställd Vård och omsorgsnämnden och som omfattas av 14 kap. 3–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL respektive 24 b–g §§ och 23 e § LSS, 51 kap 51 kap 2§ SFB samt SOSFS 2011:5. Riktlinjen gäller i valda delar även entreprenader och verksamhet enligt lag om valfrihet, LOV.

Syftet med Lex Sarah

Lex Sarah rapporter är en del av det systematisk förbättringsarbetet och syftar till:

- Att komma tillrätta med brister i verksamheten
- Att rätta till missförhållanden och förhindra upprepning
- Att utveckla och förbättra verksamheten

Avsikten är att identifiera systemfel, inte att peka ut enskilda medarbetare.

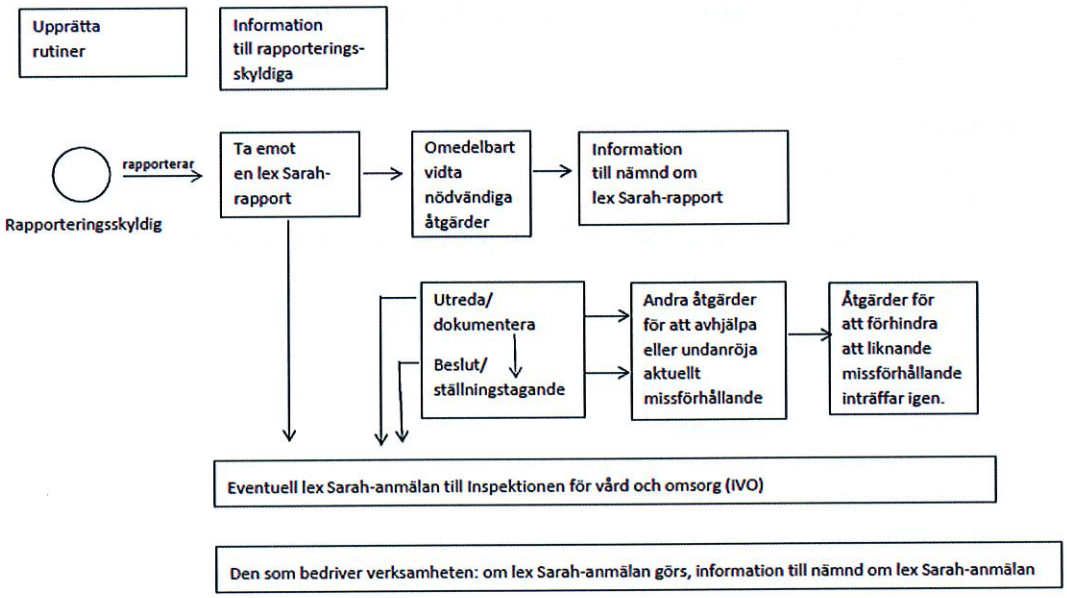


Bild: Centrala moment i Lex sarah[1].

Information till medarbetare

Alla medarbetare ska i samband med anställning, uppdrag eller om de annars tillåts delta i verksamheten, informeras om sitt ansvar att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. De ska även veta vem som utsetts att ta emot rapporten samt hur rutinerna för hanteringen ser ut.

Information ska omfatta vad som i verksamheten kan ses som missförhållanden och risk för missförhållanden och det system som används, LISA, ska ingå som en del i introduktionen. LISA ska vara lätt tillgänglig för alla nämndens medarbetare.

Informationen ska lämnas såväl muntligt som skriftligt (se blankett Medarbetares skyldighet att rapportera). Informationen ska därefter minst en gång per år tas upp och gås igenom i respektive personalgrupp på abetsplatsträffen.

Vem är skyldig att rapportera?

Alla medarbetare, de yrkesverksamma, är skyldiga att rapportera risker och missförhållanden[2]:

---

[1] Handbok för tillämpning av Lex Sarah, 2015, Socialstyrelsen
[2] 2 kap. 1 § SOSFS 2011:5

- Anställda
- Uppdragstagare
- Praktikanter eller motsvarande

Skyldigheten omfattar både myndighetsutövning och utförande, alla insatser ingår:

- individuellt inriktade insatser
- allmänt inriktade insatser
- strukturinriktade insatser

Vad ska rapporteras ?

Medarbetare ska ***genast r***apportera om hen uppmärksammar eller får kännedom om ett ***missförhållande*** eller en ***påtaglig risk för missförhållande***[3] som rör den som får eller kan komma ifråga för insatser i nämndens verksamheter.

Det kan vara utförda handlingar såväl som handlingar som någon har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och/eller psykiska hälsa[4]. Med en påtaglig risk för missförhållande avses en uppenbar och konkret risk.

Vad är risker och missförhållanden?

Det är medarbetaren själv som bedömer situationen. Missförhållandet eller risken

- ska ha inträffat i eller ha en koppling till verksamheten
- ska avse person som får eller kan komma ifråga för insatser i verksamheten
- ska ha medfört eller riskerar att medföra konsekvenser för personens liv, säkerhet eller hälsa (fysisk eller psykisk)

När och hur ska rapport göras?

Rapporteringen ska göras omgående i systemet LISA till närmast ansvarig chef. Om chefen inte är i tjänst lämnas rapport till ställföreträdare eller överordnad chef. I verksamhet där LISA inte finns görs rapport på blanketten; händelserapport. Rapporteringen ska dokumenteras och beskriva situationen. Det ska noteras

- hur och när situationen uppstod, vilka som var närvarande
- vilka konsekvenser som uppstod för personen eller personerna
- vilka åtgärder som vidtagits i det akuta skedet för att förhindra upprepning.

Om chefen själv berörs sker rapportering direkt till överordnad chef som då övertar ansvaret. Överordnad chef ska omgående informera verksamhetens ledning och nämnden om den uppkomna situationen.

Att bedöma och undanröja risker

I samband med inträffad händelse ska medarbetare förvissa sig om att personen inte utsätts för skada i den akuta situationen. Chefen ska bedöma om det inträffade har inneburit eller kunde ha inneburit allvarliga konsekvenser för personen. För

---

[3] 14 kap 6§ SoL, 7 kap 6§ SoL, 23 e§LSS, 24e§ LSS
[4] 14 kap 3§ sol och 24 b § LSS

bedömningen avänds en checklista och en analysinstrument för konsekvensbedömningen. Chefen ansvarar även för att så snart möjligt informera verksamhetsledning och MAS.

Om bedömningen är att konsekvenserna är allvarliga ska utredningen överlämnas till verksamhetschefen som ansvarar för att situationen utreds. Chefen ansvarar för att uppgifterna lämnas inom systemet LISA eller på annat sätt till utredaren eller utredningsteamet. Det som avses är diarienummer, rapporter och annat efterfrågat underlag som finns i form av journaler, rutiner och egna bedömningar

Att vidta åtgärder
Ansvarig chef ska vidta omedelbara åtgärder för att förhindra att missförhållandet fortsätter eller upprepas. Åtgärder ska vidtas oavsett om situationen är klarlagd eller inte och ska medföra att:

- direkta hot mot personens liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa undanröjs omgående
- konsekvenserna för personens liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa inte förvärras,

Chefen ansvarar även för att rapporten eller rapporterna skrivs och diarieförs. Alla rapporter ska diarieföras på en objektsregistrering för den aktuella enheten.

Att utreda
Utredning av händelser ska alltid göras med händelseanalysmetoden om det inträffade medfört allvarliga konsekvenser d v s är en allvarlig händelse. De kommuniceras alltid med Vård och omsorgsnämndens utredningsteam innan beslut. Utredning påbörjas snarast, dokumenteras och görs skyndsamt[5]. I de flesta fall kan som mest en månad ses som rimlig tid för att utreda och besluta[6]. Syftet är att identifiera faktorer som medför att ett missförhållande fortsätter eller uppstår igen. Orsakssambanden behöver klarläggas och tydliggöras. En riskbedömning måste göras med hänsyn tagen till situation och konsekvenser. Dokumentationen ska föras fortlöpande av involverade personer. Genomförd utredning och orsaksanalys sammanställs av utredaren. Åtgärder som vidtagits eller planeras ska dokumenteras. Händelseanalyser av allvarliga händelser beslutas av socialchef.

Om det inträffade är ett brott
Om personen skadas eller utsätts för ett fysiskt ingripande, ingripande misstänks vara övergrepp eller nödrätt använts för att avvärja fara för liv eller hälsa, görs alltid en utredning. Om rapporterad händelse kan antas vara ett övergrepp och/eller ses som brott ska chef ta upp frågan om polisanmälan med berörd person eller legal ställföreträdare. Övergrepp kan vara:

- Fysiska övergrepp, som örfilar, slag eller annan form av misshandel
- Psykiska övergrepp, som allvarliga eller återkommande hot, trakasserier eller kränkningar.

---

[5] 14 kap. 6 § SoL och 7 kap. 6 § SoL respektive 24 e § och 23 e § LSS
[6] 14 kap 6§ SoL 7 kap 6§SoL, 23 e§ LSS, 24e§ LSS

- Sexuella övergrepp, som sexuella handlingar med inslag av tvång eller våld

Har berörd person förmåga att själv ta ställning och uttryckligen motsätter sig en polisanmälan vägs det in men situationen kan ändå vara sådan att polisanmälan behöver göras. En prövning mot tystnadsplikten ska alltid göras. Ansvarig chef dokumenterar den enskildes önskemål och informerar ledningen om bedömning samt skälen för denna. Har ett övergrepp begåtts av medarbetare eller misstanke finns att övergrepp begätts ska åtgärder vidtas omedelbart för att säkerställa att det inte kan upprepas. Om medarbetare är skyldig till brott bör det polisanmälas. Det fackliga ombudet ska kontaktas om den anställde avstängs från arbetsplatsen under utredningen. Om medarbetare begår övergrepp ska åtgärder vidtas i form av varning eller uppsägning. Åtgärderna beslutas i samråd med personalavdelningen.

Om polisanmälan görs kan verksamheten behöva vänta med att utreda händelsen p.g.a. förundersökningssekretess. Rådgör då alltid med polisen innan utredning påbörjas. Om verksamheten avvaktar ska skälet dokumenteras.

Besiut med motivering
Utredningen ska innehålla ett av utredaren motiverat ställningstagande; om det är en påtaglig risk för ett missförhållande, ett allvarligt missförhållande eller inte.

Bedömningen är beroende av konsekvenserna för personens liv, personliga säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa. Kvalitetsgranskning av utredning och beslut görs av utredningteamet och socialchefen beslutar.

Information, ställningstagande och beslut ska sedan återföras av utredaren till ansvarig chef, medarbetare, berörd person och eventuell legal ställföreträdare eller vårdnadshavare samt Vård och omsorgsnämnden.

Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg
Om utredning visar att det inträffade är eller var ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig och konkret risk för ett allvarligt missförhållande ska det anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Anmälan ska göras så snart möjligt[7] av verksamhetschefen . Till anmälan bifogas slutrapport (händelsenalysen), flödesschema och bilagor. Den lämnas in senast två månader efter händelsen.

Stöd och information till den enskilde
Chefen ansvarar för att informera berörd person om det inträffade samt beslutet. Chefen bedömer i samråd med utredaren om det finns behov av stöd till berörd person och/eller medarbetare. Om stöd behövs ordnas det så snart möjligt.

Information till nämnd
I kommunen ansvarar verksamhetschef för information till nämnd om om rapporterade och inträffade risker och missförhållanden. Information lämnas även om utredning och beslut, planerade åtgärder samt eventuell anmälan till Inspektionen för vård och omsorg. För privat verksamhet ansvarar person som är utsedd att förestå verksamheten för att informera nämnden. Uppgifterna ska lämnas inom 5 dagar till nämnd eller för detta utsedd tjänsteman.

---

[7] 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS

Utförare , privata och kommunala, ska minst 2 ggr per år lämna statistik på andelen klagomål, risker och missförhållanden samt allvarliga risker och allvarliga missförhållanden. Statistiken ska sammanställas och innehålla en analys av den ansvarige chefen.

Uppföljning och återföring för lärande

Rapporterade händelser återförs till enhetens medarbetare av ansvarig chef. Beslutade åtgärder följs upp och dokumenteras. Chefen ansvarar för att delge erfarenheterna från utredningar i egna verksamheten. De återförs och används i det systematiska kvalitetsarbete. Rapporterade och anmälda händelser följs upp månadsvis på arbetsplatsträff, chefsmöte samt på stabs- och ledningsmöte.

En sammanställning görs av cheferna till delårsrapporten. Den omfattar antal rapporterade risker och händelser, antal allvarliga risker eller allvarliga händelser samt orsaker och vidtagna åtgärder. Underlaget analyseras två gånger om året. Vid årets slut skruvs en kvalitetsberättelse.

Tillämpningsrutin

En tillämpningsrutin ska upprättas för rapporteringsskyldigheten. Rutinen ska beskriva hela händelseförloppet från skyldighet att rapportera till hur händelsen utreds och behandlas i verksamheten. Ansvarig för att upprätta och årligen revidera tillämpningsrutin är chefen. Verksamhetschef informerar enhetschefen och enhetschefen sina medarbetare. Om ansvaret överlåts till annan arbetsledare ska det framgå av tillämpningsrutinen.

Yrkesmässigt bedriven verksamhet

Skyldigheten att rapportera risker och missförhållanden gäller för yrkesmässigt bedriven, privat, verksamhet. En motsvarande skyldighet finns att rapportera samt att upprätta en rutin för hantering, utredning och anmälan. Rutinen ska följa SOSFS 2011:5, beslutas av företagets ledning och kvalitetssäkras av nämnden. .

Avslut och förvaring

Inkommen rapport och utredning med flödesscheman , åtgärdsplaner och bilagor bevaras 5 år i verksamheten. De ska diarieföras på den aktuella enheten, d v s där de inträffade och rapporterades. De diarieförs på objektsregistrering för enheten.

Stöddokument

Dokumentnamn	Innehåll
Informationsmaterial - medarbetare	Information om medarbetares skyldighet
Rapportblad - medarbetare	Blankett för rapporten
Checklista för bedömning av missförhållanden	Blankett: Checklista för bedömning
Checklista för rapport/dokumentation	Blankett: Checklista för dokumentationen
Händelseanalysmall – utredning	Händelseanalys– vad den bör innehålla
Vägledning: Händelsenalys	Information om hur händelseanalys går till

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Kirsi Kirpislidis

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Ledningssystem

UPPRÄTTADE STYRDOKUMENT – INFORMATIONSSÄKERHETSPOLICY OCH RIKTLINJE FÖR INFORMATIONSSÄKERHET

Sammanfattning av ärendet

För Vård och omsorgsnämndens verksamhet ställs det upp nationella krav i lagstiftning om en Informationssäkerhetspolicy som tydliggör hur verksamheten hanterar informationstillgångar. Det finns även krav på Säkerhetspolicy för hanteringen av personuppgifter både för Vård och omsorgsnämndens och övriga kommunens verksamheter. Upprättad informationspolicy uppfyller de krav som ställs i lagstiftningen på Informationssäkerhetspolicy och Säkerhetspolicy.

Policyn är ett övergripande dokument som beskriver kommunens mål och viljeinriktning, definierar viktiga begrepp samt tydliggör kommunens säkerhetsstrategi. För att förvaltningens olika verksamheter ska kunna arbeta likriktat och effektivt har policyn kompletterats med en riktlinje som mer ingående beskriver hur organisationen bör se ut, hur ansvaret fördelas samt de olika delarna som ska ingå i arbetet med informationssäkerhet.

Vid genomgången visas en film för ledningen som förklarar nyttan med att arbeta för en bra informationssäkerhet från: www.informationssäkerhet.se. Följ länken:

https://www.informationssakerhet.se/sv/kompetensutveckling/Filmer/Kommunledning/

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta

att överlämna Informationssäkerhetspolicy och Riktlinjen för informationssäkerhet till kommunfullmäktige för fastställande.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Informationspolicy

Bilaga: Riktlinje för Informationssäkerhet

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Bilaga KON 2015/18/4

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-01-16

VERSION/UTGÅVA: 1

KOMMUNSTYRELSEFÖRVALTNINGEN

Informationssäkerhetspolicy

Ledningssystem		GILTIGHETSTID
DOKUMENTNAMN Informationssäkerhetspolicy	DOKUMENTTYP Policy	BESLUTAD 2015-
ORGANISATION/GÄLLER FÖR Sala kommun	DOKUMENTÄGARE Kommunchef	DIARIENUMMER 2015/106
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

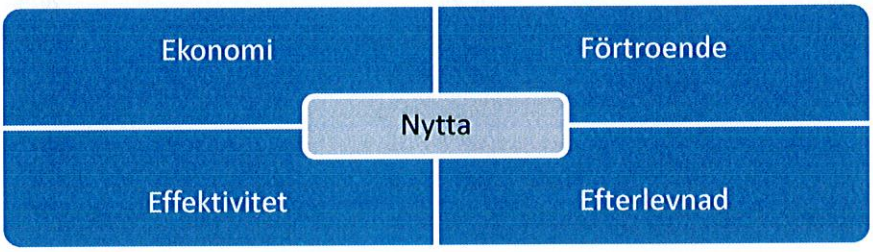
Innehåll

Informationssäkerhetspolicy 1
Informationssäkerhetspolicy 2
Allmänt om informationssäkerhet 2
Ansvaret för information och informationssäkerhet 2
Vad är informationssäkerhet 3
Mål för informationssäkerhetsarbetet 3
Syftet med informationssäkerhetspolicy 3
Salas säkerhetsstrategi 4
Integrerat informationssäkerhetsarbete 4
Utbildning 4
Förvaltning och säker hantering 4
Förbättring och utveckling 5
Egenkontroll- internrevision 5
Organisation, roller och ansvar 5
Externa samverkansparter – privat verksamhet 6

Kommunstyrelseförvaltningen

INFORMATIONSSÄKERHETSPOLICY

Denna policy tydliggör de krav som ställs på hantering av information och informationssäkerhet i Sala kommun. Policyn gäller för kommunal verksamhet, men även för kommunala bolag och kan även vara aktuell för externa utförare enligt avtal. Policyn tydliggör kommunledningens mål och viljeinriktning samt ansvaret för informationssäkerhetsarbetet. Här ingår även hantering av personuppgifter enligt personuppgiftslagen SFS 1998:204 och personuppgiftsförordningen SFS 1998:1191.



I Sala kommun erbjuds medborgare en kommunal service av hög kvalitet; Verksamheten drivs rättssäkert och kostnadseffektivt. Medborgare ska ha förtroende för att information hanteras säkert, den sprids inte till obehöriga.

Allmänt om informationssäkerhet

Verksamheternas informationsförsörjning är en viktig del av kommunens totala informationssäkerhet och arbetet ska bedrivas systematiskt och långsiktigt. Information är en kunskapsbärare och en viktig tillgång. Hantering och arbete med informationssäkerhet utgår från

- Lagar, förordningar och föreskrifter
- Kommunens egna regler och beslut
- Avtal

Informationstillgångar - avser all information oavsett om den behandlas manuellt eller automatiserat samt oberoende av dess form och vilken miljö den förekommer (datorer, telefonsamtal, papper, teknik eller IT-system).

Informationssäkerhet- är organisationens förmåga att hantera informationen så att legala, etiska och verksamhetsmässiga intentioner upprätthålls.

Personuppgifter- all slags information som direkt eller indirekt kan kopplas till en fysisk person som är i livet.

Ansvaret för information och informationssäkerhet

Information och informationssäkerhet ses som en integrerad del av verksamheten. Alla användare och medarbetare som hanterar information och system har ett ansvar för att upprätthålla en god informationssäkerhet. Det ingår ett personligt ansvar att ta till sig och följa gällande regelverk och styrande dokument. Alla medarbetare ska vara införstådda med den egna verksamhetens krav och rapportera händelser som påverkar informationssäkerheten. Det är ett ansvar för chefer på alla nivåer att arbeta för en god informationssäkerhet i den egna verksamheten. I samband med att personal anställs och får tillgång till olika system ansvarar anställande chef för att information ges om hur information och system ska hanteras. Informationen ska ingå i introduktionen. Den som använder kommunens

informationstillgångar på ett sätt som strider mot denna policy eller lagstiftning kan bli föremål för disciplinära eller rättsliga åtgärder.

VAD ÄR INFORMATIONSSÄKERHET[1]

Konfidentialitet: information avslöjas inte för och är inte tillgänglig för obehöriga (används ofta i betydelsen sekretess)

Riktighet: information skyddas mot oönskad och obehörig förändring eller förstörelse (primär information är exakt och fullständig)

Tillgänglighet: informationen är tillgänglig i förväntad utsträckning och inom önskad tid (åtkomlig och användbar)

Spårbarhet: att i efterhand entydigt kunna härleda specifika aktiviteter eller händelser till ett identifierat objekt eller användare (vem, vad och när)

Analys och bedömning görs i förhållande till de fyra definitionerna ovan samt med hänsyn tagen till kommunstyrelsens mål.

MÅL FÖR INFORMATIONSSÄKERHETSARBETET

Personuppgifter behandlas lagligt och all information hanteras säkert. Kommunens verksamheter och medarbetare ska

- ha god kunskap om informationssäkerhet,
- använda sig av säkra system med funktionella tekniska lösningar för hantering av information och personuppgifter,
- ha fungerande administrativa riktlinjer och tillämpningsrutiner,
- rapportera fel och säkerhetsincidenter, samt
- årligen analysera informationssäkerheten i verksamheten

Syftet med informationssäkerhetspolicy

Syftet är att skydda medborgare mot att deras personliga integritet kränks. Personuppgiftslagen som reglerar hur personuppgifter får behandlas. Lagen är subsidiär; Om det i annan lag eller förordning finns bestämmelser som avviker från denna lag ska den bestämmelsen gälla[2]. Avvikande bestämmelser finns t.ex. inom socialtjänsten, sjukvården och för hanteringen i olika register. Behandling av uppgifter med informationsteknik (IT) kräver att uppgifter skyddas i samband med hantering och i systemen. Vilka säkerhetsåtgärder som behövs är beroende av vilka uppgifter som behandlas[3]. Störningar som medför att uppgifter förstörs, blir felaktiga/missvisande eller sprids till obehöriga måste undvikas[4].

---

[1] Definition enligt SS-ISO/IEC 27001
[2] 1-2 §§ Personuppgiftslagen (1998:204)
[3] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd
[4] 48§ Personuppgiftslagen (1998:204)

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

SALAS SÄKERHETSSTRATEGI

En bra informationssäkerhet bygger på säkra system och användare som känner till hur information ska hanteras på ett säkert sätt.

Integrerat informationssäkerhetsarbete

Arbetet med och dokumentationen av informationssäkerhet och system bör ingå som en del i ett integrerat ledningssystem där delen som rör informationssäkerhet benämns, ledningssystem för informationssäkerhet, LIS. Ett praktiskt stöd för ett systematiskt informationssäkerhetsarbete finns på: www.informationssäkerhet.se

Arbetet med informationssäkerhet avser både tekniska åtgärder i vilket inräknas brandväggar, krypteringsfunktioner och antivirus och organisatoriska åtgärder som handlar om organisationen, utbildning, policys, riktlinjer och tillämpningsrutiner samt revisioner. Vidtagna åtgärder ska åstadkomma en säkerhetsnivå som är lämplig med hänsyn tagen till[5]:

- Tekniska möjligheter
- Kostnader för genomförande
- Särskilda risker som finns med behandling av personuppgifter
- Personuppgifternas känslighet

Utbildning

Användare ska erbjudas utbildning och kompetensutveckling i lämplig form[6]. Anställande chef ansvarar för att medarbetare utbildas i informationsäkerhet. Utbildning finns tillgänglig; http://disa.msb.se samt http://isa.msb.se

Förvaltning och säker hantering

Det för alla nämnder och i alla verksamheter upprättas styrande dokument för hantering av personuppgifter och system där personuppgifter behandlas framgå:

- Vad som är tillåtet
- Vilka konsekvenser regelbrott/missbruk kan medföra
- Hur efterlevnad ska följas upp
- Vem användare ska vända sig till vid misstänkt intrång/missbruk
- Ansvaret i de olika delar som ingår

För hantering av information, uppgifter och system ska nämnder och verksamheter

- Säkerställa att informationsklassning och kontinuitetsanalyser genomförs, att säkerhetsincidenter och fel rapporteras samt att informationssäkerheten regelbundet analyseras
- Utbilda alla medarbetare i informationssäkerhet via DISA
- Utse säkerhetssamordnare för samordning av informationssäkerhetsarbetet
- Utse systemansvariga för de system verksamheten äger
- Upprätta riktlinjer och tillämpningsrutiner för användare – för viktiga informationstillgångar (processer och system)
- Upprätta förvaltningsplaner - för system med informationsklassning och hantering: riskanalys, beskrivning samt ansvar och fördelning av uppgifter

[5] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd
[6] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd

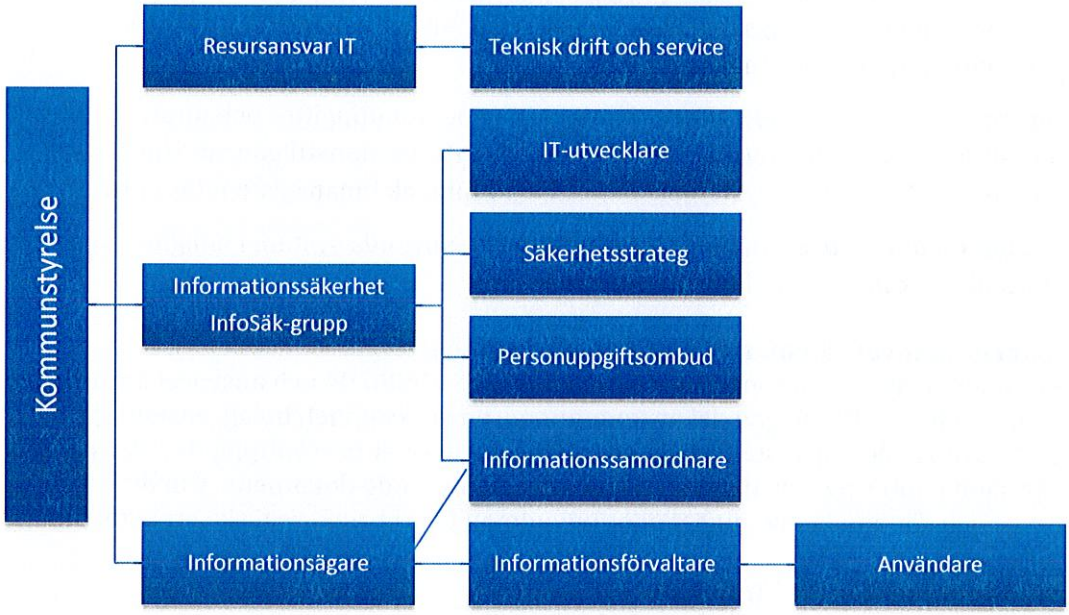
Förbättring och utveckling
Säkerhetspolicyn revideras årligen av säkerhetsstrateg och ska ingå som styrande dokument och kompletteras av kommunens övriga styrande dokument; policys, handlingsplaner, riktlinjer och tillämpningsrutiner.

Informationssamordnare analyserar årligen den egna verksamhetens informationssäkerhet. I det ingår rapporterade fel och säkerhetsincidenter för informationshantering samt förteckning över använda system. Tillsynsrapporter är en bedömning av hur väl verksamheten efterlever lagstiftning och ingår i den årliga analysen. Vid identifierade väsentliga risker, ska ingå en riskanalys och förslag på åtgärder. Analys delges säkerhetsstrateg , IT-chef och personuppgiftsombud.

Egenkontroll- internrevision
Uppföljning och rapportering görs av informationssamordnare och omfattar:

- Medarbetares kompetens; Andel medarbetare som kan uppvisa intyg på genomförd utbildning i DISA..
- Fungerande administrativa rutiner. Kontroll av att förvaltningsplan och styrande dokument för hanteringen finns upprättade
- Fungerande rapportering av säkerhetsincidenter finns för respektive nämnd och verksamhet.
- Analys av informationssäkerheten görs årligen, åtgärder vidtas vid risker.

ORGANISATION, ROLLER OCH ANSVAR



Personuppgiftsansvariga nämnder ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda uppgifterna. Personuppgiftssansvaret avgörs sedan av de faktiska omständigheterna d v s vem som bestämmer över informationen och behandlingen[7]. Om flera bestämmer är de tillsammans ansvariga. En användare som inte självständigt får ändra, komplettera eller radera uppgifter är inte ansvarig.

[7] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

Kommunstyrelsen- övergripande ansvar, att uppprätta mål och säkerhetsstrategi samt organisation för och revision av informationssäkerheten. Kommunchef har yttersta ansvaret för genomförande och efterlevnad.

Resursansvar IT –förvaltning och drift av system samt teknisk support. Kommunens IT-avdelning eller annan leverantör enligt avtal.

IT-strateg –Bedöma vilka tekniska åtgärder som är lämpliga i tänkta system. IT-chef eller av denne utsedd person med teknisk kompetens. Ingår i InfoSäk.

Säkerhetsstrateg - sammanställa inkomna underlag och analysera kommunens totala informationssäkerhet. Vid identifierade väsentliga risker upprättas handlingsplan med förslag på åtgärder till kommunledningen. . Ingår i InfoSäk

Personuppgiftsansvarig- följa upp interna kontroller av behandlingar som görs, påpeka brister och om de inte korrigeras, anmäla till Datainspektionen. Föra förteckning över system och samråda med Datainspektionen. Ingår i InfoSäk.

Informationsägare/systemägare – *Nämnder/verksamheter* Ansvar för personregister och system som används. Ska upprätta styrande dokument för säker hantering. Bedöma och vidta organisatoriska åtgärder i samråd med IT-avdelning och personuppgiftsansvarig. Utse säkerhetssamordnar och systemförvaltare.

Informationssamordnare- samordna verksamhetens informationssäkerhetsarbete, göra årlig GAP-analys, koninuitetsplan samt sammanställa rapporterade incidenter och vidtagna förbättringsåtgärder. Delger riskanalyser och incidentdata till personuppgiftsombud. Ingår i InfoSäk.

Informations/systemförvaltare- hantering av personuppgifter och upprättande av förvaltningsplan och informationsklassning av informationstillgångar. Upprättar styrande dokument för systemet. Samråd med InfoSäk innan system tas i drift.

Övriga medarbetare – hantera information och använda system i enlighet med de styrande dokument som finns upprättade.

Externa samverkansparter – privat verksamhet
Kommunen är personuppgiftsansvarig enligt SFS 1998:204 och ansvaret är fördelat på nämnderna . Där någon del av kommunen, en verksamhet, bolag, enskild (privat) verksamhet eller en anställd självständigt förfogar över personuppgifter ska samråd ske samt hantering och ansvar tydliggöras i ett styrande dokument. Om driften är ett ansvar för annan myndighet eller huvudman t.ex. i privat regi ska ett avtal finnas.

Stöddokument	**Innehåll**
Kontinuitetsplan	Beskriver hur kontinuitetsplan görs. Hämta på www.informationssakerhet.se
Riskanalys	Beskriver hur riskanalys görs. Hämta på www.informationssakerhet.se
Informationsäkerhet	KF:s riktlinje. Beskriver hur arbetet görs och informationsklassning görs (bedömningsmatris)

Bilaga VON 2015/18/5

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-01-18 VERSION/UTGÅVA: 1

KOMMUNSTYRELSEFÖRVALTNINGEN

Informationssäkerhet

Ledningssystem		GILTIGHETSTID
DOKUMENTNAMN Informationssäkerhet	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-
ORGANISATION/GÄLLER FÖR Sala kommun	DOKUMENTÄGARE Kommunchef	DIARIENUMMER 2015/106
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Innehåll

Informationssäkerhet 1
Inledning 2
Syftet med informationssäkerhetsarbetet 2
Organisation, roller och ansvar 2
Ansvaret för informationssäkerhet 3
Informationssäkerhetsgrupp – Referensgrupp InfoSäk 3
Hantering av informationstillgångar 3
Rättsliga krav 3
Styrande dokument 3
Förteckning av system 4
Förvaltningsplan 4
Klassificering av information 4
Kriterier för informationssäkerhet 4
Bedömning av nivåer och konsekvenser 5
Riskanalys och riskhantering 7
Hantering av incidenter 7
Uppföljning och revision 7
Egenkontroll- internrevision 7

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

INLEDNING

Verksamheternas informationsförsörjning är en viktig del av kommunens totala informationssäkerhet och arbetet ska bedrivas systematiskt och långsiktigt. Denna riktlinje ska användas av nämnder och verksamheter i Sala kommun samt bolag om bolagen använder sig av stadens gemensamma informationstillgångar.

Informationstillgångar/information- avser all information oavsett om den behandlas manuellt eller automatiserat samt oberoende av dess form och i vilken miljö den förekommer. Exempel på informationstillgångar är:

- Information (databaser, filer, dokument etc.)
- Program (system, operativsystem etc.)
- Tjänster (nätförbindelser och abonnemang)
- Fysiska tillgångar (datorer, lokala nätverk etc.)
- Informationsbärare (pappersdokument, mobiltelefoner, USB etc.)

Informationssäkerhet- omfattar all information och är organisationens förmåga att hantera informationen så att legala, etiska och verksamhetsmässiga intentioner upprätthålls.

Personuppgifter- all slags information som direkt eller indirekt kan kopplas till en fysisk person som är i livet.

Syftet med informationssäkerhetsarbetet

Information ska hanteras säkert: Kommunens verksamheter och medarbetare ska

- ha god kunskap om informationssäkerhet,
- använda sig av säkra system med funktionella tekniska lösningar för hantering av information och personuppgifter,
- ha fungerande administrativa riktlinjer och tillämpningsrutiner,
- rapportera fel och säkerhetsincidenter, samt
- årligen analysera informationssäkerheten i verksamheten

Syftet är att skydda medborgare mot att deras personliga integritet kränks. Behandling av uppgifter med informationsteknik (IT) kräver att uppgifter skyddas i samband med hantering och i systemen. Vilka säkerhetsåtgärder som behövs är beroende av vilka uppgifter som behandlas[1]. Störningar som medför att uppgifter förstörs, blir felaktiga/missvisande eller sprids till obehöriga måste undvikas[2].

ORGANISATION, ROLLER OCH ANSVAR

Kommunen är personuppgiftsansvarig och ansvaret är fördelat på nämnderna. Ansvaret avgörs sedan av de faktiska omständigheterna i det aktuella fallet d v s vem som faktiskt bestämmer över informationen och behandlingen av uppgifter. En användare som inte självständigt får ändra, komplettera eller radera uppgifter är

[1] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd
[2] 48§ Personuppgiftslagen (1998:204)

inte ansvarig. Den ansvarige ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda uppgifterna.

Ansvaret för informationssäkerhet
Information och informationssäkerhet ses som en integrerad del av verksamheten. Alla användare och medarbetare som hanterar information och system har ett ansvar för att upprätthålla en god informationssäkerhet. Det ingår ett personligt ansvar att ta till sig och följa det regelverk och de styrande dokument som gäller för tjänsten. Verksamheter och system medför olika slag av ansvar. Alla ska vara införstådda med den egna verksamhetens krav och rapportera händelser som påverkar informationssäkerheten.

Det är ett ansvar för chefer på alla nivåer att arbeta för en god informationssäkerhet i den egna verksamheten. I samband med att personal anställs och får tillgång till olika system ansvarar anställande chef för att information ges om hur information och system ska hanteras. Information ska ingå i introduktionen. Den som använder kommunens informationstillgångar på ett sätt som strider mot denna policy eller lagstiftning kan bli föremål för disciplinära eller rättsliga åtgärder.

Informationssäkerhetsgrupp - Referensgrupp InfoSäk
Vid behov av kompetens i tekniska och juridiska frågor ska referensgrupppen tillhandahålla det. Chefer och användare ska i första hand vända sig till utsedd informationsansvarig på den egna nämnden som ansvarar för samordningen av informationssäkerhetsarbetet.

HANTERING AV INFORMATIONSTILLGÅNGAR

Rättsliga krav
Informationshanteringen i kommunen styrs av lagstiftningen[3], en viktig huvudregel är offentlighetsprincipen men i alla verksamhet finns även information som omfattas av sekretessskydd enligt Offentlighets- och sekretesslagen (OSL). I all verksamhet gäller även personuppgiftslagen som reglerar hur personuppgifter får behandlas. Lagen är subsidiär; Om det i annan lag eller förordning finns bestämmelser som avviker från denna lag ska den bestämmelsen gälla[4]. Avvikande bestämmelser finns t.ex. inom socialtjänsten, sjukvården och för hanteringen i olika register. Vid hanteringen av informationstillgångar ska hänsyn tas till regleringen för aktuellt område och verksamhet. Det ska tydliggöras vilken information som får hanteras och hur.

Styrande dokument
För viktiga informationstillgångar upprättas styrande dokument som beskriver de säkerhetslösningar som används och hur säkerheten ska fungera i de olika systemen. En förvaltningsplan ska finnas för alla viktigare system. Av styrande dokument för hantering och system där personuppgifter behandlas ska framgå:

- Vad som är tillåtet

[3] Tryckfrihetsförordningen och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
[4] 1-2 §§ Personuppgiftslagen (1998:204)

- Vilka konsekvenser regelbrott/missbruk kan medföra
- Hur efterlevnad ska följas upp
- Vem användare ska vända sig till vid misstänkt intrång/missbruk
- Ansvaret i de olika delar som ingår

För styrande dokument ska det finnas en beslutad dokumenthantering och styrning. För att säkerställa riktighet och spårbarhet ska styrande dokument vara i filformat PDF innan de görs tillgängliga på intranät, hemsida eller annat öppet nät.

Förteckning av system
I alla verksamheter ska viktigare informationstillgångar samt ställda krav på säkerhet identifieras och förtecknas. Förteckningen sammanställs av informationssamordnaren med uppgifter från ledning och systemansvariga.

Förvaltningsplan
De krav som ställs på system och verksamheten ska framgå av en förvaltningsplan som systemförvaltaren upprättar. Förvaltningsplan ska visa vem som är

- systemägare,
- systemansvarig samt
- systemadministratörer och/eller
- support

Förvaltningsplanen kan även innehålla information om säkerhetsåtgärder. De säkerhetsåtgärder som i princip alltid ska finnas med för ett system är följande:

- fysisk säkerhet
- tillträdeskontroll
- behörighetskontroll
- inloggning och lösen
- loggning av system
- åtgärder mot förlust av information
- skydd mot skadliga program

Klassificering av information
Klassificering av information är en grundläggande aktivitet för att kunna skydda information och resurser. Informationsklassning ska göras av alla viktigare informationstillgångar och kan för system dokumenteras i förvaltningsplanen.

Det är informationen som är i fokus för vad som ska skyddas. Klassificeringen fungerar som ett beslutsunderlag för ledningen i arbetet med informationssäkerhet. Klassificeringen revideras vid behov, vid nyanskaffning av system eller förändrad organisation. Klassificeringen som används i Sala utgår från MSB:s rekommendationer för klassificering av information.

Kriterier för informationssäkerhet
All information som hanteras eller lagras i någon form behöver skyddas mot oönskad förändring, påverkan och insyn. Det ska inte vara möjligt för obehöriga att ta del av informationen. Användare med rätt till informationen ska däremot komma

åt den efter behov och i rimlig tid. Det är även viktigt att kunna identifiera vem som gjort vad med informationen och i datasystemen.

Salas informationstillgångar ska bedömas utifrån följande 4 egenskaper[5]:

Konfidentialitet: information avslöjas inte för och är inte tillgänglig för obehöriga (används ofta i betydelsen sekretess)

Riktighet: information skyddas mot oönskad och obehörig förändring eller förstörelse (primär information är exakt och fullständig)

Tillgänglighet: informationen är tillgänglig i förväntad utsträckning och inom önskad tid (åtkomlig och användbar)

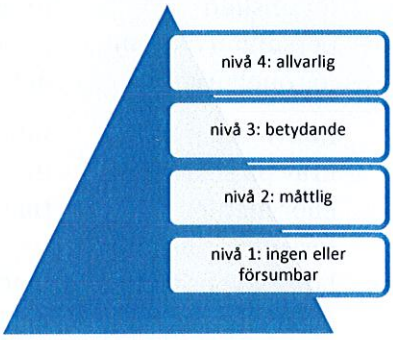
Spårbarhet: att i efterhand entydigt kunna härleda specifika aktiviteter eller händelser till ett identifierat objekt eller användare

Bedömning av nivåer och konsekvenser

Vid klassning av informationstillgångar ska informationens värde bedömas utifrån:

- Den funktion och betydelse som den har för verksamheten
- Konsekvenserna för verksamheten om informationen skulle hanteras felaktigt, försvinna, komma i orätta händer etc.

All fyra säkerhetsaspekter ska användas för klassningen av informationstillgången och värderas till någon av nivåerna:



Om informationen bedöms höra till nivå 1, ingen negativ påverkan eller en försumbar negativ påverkan behöver riskanalys inte göras. Inte heller behövs särskilda skyddsåtgärder för denna nivå.

[5] Definition enligt SS-ISO/IEC 27001

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

Aspekt/ konsekvens	Riktighet	Konfidentialitet	Tillgänglighet	Spårbarhet
Allvarlig -4	Information kan medföra allvarlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den är felaktig	Information kan medföra allvarlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den röjs för obehörig	Information som kan medföra allvarlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är tillgänglig	Information kan medföra allvarlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är spårbar
Betydande -3	Information kan medföra betydande negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den är felaktig	Information kan medföra betydande negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den röjs för obehörig	Information som kan medföra betydande negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är tillgänglig	Information som kan medföra betydande negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är spårbar
Måttlig -2	Information kan medföra måttlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den är felaktig	Information kan medföra måttlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild personom den röjs för obehörig	Information som kan medföra måttlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild personom den inte är tillgänglig	Information kan medföra måttlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är spårbar
Ingen eller försumbar - 1	Information som inte har krav på riktighet eller inte medför eller medför försumbar negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den är felaktig	Information utan krav på sekretess eller medför försumbar negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild personom den röjs för obehörig	Information som inte har krav på tillgänglighet eller inte medför eller medför försumbar negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är tillgänglig	Information som inte har krav på spårbarhet eller inte medför eller medför försumbar negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte kan spåras

Riskanalys och riskhantering
Alla informationstillgångar och verksamheter är utsatta för risker. För alla viktiga verksamhetskritiska informationstillgångar ska därför upprättas riskanalyser. Arbetet med riskanalysen ska identifiera och värdera tänkbara störningar,allvarliga händelser samt extraordinära händelser.

Arbetet ska fokusera på förebyggande åtgärder och syftar till att säkerställa hanteringen och skydda informationstillgångar. Risker som identifieras ska hanteras och åtgärder vidtas. Riskanalysen ska revideras vid förändring av verksamheten, av IT-stödet, av rättsliga krav eller av annan förändring som påverkar riskanalysen.

Hantering av incidenter
Incidenter, risker och säkerhetsmässiga svagheter ska rapporteras i verksamhetens avvikelsehanteringssystem och tillställas närmaste chef. Chefen ansvarar sedan för att åtgärder vidtas för att minimera skada, åtgärda brister eller vidta åtgärder för att eventuell brottslighet utreds och anmäls. Om rapporterad eller incident avser brister i datasystemet ska även systemägaren informeras.

UPPFÖLJNING OCH REVISION
Säkerhetspolicyn revideras årligen av säkerhetsstrategen. Policyn ingår som styrande dokument och kompletteras av kommunens övriga styrande dokument; policys, handlingsplaner, riktlinjer och tillämpningsrutiner.

Informationssamordnaren gör en årlig analys av informationssäkerheten för nämnden eller den egna verksamheten där rapporterade fel och säkerhetsincidenter för informationshantering samt förteckningen över använda system är en del. Analysen ska, om väsentliga risker identifierats, innehålla en riskanalys och förslag på åtgärder. Förteckning och analys delges styrgruppen för Informationssäkerhet; InfoSäk. Tillsynsrapporter är en bedömning av hur väl verksamheten efterlever lagstiftning och ska om det finns ingå i den årliga analysen.

Egenkontroll- internrevision
Uppföljning och inrapportering ska göras av informationssamordnare till nämnd, verksamhetens ledning och säkerhetsstrateg. Uppföljning görs av följande delar:

- Medarbetares kompetens; Andel medarbetare som kan uppvisa intyg på genomförd utbildning i DISA.
- Fungerande administrativa rutiner. Kontroll av att förvaltningsplan och styrande dokument för hanteringen finns upprättade för samtliga verksamhetsområdes system. Jämförs mot förteckning
- Fungerande rapportering av säkerhetsincidenter finns på respektive förvaltning/verksamhet. Kontroll i LISA eller genom inlämning av statistik.
- Analys görs regelbundet minst årligen och åtgärder vidtas vid risker. Kontroll att det ingår i verksamhetens inlämnade dokument

En sammanställning görs för hela kommunen av säkerhetsstrategen och delges kommunchef och kommunstyrelse.