



**Region Skåne**

**Granskning av övergripande  
IT-system**

**Granskningsrapport**

**KPMG AB**

*2016-05-27*

*Antal sidor: 31*

## Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Inledning	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Syfte och revisionsfrågor	4
2.3	Revisionskriterier	5
2.4	Metod	5
3.	Resultat	6
3.1	Väsentliga IT-system, Revisionsfråga 1	6
3.1.1	Kartläggning av väsentliga IT-system	6
3.1.2	Stickprov på väsentliga IT-system	7
3.2	Verksamhetsstyrd styr- och förvaltningsmodell	13
3.3	Beslutsprocess för förändringar eller nya IT-system, Revisionsfråga 2	15
3.4	Krav från verksamheten, Revisionsfråga 3 och 6	17
3.5	Medborgares synpunkter, Revisionsfråga 4	18
3.6	Marknadsbevakning av nya system och upphandlingskompetens, Revisionsfråga 5	19
3.7	Drift, incident- och problemhantering, Revisionsfråga 7	22
3.8	Ändamålsenligt arbete med IT mot bakgrund av långsam process för upphandling och systembyte, Revisionsfråga 8	23
3.9	Fallstudie: Upphandling av ett nytt kompetenshanteringssystem	24
3.10	Uppföljning av driftrapport från 2012	25
3.10.1	Samverkansmodell mellan Region Skåne och driftleverantörer	26
3.10.2	Avtalsuppföljning	26
3.10.3	Prioritering och klassificering av incidenter	28
3.10.4	Upphandlingskompetens	29
3.10.5	Användarupplevelser	29
3.10.6	IT-säkerhet	30
3.10.7	Informationssäkerhet	31

## 1. Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av Revisionskontoret i Region Skåne genomfört en övergripande granskning av IT-strategin, beslutsprocessen för nya IT-system och kartläggning av kritiska system inom Region Skåne. I uppdraget har även en uppföljning av en tidigare granskning av driftsäkerheten inom Region Skånes IT-verksamhet (rapport 4-2012) ingått.

Det övergripande syftet med granskningen har varit att ge revisorerna underlag för att bedöma om Region Skånes planering och framförhållning vad gäller IT-system är ändamålsenlig och effektiv på det sätt som förväntas och är önskvärt utifrån medborgares behov.

IT-miljön inom Region Skåne är komplex och omfattande. Målsättningen inom regionen har under ett antal år varit att centralisera och i så hög utsträckning som möjligt harmonisera IT-miljön inom regionen.

Resultatet av granskningen visar på den övergripande bedömningen att det inte finns ett ändamålsenligt arbete med IT-system idag då det fortsatt är en problematisk och långsam process att implementera nya system. Vi bedömer dock att det finns ett antal områden där förbättringar blivit genomförda och är pågående. Exempelvis ger den nya styr- och förvaltningsmodellen samt behovshanteringsprocessen goda förutsättningar för att kunna stärka området framgent.

För att ytterligare sammanfatta granskningens resultat och bakgrund till ovanstående övergripande bedömning tydliggörs följande iakttagelser från granskningen:

- En styr- och förvaltningsmodell har blivit framtagen som ger goda förutsättningar för ett strukturerat samarbete mellan verksamheten och Medicinsk Service<sup>1</sup>. Vi noterar att modellen inte ännu är fullt ut implementerad och därmed i vissa fall inte efterlevs. Vi bedömer därmed att det finns utvecklingspotential i kommunikationen mellan Medicinsk Service och verksamheten. Vi noterar att förvaltningsmodellen är en tydlig förbättring i relation till granskningen av driftssäkerheten 2012 och att den skapar en tydligare struktur för samarbete mellan Medicinsk Service, verksamheterna och externa leverantörer. En kartläggning är utförd på vilka väsentliga system som finns inom regionen. Kartläggningen inkluderar en kategorisering av system som blir underlag för strukturerad bearbetning inom förvaltningsmodellen. Vi bedömer att kartläggningen ger underlag för bedömning av status kring IT-miljön.
- Stickprovsgranskning av väsentliga system inkluderade systemen Melior, HR-fönster, Rainedance, Orbit och PMO. Vår bedömning är att systemet Melior är gammalt och omodernt och saknar fullständiga förutsättningar för att utvecklas mot moderna krav. Vår bedömning är att det finns behov av att byta ut systemet då det på sikt inte kommer uppfylla kraven på ett modernt vårdinformationssystem. Systemet PMO är inte användarvänligt och stora störningar har inträffat i driften av systemet. Vi bedömer att PMO inte lever upp till befintliga krav på utveckling mot ett modernt vårdsystem. Vår övergripande bedömning är

---

<sup>1</sup>Förvaltningen Medicinsk Service omfattar två divisioner, division IT och medicinsk teknik (MT) och division Labmedicin. Vi använder benämningen Medicinsk Service genomgående i rapporten och avseer division IT/MT.

att HR-fönster och Raindance är stabila standardsystem som inte är i behov av akuta förändringar. Systemet Orbit har haft en komplex implementeringsprocess och vi bedömer att Medicinsk Service i större utsträckning skulle stöttat förvaltningarna i implementeringsfasen. Vi bedömer dock det som positivt att det numera finns ett regionövergripande operationsplaneringssystem.

- Behovs- och beslutsprocesser för nya system samt befintliga system finns på plats. Det finns forum, rutiner och tydliga strukturer för att fånga in krav och behov från verksamheten. Det framkommer dock ifrån verksamhetshåll en stor osäkerhet i hur behov hanteras, vilka beslut som fattas och vilken reell påverkan verksamheten har. Vi bedömer att det därmed finns en brist i styrning, ansvar och kommunikation om vilken process för utveckling som finns på plats. Det är låg nivå av kommunikation om behov och beslut under pågående utveckling. Vi bedömer att det finns en risk för ineffektivitet ifall etablerade processer inte efterlevs då verksamheten eventuellt köper in egna system.
- Medborgarnas synpunkter och förväntningar fångas in vid specifika projekt. Det saknas dock fastställda riktlinjer och strategier för hur regionen praktiskt ska arbeta med att fånga in invånarnas synpunkter vid samtliga relevanta upphandlingar.
- Granskningens bedömning är det saknas viss kompetens kring upphandling av IT-stöd till Region Skåne och att det finns ett behov av ökad kompetens inom Medicinsk Service för upphandling av IT-system. Det bör även säkerställas att det finns en upparbetad struktur för kontinuerlig utbildning och vidareutveckling av upphandlingskompetens inom förvaltningen. Vi noterar i uppföljningen av driftssäkerhetsgranskningen 2012 att detta område därmed kvarstår och att upphandlingskompetensen fortfarande behöver utvecklas.
- Region Skåne har deltagit i uppstarten av 3R-projektet för upphandling av framtida vårdokumentationssystem i samverkan med Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen. Region Skåne har till stora delar lämnat detta samarbete under år 2015. Vår bedömning är att regionen därmed inte längre deltar i en av samverkansprojektets mest väsentliga delar, d.v.s. upphandlingsdelen.
- Vi bedömer att det finns tydliga processer för incident- och problemhantering samt för stora incidenter. System som anses kritiska ur ett patientsäkerhetsperspektiv har prioriterats. Bedömningen är att roller har blivit tydligt fastslagna och att krav har ställts på att motsvarande roller ska vara tillsatta hos driftleverantören. Vi noterar i uppföljning av driftssäkerhetsgranskningen 2012 att incidenthanteringsprocessen fortfarande saknar ett fullständigt sätt att klassificera och prioritera ärenden på samt att det saknas en koppling mot IT-säkerhet och informationssäkerhet.
- Vi noterar i uppföljning av driftssäkerhetsgranskningen 2012 att det fortfarande saknas styrande dokument som behandlar IT-säkerhetsfrågor. Bedömningen är att IT-säkerhetsarbetet inte prioriterats och vi noterar att förvaltningsmodellen inte omfattar IT-säkerhetsfrågor. Vi bedömer även att det inte genomförts några förbättringar kopplat till informationssäkerhetsområdet då det saknas tydliga beskrivna ansvarsförhållanden.

Med utgångspunkt för vad som framkommit i granskning ger vi följande rekommendationer.

- Det bör säkerställas att styr- och förvaltningsmodellen fullständigt implementeras och efterlevs i verksamheten.
- Det bör säkerställas att behovs- och beslutsprocesser tydligt kommuniceras och inte frångås. Vi rekommenderar även att en tydligare rutin implementeras för kommunikation om status kring behov och beslut omkring IT-system.
- En rutin för insamling och hantering av medborgares synpunkter och krav inom E-hälsoområdet bör etableras.
- Ett mer heltäckande system för att klassificera och prioritera incidentärenden bör tas fram.
- Informationssäkerhet och IT-säkerhet bör integreras i högre utsträckning i rutiner och riktlinjer för regionens IT-system.
- Upphandlingskompetens inom IT-området bör förstärkas.

## **2. Inledning**

### **2.1 Bakgrund**

KPMG har, på uppdrag av Revisionskontoret i Region Skåne, genomfört en övergripande granskning av IT-strategin, beslutsprocessen för nya IT-system och kartläggning av kritiska system inom Region Skåne.

Region Skåne har tidigare granskat IT utifrån ett patientperspektiv och funnit brister i verksamheten. Inom Region Skåne förekommer ett antal IT-system som upplevs vara föråldrade och icke ändamålsenliga. Därtill tar det lång tid att förnya systemen. Ett projekt pågår tillsammans med Västra Götalandsregionen och Stockholms Läns landsting gällande framtidens vårdinformations-system. Då resultatet av detta samarbete beräknas ligga långt fram i tiden har Region Skåne beslutat att uppgradera det befintliga journalsystemet Melior. Revisorerna vill därför granska den övergripande IT-strategin inom Region Skåne samt beslutsprocessen för nya IT-system generellt. En kartläggning ska också genomföras av de väsentligare systemen som används idag med fokus på ändamålsenlighet och förmåga att möta framtidens behov.

### **2.2 Syfte och revisionsfrågor**

Granskningen har med utgångspunkt från ovanstående syftat till att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om Region Skånes planering och framförhållning vad gäller IT-system är ändamålsenlig och effektiv på det sätt som förväntas och är önskvärd utifrån medborgares behov. I studien har även en kartläggning av de väsentligare IT-system som används idag ingått och en bedömning har genomförts över deras status och eventuella behov av utbyte med tidplan för detta. I uppdraget har även en uppföljning av granskning av driftsäkerheten inom Region Skånes IT-verksamhet (rapport 4-2012) genomförts. Den tidigare granskningen, som nu följts upp, fokuserade bland annat på IT-säkerhet och lagring av patientdata.

Förutom vad som angetts ovan har följande frågeställningar belysts:

1. Vilka väsentliga IT-system finns i Region Skåne idag och hur ser statusen ut på vart och ett av dessa när det gäller driftsäkerhet, användarvänlighet och flexibilitet för framtiden (möjlighet till utveckling och uppgradering)?
2. Hur ser beslutsprocessen för nya IT-system ut? Vem eller vilka kan ge signal om att ett nytt system behövs eller skulle kunna vara bättre eller effektivare än dagens system?
3. Hur fångar man in alla krav och önskemål som verksamheten har på ett nytt IT-system inför upphandling?
4. Hur fångas medborgarnas synpunkter och förväntningar på service och behov av tjänster in i samband med upphandling av nya IT-system?

5. Hur håller sig Region Skåne uppdaterad om vilka system som finns att tillgå på marknaden och finns kompetens att för att handla upp och eventuellt får ett sådant system anpassat för Region Skånes krav?
6. Vilka möjligheter har personal eller användare att ge synpunkter eller påverka val och utformning av IT?
7. Hur säkerställs driften i nuvarande system och vem är ansvarig utifall ett system plötsligt havererar eller går ner?
8. Är Region Skånes arbete med IT-system ändamålsenligt med beaktande av att det tar lång tid att handla upp och byta system som finns idag?

## 2.3 Revisionskriterier

Kriterier för granskningen utgörs av normkällor som anger vilka regler och skyldigheter som gäller eller vad som är lämplig praxis inom området. Därmed inkluderas lagar och föreskrifter samt interna riktlinjer.

Interna riktlinjer som infogas inkluderar:

- Informationssäkerhetspolicy och tillhörande informationssäkerhetsstandarder
- IT-policy och användarinstruktioner
- IT-strategi
- Upphandlingspolicy

Bakgrund för ytterligare bedömning av de interna riktlinjerna i relation till etablerade standarder inom området genomförs med följande kriterier:

- Internationella standarder enligt ISO (International Organization for Standardization) avseende ISO 27001:2013 Informationsteknik – Säkerhetstekniker – Ledningssystem för informationssäkerhet
- Internationella standarder för informationssäkerhet som ryms inom Control Objective for Information and Related Technology Standards (COBIT).

## 2.4 Metod

Granskningen har utförts genom genomgång av relevant dokumentation, systemgranskning, granskning av efterlevnad samt intervjuer. Intervjuer har genomförts med utvalda anställda inom Region Skåne som ansetts relevanta för granskningen. Vidare har en fallstudie på en aktuell upphandling av ett kompetensförsörjningssystem granskats. Granskningen har genomförts av Jenny Johansson, Emil Larsson och Örjan Garpenholt från KPMG. Projektledare från revisionskontoret har varit Fredrik Ljunggren. Representanter från revisorskollegiet har varit Michael Michelsen och Rolf Bengtsson.

Vår metod för utförande av granskningen har bestått av följande delar:

- Intervjuer
- Dokumentgranskning
- Granskning av efterlevnad

För vidare förteckning på metod inom ovan områden se bilaga 1.

## 3. Resultat

### 3.1 Väsentliga IT-system, Revisionsfråga 1

#### 3.1.1 Kartläggning av väsentliga IT-system

IT-miljön inom Region Skåne är komplex med en, historiskt sett, låg grad av harmonisering och integration. Målsättningen inom regionen har under ett antal år varit att centralisera och i så hög utsträckning som möjligt harmonisera IT-miljön. Ur ett organisatoriskt perspektiv har de olika förvaltningarna i hög grad varit självstyrande vilket ytterligare har bidragit till den låga nivån av centralisering.

I samband med införandet av modellen Verksamhetsstyrd styr- och förvaltningsmodell för IT- och medicintekniska system i Region Skåne (förvaltningsmodellen, se avsnitt 3.2) genomfördes en stor inventering av nuvarande systemmiljö. Resultatet av inventeringen visade att regionen hade 1091 system. En del av arbetet med att centralisera och harmonisera innebär att minska antalet system, antingen genom att avveckla eller konsolidera. Målsättningen är att system med samma funktion ska vara enhetliga inom regionen.

En ny modell för klassificering av system togs fram i samband med utformningen av förvaltningsmodellen. Den nya klassificeringsmodellen innebär att det finns fyra kategorier ett system eller applikation kan inneha, från A till D. Vilken kategori ett system får beror främst på vilket supportbehov det finns samt hur spritt systemet är inom olika förvaltningar och verksamheter.

- Kategori A: Full förvaltning. System som nyttjas av flertalet förvaltningar. Kategori A-system ska ha en treårig aktivitetslista, fullständig dokumentation och en regiongemensam supportorganisation som har gemensamma regelverk och en central grupp som ger funktionell-, systemadministrativ och regelverkssupport till samtliga förvaltningar.
- Kategori B: Anpassad förvaltning. Innebär att mer anpassningsbar förvaltning tillämpas. B-system ska ha en ettårig aktivitetslista och lämplig nivå av systemdokumentation baserat på systemets patientsäkerhet och effektivitet. Funktionalitetssupport i förvaltningarna medan Medicinsk Service<sup>2</sup> ansvarar för teknisk support.

---

<sup>2</sup> Förvaltningen Medicinsk service omfattar två divisioner, division IT och medicinsk teknik (MT) och division Lab medicin. Vi använder benämning medicinsk service genomgående i rapporten och avser då division IT/MT.



- Kategori C: Anpassad förvaltning, och system med kopplad IT-utrustning såsom laboratorieutrustning. Ettårig aktivitetslista krävs och lämplig systemdokumentation baserat på systemets patientsäkerhet och effektivitet. Verksamheten har funktionssupport och Medicinsk Service har teknisk support.
- Kategori D: System som är installerade på en eller ett fåtal datorer. Har blivit installerade av verksamheten och inte av Medicinsk Service. Verksamheten ansvarar för licenshantering, förvaltning, ekonomi, drift och support.

En ytterligare klassificering har genomförts där fokus har varit att prioritera system utefter vilka system som anses vara mest kritiska för att bedriva nödvändig verksamhet ur ett patientsäkerhetsperspektiv vid ett katastrofläge. Prioriteringslistan avser vilka system som ska plockas ned sist respektive först i händelse av en allvarlig katastrof. Klassificering har gjorts genom en skala från 1 (mest kritiskt) till 4 (mindre kritiskt). Samtliga system som klassificerats som 1 är även kategori A-system.

### *Analys, bedömning och kommentarer – kartläggning av system*

Vi bedömer att en kartläggning av system är utförd som med klassificeringen ger en övergripande bild av hur systemmiljön ser ut. System inom högre kategorier A+B har en strukturerad bearbetning som en del av styr- och förvaltningsmodellen. Vår bedömning är att kartläggningen ger underlag för bedömning av status kring IT-miljön. Förutsättning för att detta efterlevs är att kontinuerligt revidera samt säkra fullständighet i kartläggningen av mindre systemlösningar ute i verksamheten.

## **3.1.2 Stickprov på väsentliga IT-system**

KPMG har inom ramen för revisionsuppdraget valt ut ett antal kritiska verksamhetssystem inom Region Skåne för ytterligare granskning. Systemen har granskats utifrån status på driftsäkerhet, användarvänlighet, flexibilitet inför framtiden samt utvecklingsmöjligheter.

### **3.1.2.1 Melior**

Melior är ett journalsystem som ger stöd för både primär- och slutenvård, systemet används dock främst inom slutenvården. Melior har använts inom Region Skåne sedan slutet av nittioalet, från början var det främst ett journalsystem för enskilda kliniker. Med tiden har systemet skalats upp och används nu inom hela Region Skåne. År 2013 genomfördes en stor databaskonsolidering vilket innebär att hela Region Skåne anslöt sig till en gemensam databas för systemet. Melior kan ha upp till 7000 användare i systemet samtidigt och driften är outsourcad till Tieto. Melior har blivit klassificerat som ett kategori A-system vilket innebär full förvaltning, utöver denna kategorisering är det klassificerat som prioritet 1-system vilket innebär att det tas ned sist och upp först i händelse av en katastrof.

En förvaltningsplan har upprättats för Melior som sträcker sig över en treårsperiod och gäller för perioden 2016-2018, förvaltningsplanen revideras årligen. Syftet med förvaltningsplanen är att klargöra vad som ska genomföras i förvaltningsarbetet samt hur förvaltning ska styras. Melior upplevs som ett driftsäkert system, både av representanter från verksamheten och Medicinsk Service, där tillgängligheten till systemets funktionalitet är hög. Drift- och tillgänglighetsproblem har ofta

att göra med indirekta problem, såsom problem med nätverket vilket får en direkt påverkan på Melior.

Användarvänligheten i systemet beskrivs som begränsad av intervjupersoner från både verksamheten och Medicinsk Service. I grunden är Melior ett pappersbaserat journalsystem som inte stödjer ett modernt arbetssätt, det är bland annat mycket inskanning av journalanteckningar i systemet. Systemet är komplext och kräver utbildning för att kunna användas, både för nya användare men också för befintliga användare.

Det utförs utveckling i Melior, i regel kommer det en stor uppgradering årligen (tidigare utvecklingstakten har varit 2 gånger per år). Behov av utveckling kommer från verksamheten och diskuteras i förvaltningsgrupper. Utveckling i systemet är och ska vara behovsdrivet från verksamheten. Under de senaste åren har Melior varit ifrågasatt och det pågår diskussioner om ett nytt vårdinformationssystem. Det finns inga riktlinjer eller beslut kring utvecklingsstopp i Melior, intervjupersoner från Medicinsk Service upplever kontinuerlig utveckling genom halvårsuppgraderingarna. Representanter från verksamheten uppfattar att utveckling i Melior är bromsad. Den generella åsikten från intervjupersoner inom både Medicinsk Service och verksamheten är att Melior inom en snar framtid behöver bytas ut mot ett nytt och modernare journalsystem.

För att få åtkomst till Melior krävs det ett användarkonto och lösenord. Det saknas krav på att lösenord behöver bytas. Enligt intervjupersoner från Medicinsk service beror det på att är ett stort antal system som är kopplade till Melior. Säker inloggning med SITHS-kort kombinerat med masterdata för användarbehörighet planeras att införas under hösten 2016. Support och administration av användarbehörigheter hanteras av Medicinsk Service och beställs genom Melior systemsupport.

### ***Analys, bedömning och kommentarer – Melior***

Vår bedömning är att Melior är ett gammalt och omodernt system som inte har fullständiga förutsättningar för att utvecklas mot moderna krav. Systemet har utvecklats med bäring på teknisk struktur då databaser konsoliderats. Genomförd utveckling bedömer vi ger förutsättningar för bättre datakvalitet, minskad redundans och bättre driftsäkerhet. Utveckling av systemet kan endast i begränsad utsträckning förbättra användarvänligheten och möta kraven på ett modernt vårdinformationssystem, såsom integration och transparens. Med bakgrund av detta bedömer vi att det finns behov av att byta ut systemet. KPMG noterar att det finns skillnader i uppfattningen mellan intervjupersoner från Medicinsk Service och verksamheten avseende hur länge Melior ska användas i regionen, vilket vi bedömer påverkar samarbetet mellan verksamheten och Medicinsk Service negativt.

Vår bedömning är att på sikt kommer inte Melior att uppfylla kraven på ett modernt vårdinformationssystem. Behovet av ett nytt system som bygger på modern teknik kvarstår därmed.

### **3.1.2.2 HR-Fönster**

HR-Fönster är en portal som innehåller flera IT-stöd inom området löne- och personaladministration. HR-Fönster innehåller moduler för självservice, anställning, schema, bemanning, lön, resor och uppföljning etc. Samtliga anställda inom Region Skåne (33 000) har åtkomst till systemet. Systemet implementerades under 2012-2013 då det rullades ut i omgångar i hela regionen. HR-Fönster är ett standardsystem där specifika anpassningar har gjorts mot regionen. HR-Fönster har blivit

kategoriserat som ett kategori B-system vilket innebär anpassad förvaltning, förvaltningsspecifik funktionssupport och teknisk support från Medicinsk Service. En förvaltningsplan har i stora drag upprättats för systemet där en aktivitetslista för 2016 har skapats. Förvaltningsplanen är vid revisionsstillfället inte helt fastställd.

Driften av HR-Fönster upplevs som stabil av intervjupersoner från både Medicinsk Service och verksamheten. Driftmiljön är redundant vilket skapar bra förutsättningar för en stabil drift. Enligt intervjupersoner inom Medicinsk Service inträffar en del incidenter men att de inte anses vara speciellt störande, driftrelaterade problem är främst kopplat till indirekta följder av problem med nätverket. Inga allvarliga störningar brukar inträffa.

Systemet anses vara fullt tillfredsställande av intervjupersoner från Medicinsk Services sida, de anser att det inte finns något behov av att byta ut nuvarande systemlösning. Representanter från verksamheten anser även de att HR-Fönster är ett någorlunda fullgott system, men är osäkra på om lönestommen, som är mest komplex och själva kärnan i systemet, håller över en tioårsperiod. Vissa delar av systemet anser intervjupersoner inom verksamheten vara omodern, systemet är byggt på ett speciellt sätt, vilket gör att det inte är helt anpassningsbart utefter hur verksamheten skulle vilja ha det. Intervjupersoner från verksamheten hade önskat att systemet var mer flexibelt för att kunna skilja på vissa roller och processer, samt ha möjligheten att kunna förenkla arbetet för chefer.

Användarvänligheten bedöms av representanter från verksamheten som varierande, bättre i de nyutvecklade delarna och mindre bra i de äldre delarna. Det finns regiongemensamma rutinbeskrivningar och användarinstruktioner för systemet och möjligheter till utbildning genom e-learning (medarbetare) samt lärarledda utbildningar (chef, chefstöd, HR etc.). Intervjupersoner från Medicinsk Service tror att användarna anser IT-stödet vara krångligt när det egentligen kanske är regelverk som gör processen i systemet krångligt.

Utveckling i systemet sker kontinuerligt med flera uppgraderingar årligen. Utveckling i HR-Fönster är behovsstyrd från verksamheten. Generellt påverkar uppgraderingar många användare då samtliga anställda inom regionen använder systemlösningen, stor hänsyn behöver tas till nuvarande regelverk och lagar samt de regiongemensamma processer som finns. Intervjupersoner inom verksamheten anser att utvecklingsrutinerna fungerar tillfredsställande, men att processen tar för lång tid.

Användar- och behörighetsadministration sker centralt av verksamhetsspecialister. I ett första skede lägger HR upp användaren i systemet, behövs en specifik behörighet får den anställdes chef beställa behörigheten genom en standardiserad blankett. Det genererar ett ärende till verksamhetsspecialisterna som tilldelar behörigheten och åtkomst till specifika enheter, sedan får beställare återkoppling på att behörigheten är tilldelad. Det har funnits vissa problem med att ansvariga inte får information om när någon slutat eller blivit chef etc. Därför har en rutin för periodisk genomgång implementerats. För åtkomst till systemet krävs ett användarkonto och ett lösenord som är synkroniserat mot Region Skånes nätverk.

Medarbetare tilldelas en medarbetarroll i systemet i samband med sin anställning. För att erhålla andra behörighetsroller utöver medarbetarrollen fylls en blankett i som närmaste chef behöver godkänna och sedan skicka till ansvarig person för HR-Fönster vid respektive förvaltning för granskning. När granskning är utförd skickas blanketten till verksamhetsspecialister som ansvarar för att

verkställa behörigheter i systemet samt återkopplar till beställare att behörighet är tilldelad. Denna rutin förefaller fungera tillfredställande enligt intervjupersoner från verksamheten.

#### ***Analys, bedömning och kommentarer – HR-Fönster***

HR-fönster är ett relativt nytt system med litet behov av utbyte. Systemet upplevs som driftsäkert med få incidenter. Kontinuerlig utveckling genomförs vilket kan anpassa systemet mot verksamhetens krav. Systemet uppfattas som användarvänligt. Vi bedömer att systemet är flexibelt, användarstöd i form av utbildningsmaterial finns och ger bra förutsättningar för användandet av systemet.

#### **3.1.2.3 *Raindance***

Raindance är Region Skånes ekonomi- och affärssystem. Systemet är ett standardsystem som har använts i regionen under ett flertal år. En förvaltningsplan har i stora drag upprättats för systemet där en aktivitetslista för 2016 har skapats. Driften av systemet anses vara stabilt av intervjupersoner från Medicinsk Services. Enstaka incidenter förekommer men anses inte som speciellt störande. Det är främst kopplat till nätverksproblem och applikationen bedöms vara driftsäker. Intervjupersoner från Medicinsk Service anser inte att systemet är i behov av att bytas ut.

Det genomförs regelbunden utveckling för att göra systemet mer funktionellt och användarvänligt. Överlag uppfattas Raindance som ett flexibelt system. Det finns ett flertal forum, både från Medicinsk Service och verksamheten, som arbetar med att samla in behov och som sedan diskuteras i förvaltningsgruppen. Förvaltningsgruppen tar beslut kring vilka ändringar som ska beställas till leverantören. Ändringarna ska rymmas inom befintlig budget.

Systemet anses av intervjupersoner inom Medicinsk Service vara användarvänligt, det som är problematiskt är att många av de regiongemensamma styrande processerna gör att användarvänligheten minskar. Användare anser inte systemet vara speciellt användarvänligt, men det beror i hög utsträckning på de regelverk och riktlinjer som systemet är baserat på. Förvaltningsgruppen ansvarar för att ta fram processbeskrivningar och dokumentation för att göra systemet användarvänligt i så hög utsträckning som det är genomförbart. Baserat på användarundersökningar som har genomförts går det att fastslå att användarvänligheten inte alltid anses vara acceptabel av verksamheten.

Det finns rutiner på plats för användar- och behörighetsadministration i Raindance. Det finns en formell rutin för behörighetsadministration som sker genom att en behörighetsblankett behöver fyllas i med relevant behörighet. Användarens närmaste chef behöver sedan godkänna genom att skriva under blanketten. Det genomförs löpande periodiska genomgångar för att fånga upp användare som har slutat eller blivit tilldelade en annan behörighet. Samtliga användare i systemet är tvingade att använda lösenord.

#### ***Analys, bedömning och kommentarer – Raindance***

Raindance är ett system som använts under ett flertal år inom regionen men har ett litet behov av utbyte. Systemet upplevs som driftsäkert med få incidenter. Kontinuerlig utveckling genomförs vilket kan anpassa systemet mot verksamhetens krav. Systemet uppfattas inte alltid som användarvänligt främst på grund av vissa systemstyrningar som är baserade på lagkrav.

### 3.1.2.4 PMO

Profdoc Medical Office (PMO) är ett moduluppbyggt journalsystem som används inom primärvården. PMO används inom samtliga primärvårdsenheter och har stöd för både journaldokumentation och administrativ patientdokumentation. PMO implementerades med målsättningen att centralisera och förbättra vårdmöjligheterna för patienterna. Den stora problematiken med PMO är att det saknas en integration mot Melior, vilket medför att det inte går att läsa journalen från PMO och följaktligen ta del av vårdinformation genom Melior.

Regionen ser problem kopplat till PMO, systemet har, till skillnad mot Melior, inget lässtöd för journaler i offlineläge. Att kunna läsa journalen offline är en funktionalitet som regionen avser att utveckla och är ett prioriterat område. Det finns mycket kritik mot användarvänligheten, systemet uppfattas som krångligt och oergonomiskt.

Driften av PMO bedöms av intervjupersoner från Medicinsk Service som ostabil, det har förekommit stora driftstörningar. De uppger att de arbetar aktivt för att stabilisera driften av systemet. Det är troligt att systemet kan komma att bytas ut inom en överskådlig framtid.

#### *Analys, bedömning och kommentarer – PMO*

Vår bedömning är att systemet inte är driftsäkert då stora störningar har inträffat. Systemet uppfattas inte som användarvänligt då det beskrivs som ineffektivt och oergonomiskt. Vi bedömer att PMO inte lever upp till befintliga krav på användarvänlighet, flexibilitet och utvecklingsmöjlighet mot ett modernt vårdsystem.

KPMG rekommenderar att Region Skåne utvärderar möjligheten att införa ett vårdinformationssystem som uppfyller moderna krav på integration, flexibilitet och användarvänlighet och prioriterar implementering av systemet.

### 3.1.2.5 Orbit 5

Orbit 5 är en regional applikation som används för operationsplanering. I Orbit 5 registreras också tider, personal som deltagit, artiklar som används mm under ett operationstillfälle. Operationsplaneringssystemet har som viktigaste uppgift att underlätta planering och optimera resursutnyttjande vid operationsavdelningarna. Organisatoriskt omfattar systemet alla operationsavdelningar, opererande verksamheter, mottagningar och vårdavdelningar som på något sätt är relaterade till behandlingsaktiviteter. Systemet utgör också källa för verksamhetsstatistik regionalt och lokalt.

Tidigare användes två marknadsledande operationsplaneringssystem i regionen, Provisio och Orbit Fram till sommaren 2011 fanns två databaser för Provisio, en för Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus samt en för SUS Lund och Lasarettet i Landskrona. Det fanns även två Orbitdatabaser i regionen. En databas som omfattade nordöstra Skåne och en för sydvästra Skåne, SUS Malmö, Lasarettet i Ystad och Lasarettet Trelleborg. Från och med sommaren år 2011 övergick SUS och Lasarett i Landskrona över till den sydvästra databasen av Orbit.

Begreppen i de olika planeringssystemen användes olika. Det förekom t.ex. olika definitioner för hur en inställd operation skulle registreras och det fanns inte någon konsensus hur man skulle registrera i respektive system. Även andra avvikelser har hanterats olika av olika användare. Detta

uppmärksammades bland annat i en revisionsgranskning som KPMG genomförde på uppdrag av revisorerna i Region Skåne år 2012.

Det har funnits flera olika initiativ för att tillskapa ett regionövergripande operationsplaneringssystem. År 2009 togs det fram en förutsättningslös kravspecifikation för ett framtida system. Det konstaterades dock att det inte fanns något system på marknaden som uppfyllde de krav som framkommit i arbetet. Därefter påbörjades olika initiativ för att få ett regionövergripande uppdaterat system. Initialt var målet att Orbit 5 skulle vara infört i hela regionen år 2013.

År 2013 påbörjades ett regionövergripande projekt för att uppgradera Orbit 4 till Orbit 5 och att implementera systemet i samtliga operationsverksamheter. Projektet pågick fram till början av 2015 då Orbit 5 övergick i förvaltningsfas. Orbit 5 används numera av samtliga operationsverksamheter. Det finns två stödsystem för operationsplanering i bruk för ortopediska respektive thoraxkirurgiska operationer. Dessa två stödsystem används fortfarande parallellt med Orbit 5 för att kunna delta i kvalitetsregister inom respektive område.

Pilotversionen av Orbit 5 implementerades i Nordvästra Skåne (Helsingborg och Ängelholm) som tidigare använt ett helt annat system, Provisio. Verksamheterna var nöjda med tidigare systemet och hade "massiva" invändningar till att använda ett nytt system.

I våra intervjuer framkommer en något splittrad bild av synen på Orbit 5. Arbetet med att uppgradera och införa Orbit 5 i hela regionen har varit omfattande och i stora delar svårhanterliga. Även om samtliga intervjuade beskriver att det varit ett svårstyrkt arbete så beskrivs det positiva i att nu ha ett regionövergripande system. I de verksamheter som tidigare använde Orbit beskrivs att uppdateringen resulterat i bättre system. I de verksamheter som det var ett "massivt" motstånd initialt beskrivs att det fortfarande är ett missnöje över att man fått byta system.

Att Orbit numera är ett A-system enligt förvaltningsmodellen (se avsnitt 3.2) innebär bl.a. att administrationen i större utsträckning sker centralt mot att tidigare varit ett ansvar för respektive verksamhet. Det har i vissa fall inneburit frustration när verksamheterna har önskat att något skulle ändras och detta måste utföras centralt och samordnas med övriga förvaltningar.

Utbildningsinsatserna har skiljt sig åt mellan de olika förvaltningarna och viljan att genomgå utbildning har skiftat. De verksamheter som övergick direkt från Provisio har, som vi uppfattat det, erbjudits mindre utbildning och mindre lokala resurser för stöd och utveckling än de som tidigare använde Orbit 4.

### ***Analys, bedömning och kommentarer – Orbit 5***

Vår uppfattning är att det är mycket positivt att Region Skåne har ett gemensamt operationsplaneringssystem som omfattar samtliga opererande verksamheter.

Som beskrivs ovan har implementeringen av Orbit 5 varit svårstyrkt. Detta dels på grund av motstånd från vissa verksamheter och dels att projektarbetet försvårades på grund av byten av projektledare och otydliga beslutsvägar och mandat.

Uppgraderingen har inneburit många "quick fix" som åtgärdades mellan de olika deluppdateringarna. Det var olyckligt att de som hade minst erfarenhet av Orbit 4 och ett motstånd till att byta



system fick utgöra pilotverksamhet. Vi förstår motivet att de skulle få vara med från början men vår bedömning är att det var en alltför låg grad av styrning och stöd under pilotfasen.

Vi anser också att det är olyckligt att förvaltningarna satsat olika avseende utbildning och stöd i samband med införandet av Orbit 5. Vi har förståelse för att de förvaltningar som har en större volym på operationsverksamheten satsar mer på stöd och utveckling, men vår bedömning är att Medicinsk Service i större utsträckning skulle varit förvaltningarna behjälpliga under implementeringsfasen.

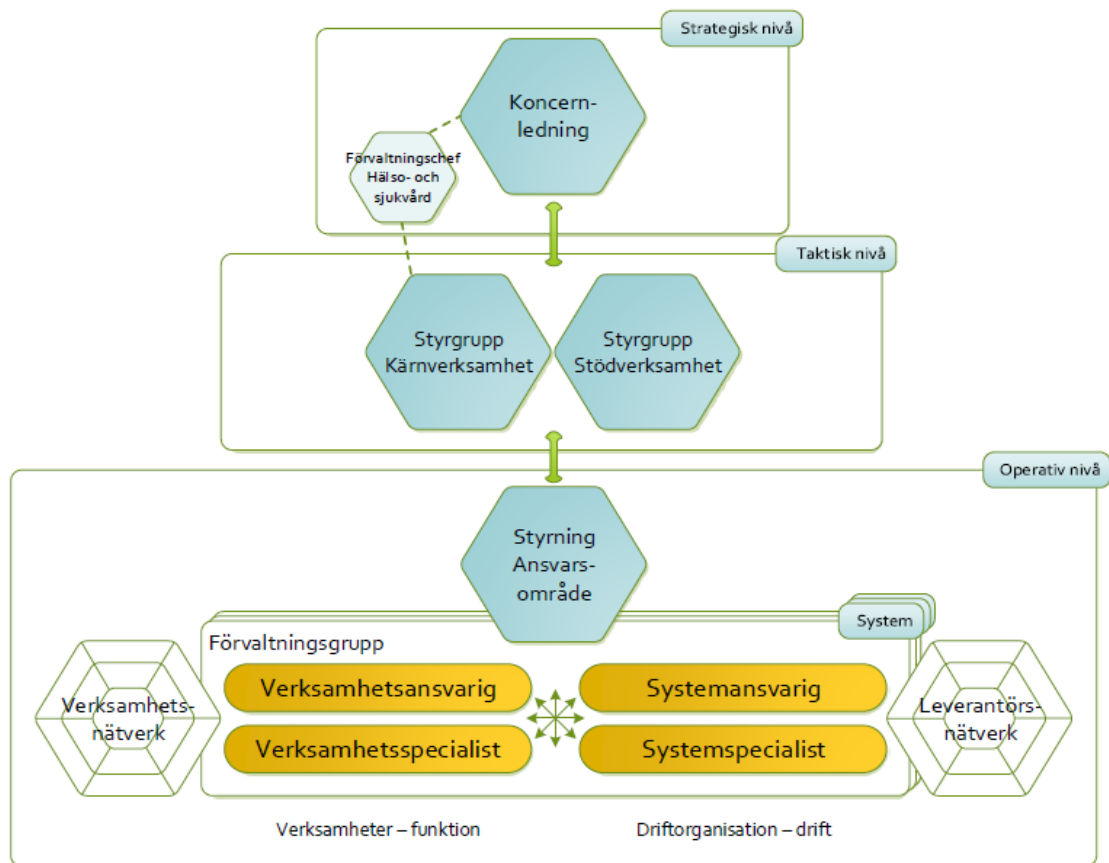
Vår sammanfattande bedömning är att det är mycket positivt att det numera finns ett regionövergripande operationsplaneringssystem vilket bl.a. ger större möjligheter till regional uppföljning och jämförelser mellan verksamheter.

## **3.2 Verksamhetsstyrd styr- och förvaltningsmodell**

Förvaltningsmodellen togs fram med syftet att skapa en enhetlig och effektiv förvaltning av IT- och medicintekniska system genom likformiga arbetsmetoder, tydliga forum samt klara och tydliga beslutsvägar. Förvaltningsmodellen syftar till att samordna, prioritera, kommunicera och leverera det stöd som verksamheterna kräver.

Modellen delar in ansvar i två huvudsakliga områden, ansvar för funktion och kravställande samt ansvar för drift. Förvaltningsmodellen tydliggör att det är verksamheterna som ansvarar för att samla in behov och att rollerna i förvaltningsmodellen tillsätts. Ansvaret för drift av systemen ligger på Medicinsk Service eller annan driftorganisation.

Bild över förvaltningsmodellen



För en mer detaljerad beskrivning av förvaltningsmodellen se bilaga 3 Styr- och förvaltningsmodellen.

Intervjupersoner från Medicinsk Service anser att de befinner sig i en förändringsresa och att samarbetet med verksamheten har blivit betydligt mycket bättre i och med införandet av förvaltningsmodellen. Införandeprocessen hade initialt målet att stänga projektet med förvaltningsmodellen under kvartal 2 2016, den målsättningen har blivit framflyttad. Intervjupersoner från Medicinsk Service anser att åsikterna om förvaltningsmodellen skiljer mellan förvaltningar. Representanter från Medicinsk Service anser att det fanns svårigheter med att tillsätta de olika rollerna i förvaltningsmodellen. Generellt anser de att kommunikations- och beslutsvägar har blivit tydligare i och med införandet av modellen.

Intervjupersoner från verksamheten anser i vissa fall att förvaltningsmodellen är svårjobbad då den tar väldigt mycket resurser i anspråk. Enligt intervjuade fattas en del beslut utan deras vetskap vilket motsäger grundidén med modellen.

Intervjupersoner från verksamheten anser att det är svårt att utvärdera hur väl förvaltningsmodellen kommer att fungera i praktiken då de inte arbetat i den en hel budgetcykel. De anser även att fel



personer, vid några tillfällen, har tillsatts i vissa roller och att de olika hierarkiska samverkansforumen inte alltid representerar korrekt organisatorisk tillhörighet. Verksamheterna utser själva vilka medarbetare som ska representera sin verksamhet. Verksamheterna är väldigt nöjda med att förvaltningsmodellen tillämpar en verksamhetsdriven behovsprocess. De anser dock att den inte fungerar fullt ut i praktiken ännu. Det har framkommit att det generellt saknas tydlig transparens kring beslut, i synnerhet ekonomiska beslut. Intervjupersoner från verksamheten vill i betydligt större utsträckning kunna ta del av dokumentation från strategiska tagna beslut.

### *Analys, bedömning och kommentarer – Förvaltningsmodellen*

Vi bedömer att förvaltningsmodellen ger goda förutsättningar för att få en bra struktur i samarbetet mellan verksamheten och Medicinsk Service. Vid granskningstillfället var modellen inte fullt ut implementerad och har med anledning av det i vissa fall inte efterlevts. Samtliga roller i förvaltningsmodellen har inte tillsatts och de samverkansforum som finns representerar inte organisatorisk tillhörighet fullt ut, vilket vi bedömer påverka efterlevnaden av förvaltningsmodellen. Vi bedömer att det finns utvecklingspotential i kommunikationen mellan verksamheten och Medicinsk Service.

Vi rekommenderar Region Skåne att säkerställa att styr och förvaltningsmodellen fullständigt implementeras och efterlevs i verksamheten. Vi rekommenderar Region Skåne att tydliggöra modellens syfte och delmängder i form av beslut och kommunikation mellan verksamheten och Medicinsk Service.

## **3.3 Beslutsprocess för förändringar eller nya IT-system, Revisionsfråga 2**

Beslutsprocessen kan grovt delas upp i två flöden, ett för beslut inom den operativa nivån i förvaltningsmodellen och ett flöde för beslut som en del av behovshanteringsprocessen. Båda flödena beslutas slutligen i styrgrupperna för kärnverksamhet eller stödverksamhetstöd, dvs. de taktiska styrgrupperna i förvaltningsmodellen. Beslut, som en del av förvaltningsmodellen, fastslås som aktiviteter i förvaltningsplanerna för systemen. Beslut inom behovshanteringsprocessen är idéer som läggs upp i e-katalogen, dessa kan bestå av följande typ av ärenden:

- Ärenden där det inom Region Skåne saknas ett befintligt system som tillgodoser det aktuella behovet.
- Ett system finns inom Region Skåne och önskemål finns om att införa det regionalt.
- Ärenden som inte har blivit en aktivitet i aktivitetsplanen från förvaltningsplanen.

Varje förvaltning har en eller flera utsedda behöriga beställare som har blivit utvalda av exempelvis förvaltningsstaben inom respektive förvaltning. De olika förvaltningsgrupperna lägger ärenden rörande sina egna system när dessa önskemål inte finns med i förvaltningsplanen. Ärenden som inkommer till Medicinsk Service ska vara förankrade med ansvarig linjechef i verksamheten. Ärenden inkommer till e-katalogen och hanteras initialt av två tjänsteutvecklingskoordinatorer från Medicinsk Service. Dessa handlägger ärendet och gör en första bedömning och analys för att se om önskemålet finns med i ett redan befintligt projekt etc.

Koordinatorerna kan då avgöra om ärendet ska läggas till i ett redan befintligt projekt eller om de behöver påbörja en analys och därmed lämna över ärendet till beredningsgruppen. Beredningsgruppen ser över om beslutsunderlaget är tillräckligt för att ta beslut om att exempelvis starta en förstudie. Beslutet om att starta en förstudie fattas i så fall av styrgrupp- Kärnverksamhet eller Stöd. Det innefattar kontakt med arkitekturrådet som granskar och ger råd kring systemarkitekturfrågor. Kontakt tas även med koncerninköp som kommer med råd kring inköpsprocessen, här finns gemensamma forum för hantering av eventuella upphandlingsfrågor. I förstudien genomförs en omvärldsanalys som går ut på att jämföra vilka alternativ som finns på marknaden, vad andra organisationer i liknande tjänstesektor använder etc.

Tas beslut om att gå vidare med ärendet och skapa ett projekt behöver det behandlas i styrgrupperna för kärnverksamhet och stödverksamhet på taktisk nivå. Vid behov är det möjligt att eskalera frågan till den strategiska nivån för att kunna ta ett beslut. Tas ett beslut om att gå vidare med processen startas ett projekt. Målsättningen med denna beslutsprocess är att ovan beskrivna rutin ska vara en tydlig startpunkt för begäran om IT-ändringar inom regionen. Beslutsvägarna ska vara tydliga, förankrade och genom ett standardiserat arbetssätt ska de säkerställa att befintliga strategier efterlevs. De ska även främja att befintliga systemutbudet i regionen utnyttjas maximalt.

Kring beslutsprocesser avseende nya- eller förändring av IT-system anser intervjupersoner från verksamheten och Medicinsk Service att samarbetet fungerar varierande bra. Representanter från Medicinsk Service anser att verksamheten i allt för hög utsträckning tar egna beslut inom verksamheten, exempelvis upphandlar egna system som endast avser en enskild förvaltning.

Intervjupersoner från verksamheten anser att beslut ibland fattas utan deras vetskap, att de inte får information kring varför viktiga beslut har tagits. De anser att Medicinsk Service inte alltid tänker på verksamhetens bästa vid införande av nya IT-stöd, att det saknas kompetens kring hur det faktiskt fungerar i verksamheten. Det leder till att systemstöd implementeras som inte passar i den verksamhet de arbetar i.

Intervjupersoner från verksamheten anser att de registrerar ärenden i e-katalogen, men att ärendena sedan läggs ned utan att de får tillräcklig återkoppling kring varför. Handläggningstiden för nya ärenden menar de tar alldeles för lång tid och att det är låg nivå av löpande kommunikation gällande status. De anser att när det tagits beslut om att införa ett nytt eller förändrat IT-stöd tar det alldeles för lång tid att verkställa, system kan ha blivit omoderna när det är dags för produktionssättning. Intervjupersoner inom verksamheten anser beslutsprocessen via e-katalogen vara otydlig, de vet inte exakt hur beslut fattas av Medicinsk Service och de efterfrågar tydligare respons om vilka möjligheter som finns kring det lagda förslaget. Intervjupersoner från verksamheten ser Medicinsk Service som en beställarorganisation, och då förväntar de sig att få tydligare svar tillbaka om vilka möjligheter de har. Verksamheten anser att Medicinsk Service bör vara mer representerade ute i verksamheten för att kunna stödja mer i det dagliga arbetet. Intervjupersoner från verksamheten ser Medicinsk Service som en beställarorganisation, men deras uppfattning är att de inte agerar som en beställarorganisation bör göra.

### ***Analys, bedömning och kommentarer – Beslutsprocess***

Vi bedömer att det finns behovs- och beslutsprocesser för nya system samt för förändringar i befintliga. Vid dialog med intervjupersoner framkommer att det ibland är otydligt vilken process som

används till vad. Det finns en stor osäkerhet i hur behov hanteras, vilka beslut som tas och vilken reell påverkan verksamheten har.

Intervjupersoner från Medicinsk Service anser att verksamheten tar en del beslut själva som frångår beslutsprocessen för förändringar eller nya IT-system och på eget bevåg köper in system som inte är analyserade utifrån att de ska passa in i den befintliga systemstrukturen. Intervjupersoner från verksamheten anser att beslut tas av Medicinsk Service utan deras vetskap och möjlighet att påverka. Vi bedömer att det därmed finns en brist i styrning, ansvar och kommunikation om vilken process för utveckling som finns på plats. Det är låg nivå av kommunikation om behov och beslut under pågående utveckling. Vi bedömer att det finns en risk för ineffektivitet ifall etablerade processer inte efterlevs då verksamheten eventuellt köper in egna system.

Vi rekommenderar att Region Skåne säkerställer att behovs- och beslutsprocesser tydligt kommuniceras och att de inte frångås. Vi rekommenderar dessutom att en tydligare rutin implementeras för kommunikation om status kring behov och beslut.

### 3.4 Krav från verksamheten, Revisionsfråga 3 och 6

En av målsättningarna med förvaltningsmodellen är att tillämpa en modell som möjliggör för verksamheterna att påverka systemen och skapa en effektiv resursanvändning. Förvaltningsmodellen tydliggör att ansvaret för att fånga upp behov ligger på de verksamheter som använder systemet, medan ansvaret för drift och hantering av systemet ligger på Medicinsk Service. Därmed tydliggör förvaltningsmodellen teoretiskt att det stora ansvaret för att fånga in verksamhetens behov och krav ligger på de enskilda verksamheterna.

Krav, avseende nya IT-system eller större förändringar av befintliga, ska komma från verksamheterna till Medicinsk Service genom att registreras i e-katalogen. Det finns ett flertal forum för att fånga in krav från verksamheten. De fyra roller som utgör en förvaltningsgrupp för ett system, verksamhetsansvarig och verksamhetsspecialist från verksamheten respektive systemansvarig och systemspecialist från Medicinsk Service, har alla ansvar för infångning av krav från verksamheten samt efterlevnad av aktiviteter. Den verksamhetsansvarige har ett ansvar för att samordna, prioritera och följa upp verksamhetens krav på funktionalitet. Verksamhetsspecialisten har närmast kontakt med superanvändarna för ett system, varpå de är första kontakten när superanvändare ställer krav på ny eller förändrad funktionalitet. I Medicinsk Service har den systemansvarige ansvaret för att skapa aktivitetslistan med tillhörande budget som bygger på verksamhetens krav. Systemspecialisten stödjer i sin tur den systemansvarige med att utföra de aktiviteter som är fastställda i aktivitetslistan. Detta arbete skall utföras i förvaltningsgruppen tillsammans med verksamhetsansvariga.

Till en förvaltningsgrupp finns det, enligt förvaltningsmodellen, tillhörande verksamhetsnätverk från verksamheten respektive leverantörsnätverk från Medicinsk Service och leverantörer. Verksamhetsnätverket samlar och fångar in krav från verksamheten som de sedan tar vidare för diskussion i förvaltningsgruppen för ett system. Leverantörsnätverket har inga uttalade uppgifter för att fånga in krav, men intressanta saker lyfts naturligtvis i förvaltningsgruppen för diskussion som i sin tur kan bli infångade krav.

Intervjupersoner från Medicinsk Service anser att förvaltningsmodellen bidrar till att fånga in verksamhetens krav. De anser dock att verksamheten i för hög utsträckning tar egna beslut utan att gå

igenom Medicinsk Service vilket innebär problem i ett senare skede. Vissa förvaltningar inom verksamheten behöver ha en större förståelse kring den komplexitet som finns kring att verkställa verksamhetens krav anser intervjupersoner inom Medicinsk Service. Intervjuade anser att det kan vara en mognadsfråga, vissa förvaltningar har kommit betydligt längre och har en större förståelse än andra. De anser att verksamheten i viss mån behöver bli bättre på att kravställa och kunna se till helheten och inte enbart den enskilda förvaltningen.

Intervjupersoner från verksamheten beskriver att insamling av krav fungerar tillfredställande, den nya förvaltningsmodellen har prioriterat en verksamhetsdriven utveckling av IT vilket de ser som positivt. Överlag är representanter från verksamheten överens om att förvaltningsmodellens ändamål kommer att bli väldigt bra när den är implementerad fullt ut. Det finns bra forum och strukturer för att fånga in verksamhetens krav. Intervjupersoner anser att problemen börjar först när ett ärende är lagt i e-katalogen, responsen på de behov som har identifierats är otydliga. Verksamhetsföreträdare som har intervjuats har uppfattningen av att behov som identifieras av Medicinsk Service går väldigt snabbt att besluta om och verkställa, medan krav från verksamheten tar väldigt lång tid att slutföra.

#### *Analys, bedömning och kommentarer – Kravinsamling verksamhet*

Vi bedömer att det finns forum, rutiner och tydliga strukturer implementerade för att fånga in krav och behov från verksamheten. Det finns därmed förutsättningar för att fånga in behov som uppstår i verksamheten. Vi bedömer att verksamheten upplever att kravinsamlingen fungerar, men att problemen uppstår i kommunikation om status och i den vidare hanteringen av kraven.

### **3.5 Medborgares synpunkter, Revisionsfråga 4**

Region Skåne arbetar på ett antal olika sätt med att fånga in medborgarnas synpunkter. Arbetsmetoder som används är bland annat fokusgrupper, frågeformulär och fältstudier. Arbetssättet ser olika ut baserat på vilket typ av projekt som utförs.

Region Skåne har tagit fram ett förslag på en strategi för e-hälsa, e-hälsostategi för Region Skåne år 2016-2020. Visionen med strategin är att e-hälsa ska ge invånarna en tillgänglig, trygg och kvalitetssäkrad hälso- och sjukvård. Visionen innebär att Region Skåne ska ha ett attraktivt och lättillgängligt utbud av digitala tjänster inom hälsa och vård. Utformning av nya e-hälsotjänster, ska enligt e-hälsostategin, genomsyras av en hög grad av användarmedverkan i samband med utveckling, utvärdering och vidareutveckling.

I dagsläget har invånare möjlighet att påverka IT-utvecklingen i Region Skåne genom att dels ringa in ärenden, men främst genom e-post. Vid specifika upphandlingar har underlag från invånare samlats in ifall det varit relevant. Då har det skett genom exempelvis enkätundersökningar, fokusgrupper samt fältstudier. Regionen har också använt sig av forskningsarbeten som genomförts av universitet där invånarens perspektiv har framkommit. Nationellt, genom bland annat Inera, genomförs mycket undersökningar för att fånga in medborgarnas perspektiv. Dessa undersökningar är något regionen använder i sitt eget arbete med e-hälsotjänster.

Det saknas en tydlig rutin för hur behov och förslag som inkommer från medborgare hanteras. Det finns ingen generell strategi för hur medborgarperspektivet ska lyftas in vid nya IT-system.

### *Analys, bedömning och kommentarer – Medborgares synpunkter*

Vi bedömer att det saknas fastställda riktlinjer och strategier för hur regionen praktiskt ska arbeta med att fånga in invånarnas synpunkter. En strategi, som inte blivit formellt beslutad än, har utarbetats där de framtida målen framgår och där det tydliggörs att medborgarna ska vara med och påverka e-hälsotjänster. Vi bedömer dock att det saknas en strategi för hur regionen ska involvera och fånga in invånarnas synpunkter vid samtliga relevanta upphandlingar av IT-stöd. Dessutom bedömer vi att det saknas lämpliga strukturer och ett standardiserat sätt att dokumentera de synpunkter som inkommer från invånare.

Vi rekommenderar att Region Skåne implementerar en rutin för insamling och hantering av medborgares synpunkter och krav. Dessutom bör det tas fram en strategi för hur medborgares åsikter och krav ska fångas in vid relevanta upphandlingar som får en direkt påverkan på medborgarna.

## **3.6 Marknadsbevakning av nya system och upphandlingskompetens, Revisionsfråga 5**

Omvärldsbevakning sker på flera nivåer vid upphandlingar av nya IT-stöd. Omvärldsbevakning är en del av analysarbetet i behovsprocessen och vid förstudier i utvecklingsprocessen. Omvärldsbevakning sker utifrån två aspekter, en nationell respektive en internationell. Den nationella bevakningen riktar sig dels emot andra landsting och regioner samt privata aktörer inom Sverige. Den internationella omvärldsanalysen undersöker hur motsvarande organisationer i andra länder har hanterat det uppkomna behovet. Internt, inom regionen, har anställda möjlighet att gå på mässor och seminarier för att hålla sig uppdaterade inom sina tjänsteområden. Region Skåne använder främst externa konsulter som projektledare och dessa fyller enligt intervjupersoner från Medicinsk Service en viktig funktion i omvärldsbevakningen, då externa influenser lyfts in.

Omvärldsbevakning genomförs även genom möten med leverantörer. Region Skåne träffar representanter från olika leverantörer vilket gör att de kan hålla sig uppdaterade om vilka system som finns på marknaden. Bevakningen är en viktig del för att se hur andra landsting och marknaden överlag hanterar system och utvecklingsfrågor.

Det drivs ett större projekt kring framtidens vård- och informationssystem där tre regioner är involverade (Region Skåne, Stockholms Läns Landsting och Västra Götalandsregionen). Projektet benämns 3R och inkluderar en stor del marknadsbevakning och strategiska perspektiv. I 3R:s målararkitektur har en omfattande omvärldsanalys genomförts utifrån ett arkitekturperspektiv där nationell referensarkitektur för ett antal länder jämförts.

Utifrån ett framtaget programdirektiv<sup>3</sup> beslutade Regionstyrelsen den 18 december 2014 (§222) att delta i samarbetet. Målen med samarbetet är bland annat:

---

<sup>3</sup> Programdirektiv 3R Framtidens vårdinformation 2014-2020, Framtaget på uppdrag av regiondirektörerna i Region Skåne, SLL och VGR.

- En driftsatt systemlösning inom 3R som skapar förutsättningar för ett informationsutbyte och en kommunikation över organisationsgränser och huvudmannaskap. Vald systemlösning ska stödja nuvarande och kommande behov inom vårdens processer
- En slutförd upphandling som genomförts gemensamt inom 3R
- En etablerad gemensam övergripande förvaltningsorganisation
- En etablerad samverkan mellan informationsteknikens utveckling och verksamhetsutvecklingen
- Införa gemensamma termer och begrepp samt arbete med standardisering av såväl arbetsätt som lösning

Utifrån programdirektivet skapades en struktur för arbetet inom 3R. Ett nationellt programkontor och lokala programkontor i respektive region inrättades.

Region Skåne åtog sig att ansvara för det nationella programkontoret och chef och personal rekryterades av regiondirektören. Det tillsattes även ett lokalt programkontor för 3R i regionen. Det beskrivs att det nationella programkontoret inte levde upp till förväntningarna och avvecklades under sommaren 2015. VGR tog då över det nationella ansvaret för samordningen av 3R-programmet. I dagsläget uppfattar vi att det centrala ansvaret för 3R har överförts till SLL.

I de intervjuer vi genomfört beskrivs att Region Skåne inte deltar i arbetet inom 3R-projektets samtliga delar. Regionen deltar i samarbetet med gällande framtida arkitektur, informationssäkerhet och informatik. Regionen deltar inte i de delar som avser gemensam upphandling av framtidens vårdinformationssystem. Den beskrivningen som ges i flera av våra intervjuer är att samverkan inom 3R i praktiken har upphört och fokus i regionen nu är att uppgradera Melior för att parallellt själv upphandla framtida vårdinformationssystem. Det har dock inte fattats något formellt beslut om att Region Skåne inte ska delta i 3R-projektet. Ärendet har beretts vid Regionstyrelsens arbetsutskott 24 april inför Regionstyrelsens sammanträde den 12 maj. Ärendet finns dock inte med på dagordningen för sammanträdet utan uppges ha skjutits fram till sammanträdet den 2 juni 2016.

Leverantörsnätverket på den operativa nivån i förvaltningsmodellen, där externa leverantörer ingår, fungerar också som ett nätverk för att hålla sig uppdaterad. Enligt intervjuade från Medicinsk service och verksamheterna fungerar även verksamhetsnätverket som ett forum för diskussion och omvärldsanalys. Systemansvarig har i sin roll krav på nationell omvärldsbevakning inom regioner och landsting.

Intervjupersoner inom både Medicinsk Service och verksamheten anser att omvärldsanalys är en tydlig del i projekt. De anser att förvaltningsmodellen har tydliggjort omvärldsbevakning genom vissa roller. Generellt anser de att omvärldsbevakning sker kontinuerligt genom de samverkansforum som finns, både internt och externt. Därmed är åsikten att det finns en bra rutin för att hålla sig uppdaterad kring vilka system som finns på marknaden.

Kompetens kring att ta in, analysera och upphandla de system som framkommit i marknadsbevakningen är ett område som pågående utvecklats inom Medicinsk Service. Det saknas formella ut-



bildningsrutiner för att främja en starkare upphandlingskompetens kring nya IT-lösningar. Intervjupersoner från verksamheten har ifrågasatt kompetensen inom Medicinsk Service vid upphandlingar av IT-stöd. Det finns upphandlingskompetens inom koncerninköp, men de saknar den kompetensen lokalt inom Medicinsk Service. Representanter från Medicinsk Service anser att koncerninköp inte besitter den kompetens kring IT som krävs för att förhandla större avtal med den komplexitet det innebär. Dessutom anser de att organisationen inte fullt ut har genomfört förvandlingen från driftorganisation till beställarorganisation, men att den omställningen av förklarliga skäl tar tid. De kan även i större utsträckning behöva stödja verksamheten mer, bli mer av en utförande organisation än vad de är idag.

Intervjupersoner från verksamheten ifrågasätter om rätt kompetens finns för både mindre och större upphandlingar. De anser att vissa avtal som tecknats inte uppfyller de krav som verksamheten kan förvänta sig.

Ett problemområde som har framkommit, av både intervjupersoner från Medicinsk Service och verksamheten, är att det varit hög personalomsättning inom Medicinsk Service varpå det har varit svårt att få kontinuitet. KPMG har inte utrett huruvida det faktiskt har varit hög personalomsättning. Representanter från verksamheten menar att det starkt har bidragit till att det inte finns tillräckligt med kompetens inom Medicinsk Service. Intervjupersoner inom verksamheten menar också att det har varit hög omsättning på ledande positioner inom Medicinsk Service vilket Dessutom bidragit till avsaknaden av kontinuitet, men uttrycker också att nuvarande personer i ledande positioner saknar IT-bakgrund. Detta är något intervjupersoner från verksamheten anser genomsyra hela IT-leveransen.

### ***Analys, bedömning och kommentarer – Marknadsbevakning och upphandlingskompetens***

Vi bedömer att förvaltningsmodellen samt behovshanteringsprocessen främjar och bidrar till marknadsbevakning.

Bedömningen är att det saknas viss kompetens kring upphandling av IT-stöd till Region Skåne. Vi bedömer att det saknas ett strukturerat sätt att arbeta med utbildning kring upphandlingskompetens. Det har varit perioder av hög personalomsättning och svårigheter att behålla resurser har bidragit till avsaknad av viss upphandlingskompetens.

Vår bedömning är att det finns behov av ökad kompetens inom Medicinsk Service för upphandling av IT-system. Det bör även säkerställas att det finns en utarbetad struktur för kontinuerlig utbildning och vidareutveckling av upphandlingskompetens inom förvaltningen.

Regionstyrelsen beslutade i december 2014 att ställa sig bakom 3R-programmet för upphandling av framtida vårddokumentationssystem. Som vi bedömer det har samarbetet från Region Skånes sida upphört i och med den satsning som påbörjats av uppgradering av Melior. Vår bedömning är att den uppgraderade versionen av Melior inte kommer att medföra förbättringar i den utsträckning som krävs av framtidens vårddokumentationssystem. Behovet av ett nytt framtida vårddokumentationssystem som uppfyller framtidens, och i stora delar nutidens, behov kvarstår.

Vår bedömning är att Region Skåne i och med att man lämnade vidare det nationella programkontoret för samverkansprojektet 3R till VGR, inte deltar i en av samverkansprojektets väsentliga delar

d.v.s. upphandlingsdelen. I praktiken avslutades deltagandet inom 3R utan fattat beslut i Regionstyrelsen.

### 3.7 Drift, incident- och problemhantering, Revisionsfråga 7

Driften av Region Skånes system är i stora drag helt outsourcad genom fyra större huvudavtal. Med Telia har regionen outsourcat telefonin till och med 2017 och med EMC har de ett avtal angående lagring som sträcker sig fram till 2017. Avseende applikation- och serverdrift samt användarnära IT har regionen upprättat två avtal med Tieto. Applikation- och serverdriftavtalet sträcker sig fram till 2017 och avtalet kring användarnära IT gäller till 2019. Tieto ansvarar därmed för drift och support av regionens systemmiljö. Till de olika avtalen har fyra SLA-nivåer som är kopplade till avtalstider upprättats.

Region Skåne har rutiner på plats för incident- och problemhantering som bygger på ramverket ITIL. Det finns tre olika instruktioner; Instruktion för Incidenthantering, Instruktion för Problemhantering och Instruktion för hantering av Stor incident. För beskrivning av de olika instruktionerna se Bilaga 2. Instruktionerna tydliggör ansvar för olika delar i processerna.

Det finns samverkansforum definierade i instruktionerna för problemhantering respektive incidenthantering. Samverkansforum för driftleverantörer och Medicinsk Service finns på tre nivåer; operativ, taktisk och strategisk.

- Operativ nivå: Här säkerställs att avtalade processer tillämpas och att arbetet i processen utförs enligt avtalet avseende överenskomna rutiner och servicenivåer. Ifall det krävs så ansvarar forumet för att eskalera till processansvarig
- Taktisk nivå: På den taktiska nivån är huvudsyftet att säkerställa att förvaltning och utveckling av incidentprocessen stödjer IT-komponenter och IT-baserade tjänster. På taktisk nivå ingår att säkerställa att det finns mätbara metoder för uppföljning samt att processen är förankrad och tydliggjord.
- Strategisk nivå: I forumet på strategisk nivå hanteras strategiska frågor och utvecklingsplaner gällande samtliga obligatoriska processer. Forumet fungerar som högsta eskaleringspunkt för processrelaterade problem som eskaleras från det taktiska forumet.

I händelse av en allvarlig incident, som uppfyller ett eller flera kriterier för stor incident, är det Tieto Incident Manager som är ansvarig för att eskalera incidenten till stor. Därefter finns en tydlig process- och aktivitetskedja definierad för att hantera den eskalerade incidenten, både internt och externt.

Regionen har beslutat och tagit fram en prioritetslista för systemen i händelse av en katastrof. Systemen har klassificerats efter en skala, 1 till 4, där 1 är mest kritiskt. Klassificeringen har utgått från ett patientsäkerhetsperspektiv, där utgångspunkten har varit att de ska kunna bedriva nödvändig verksamhet. Prioriteringslistan avser vilka system som ska plockas ned sist respektive först i händelse av en allvarlig katastrof.



Den generella uppfattningen av intervjupersoner från Medicinsk Service är att incidenthanteringen vid större incidenter fungerar bra, men att det finns områden som går att förbättra. Mycket av driftrelaterade frågor såsom backuphantering och tillgänglighetskrav hanteras i förvaltningsgrupperna vilka inte alltid anses ha den kompetens som krävs vid kravställning mot driftleverantörer.

Intervjupersoner inom Medicinsk Service och verksamheten anser att det finns rutiner implementerade i händelse av en allvarlig incident. De instruktioner som finns på plats tydliggör kedjan för att eskalera en incident och vem som är ansvarig i de olika faserna.

#### *Analys, bedömning och kommentarer – Drifrutiner och incidenthantering*

Vi bedömer att det finns tydliga processer för incident- och problemhantering samt stora incidenter. System som anses kritiska ur ett patientsäkerhetsperspektiv har prioriterats. Vi bedömer att det finns en tydlig struktur och eskaleringskedja för att stegra en incident som är förankrad internt inom Region Skåne samt hos driftleverantörer. Vi bedömer att roller har blivit tydligt fastslagna och att krav har ställts på att motsvarande roller ska vara tillsatta hos driftleverantören.

### **3.8 Ändamålsenligt arbete med IT mot bakgrund av långsam process för upphandling och systembyte, Revisionsfråga 8**

Det pågår ett flertal projekt där regionen arbetar långsiktigt med att ta fram morgondagens IT-system. Den generella bedömningen av intervjupersoner från Medicinsk Service, men främst från verksamheten, är att det tar alldeles för lång tid att ta större beslut kring nya IT-system. Representanter från Medicinsk Service anser att större beslut inte genomförs på grund av att verksamheten inte är tillräckligt förändringsbenägen.

Intervjupersoner från verksamheten uttrycker att det genomförs utveckling från Medicinsk Service sida som inte anses vara helt baserad på verksamhetsbehov eller som inte blivit tillräckligt förankrade i verksamheten. Beslut anses genomföras utan verksamhetens inblandning eller påverkan.

Intervjupersoner från Medicinsk Service anser att verksamheten kommer med kontinuerliga krav i en utvecklingsprocess som gör att den ursprungliga utvecklingsomfattningen förändras. I samband med att processen blir utdragen ses möjligheter från verksamheten att lyfta in ytterligare nya kravställningar vilket intervjupersoner inom Medicinsk Service påtalar leder till en ond cirkel. Representanter från Medicinsk Service anser att verksamheten inte tillsätter tillräckliga resurser för att delta aktivt i utvecklingsprocessen samt vid implementering av nya lösningar. Det framkommer att verksamheten är stora kravställare avseende vilka perioder som nya systemlösningar kan implementeras inom, vilket i praktiken leder till snäva tidsramar för att kunna genomföra en implementering.

En ytterligare aspekt som lyfts fram är att leverantörer i högre utsträckning överklagar befintliga upphandlingar vilket bidrar till att processerna drar ut på tiden.

#### *Analys, bedömning och kommentarer – ändamålsenligt arbete IT*

Vi bedömer att det är en långsam process att upphandla och implementera nya system inom Region Skåne. Processen blir utdragen av ett antal olika anledningar såsom svagheter i kommunikation,

avsaknad av stark upphandlingskompetens och överklagan från leverantörer. Systemmiljön inom Region Skåne är komplex och det är många aspekter som måste beaktas vid nya upphandlingar och nya system.

Vi bedömer att det inte finns ett ändamålsenligt arbete med IT-system idag då det fortsatt är en problematisk och långsam process att implementera nya system. Med detta som bakgrund så bedömer vi att det finns många områden där förbättringar har utförts och framförallt är pågående. Den nya styr- och förvaltningsmodellen samt behovshanteringsprocessen ger goda förutsättningar för att kunna stärka området framgent.

### 3.9 Fallstudie: Upphandling av ett nytt kompetenshanteringssystem

Bakgrunden till projektet att upphandla ett nytt kompetenshanteringssystem är att det saknas ett fullgott IT-stöd för kompetensförsörjning. I en rapport för ett antal år sedan identifierades brister i kompetensförsörjningen, det saknades struktur och systematik för att arbeta med kompetenshantering. Regionen rekommenderades att ta fram en metodik och införskaffa ett IT-stöd för kompetensförsörjning.

Flertalet av behoven och signalerna från verksamheten fångades in och konkretiserades vid införandet av HR-systemet HR-Fönster. Det fanns redan i upphandling av systemet en option om ett kompetensförsörjningssystem. Regionen ansåg dock inte att systemet var tillräckligt funktionellt och bra. Det gav däremot bra idéer kring hur funktionaliteten borde vara.

Under våren 2015 startade projektet, en tidsplan togs fram och en styrgrupp samt projektgrupp bildades. Styrgruppen bestod av representanter från de olika förvaltningarna, koncernkontoret, Medicinsk Service samt en extern projektledare. En omvärldsanalys gjordes i förstudien. För att fånga in användarnas och verksamheten synpunkter under arbetet har de använt sig av workshops med olika förvaltningar, forskare, verksamhetsutvecklare, chefer och HR-chefer samt olika intressenter. De workshops som har genomförts har haft utsedda pilotansvariga som har testat metodik med ansvariga chefer regelbundet. Systemleverantörer har haft visningar av system. Projektgruppen har också samarbetat med Stockholms Läns Landsting som berättat hur de arbetat med kompetenshantering. Beslut under projektets gång har främst tagits i projektets styrgrupp.

Den slutliga projektdefinitionen blev reviderad och beslutad vid ett styrgruppsmöte 2015-08-20. Projektdefinitionen har arbetats fram kontinuerligt under projektets gång. Projektgruppen har dokumenterat samtliga workshops och mötesanteckningar finns från styrgruppsmöten. Till projektdefinitionen har en tidsplan arbetats fram löpande. Upphandlingsunderlaget har tagits fram separat från projektbeskrivningen.

Under tidig höst 2015 ansåg sig projektgruppen vara redo för upphandling. Därmed togs beslut av styrgruppen att projektdefinitionen var fullgod och det skulle gå vidare till upphandlingsförfarandet. Upphandlingsunderlag var klart i november 2015. Projektgruppens målsättning och vilja var att gå ut i en upphandling i början av december 2015. Upphandlingsunderlag och projektdefinition skickades till förvaltningschefen på Medicinsk Service för godkännande om att gå vidare till upphandling för det nya systemet.

Styrgruppen hade vid granskningstillfället i april 2016 precis fått ett positivt beslut om att få gå ut i upphandling. Beslutet har meddelats över telefon av en medarbetare på Medicinsk Service. Det

saknas dock ett dokumenterat beslut. Det är fortfarande oklarheter kring frågor gällande budget och vilken inblandning som krävs från Medicinsk Service innan de kan gå ut i en upphandling. Projektet är kraftigt försenat. Medicinsk Service menar att tidsfördröjningen beror på prioriteringar av utvecklingsbudget för 2016, vilken Regiondirektören beslutar om.

#### *Projektgruppens upplevelser*

Projektgruppen beskriver en stark frustration över projektet, de anser att det har dragit ut alldeles för långt på tiden. Tidsaspekten, att det har tagit fem månader för att få ett beslut om att få gå ut i upphandling, har enligt dem varit oacceptabel. Kommunikationen med Medicinsk Service har enligt projektgruppen varit undermålig, de har försökt att få tag på ansvariga personer men inte lyckats nå dem. Representanter från Medicinsk Service är av en annan uppfattning och anser att de haft en tydlig dialog med representanter för projektet. De anser vidare att de vid tillfällena inte har erhållit den återkoppling som krävts från representanter för projektet. Återkoppling erhöles enligt intervju-personer på Medicinsk Service först i april 2016. Det uttrycks att det varit en stor brist i och med att det saknats en tydlig process för hur projektet skulle gå tillväga. Projektgruppen uttrycker att det tagit mycket tid att genomföra förstudie och att sätta projektdefinition. Detta kan bland annat härledas till att det saknades strukturer för ett sådant arbete.

I verksamheten skapades en vilja och förväntan för att införa det nya systemet i och med alla förberedande aktiviteter i form av bland annat workshops. Projektgruppen upplever nu en uppgivenhet och ett försämrat förtroende i verksamheten på grund av att projektet dragit ut på tiden.

Det finns en uppfattning från projektgruppen att det saknas en process för att kommunicera beslut till projektgruppen. Strukturer för hur beslut tas och när de kan förväntas få ett svar anser de saknas. De anser att förvaltningsmodellen inte är anpassad för de verksamheter som inte driver IT-projekt ofta. De hade velat bli tilldelad en kontaktperson från Medicinsk Service som hade kunnat hjälpa till att driva de olika processstegen.

#### *Analys, bedömning och kommentarer*

Vi bedömer att det aktuella projektet blivit väl underbyggt med bäring på vilka behovsinsamlingar och kravställningar från verksamheten som är utförda. Ett väl formulerat projektdirektiv finns på plats. Vi bedömer att det aktuella projektet visar på att det finns en otydlighet i samarbete mellan verksamheten och Medicinsk Service. För det aktuella projektet har det saknats en tydlighet i vilka beslut som krävs inför att gå ut i upphandling. Det har varit en otydlig hantering kring det formella beslutet från Medicinsk Service vilket även dragit ut på tiden utan någon anledning kommunicerad. Det saknas ett arbetssätt för att kommunicera status och beslut på projekt från Medicinsk Service sida.

### **3.10 Uppföljning av driftrapport från 2012**

Region Skånes revisor genomförde en granskning av driftsäkerheten inom Region Skånes IT-verksamhet år 2012. I samband med granskningen framkom ett flertal förbättringsområden som KPMG, i föreliggande granskning, har följt upp.

### 3.10.1 Samverkansmodell mellan Region Skåne och driftleverantörer

Vid granskningstillfället 2012 var regionen i hög utsträckning fortfarande påverkad av arbetet med att outsourca IT-verksamheten. Rapportens slutsatser var att det fanns brister i samverkan, både internt mellan IT-avdelningen och verksamheten samt externt mellan Region Skåne och driftleverantörerna. Det saknades tydliga forum för regionen att följa upp de avtal som slutits på en regelbunden basis.

Vid KPMG:s uppföljning kan konstateras att förvaltningsmodellen som har tagits fram har tydligt förankrade roller. Förvaltningsmodellen beskriver förhållandet mellan Medicinsk Service och verksamheterna. Den har skapat tydligare processer för systemförvaltning och drift. Ytterligare nyttoeffekter av förvaltningsmodellen har varit en bättre samordning mellan förvaltningarna. Modellen beskriver de olika samverkansforum som finns på respektive nivå; strategisk, taktisk och operativ nivå. Samverkansmodellen tydliggör att samtliga kategori A-system ska ha regelbunden uppföljning av levererad tjänstekvalité.

Tillsammans med leverantören Tieto har en samverkansmodell tagits fram, som innebär ett strukturerat sätt att arbeta med avtalsuppföljning och IT-investeringar, i syfte att få en god verksamhetsnytta. Styrning och samverkan ska bidra till uppföljning av verksamhetsnytta och säkerställa att det finns tydliga resultat. Samverkansmodellen ska definiera ansvar och roller samt ha en tydlig fördelning av arbetsuppgifter. Modellen för samverkan bygger på de samverkansforum som är definierade i förvaltningsmodellen.

#### *Analys, bedömning och kommentarer*

Vi bedömer att förvaltningsmodellen och samverkansmodellen mot leverantörer har åtgärdat vissa iakttagelser från 2012 genom att ha tydliggjort samarbete och ansvarsroller mellan Medicinsk Service, verksamheten och leverantörer. Förvaltningsmodellen bedömer vi ha bidragit till att skapa en tydligare struktur för samarbete mellan Medicinsk Service och verksamheterna. Vi bedömer även att den samverkansmodell som har tagits fram tillsammans med Tieto beskriver ansvarsroller och samverkansforum på ett lämpligt sätt.

### 3.10.2 Avtalsuppföljning

Vid granskningstillfället 2012 framkom det att det saknades fastställda riktlinjer och arbetssätt för uppföljning av avtal. Det saknades metoder för att mäta leveranser mot leverantörer och det saknades systematik och ett lämpligt stödsystem för att följa upp regionens avtal. Det saknades en struktur för samverkan mellan Region Skånes beställare och respektive leverantör för att säkerställa att tjänster levereras enligt avtal och uppsatta mål. Avtalen var i hög utsträckning skrivna och formulerade på ett sätt som ansågs vara alldeles för generella avseende mätbara och kvantifierbara dimensioner.

KPMG:s uppföljning fokuserar på avtalen med Tieto avseende användarnära IT och server- och applikationsdrift. De samverkansforum, mellan regionen och driftleverantören Tieto avseende avtalen för server- och applikationsdrift respektive användarnära IT, som används för avtalsuppföljning idag är baserade på förvaltningsmodellen. I samverkansmodellen med Tieto finns nedanstående forum med följande uppgifter:

- Operativ nivå: På operativ nivå säkerställs att det dagliga arbetet genomförs effektivt. Processer från ITIL/ITSM används för att hantering av de dagliga aktiviteterna ska ske på ett standardiserat och enhetlig sätt. Forumet hanterar och behandlar avvikelser relaterat till kvalitet i leveransen. Möten på operativ nivå ska ske med ett intervall på två gånger per månad.
- Taktisk nivå: På taktisk nivå säkerställs att metoder för att nå uppsatta mål upprättas. Forumet ska säkerställa att leveransen sker i enlighet med de tjänstenivåer som har definierats i KPI (samtliga mätningar ska ha en tillhörande KPI-beskrivning som innehåller en funktionell beskrivning över vad som ska mätas samt en detaljerad beskrivning på hur mätningen ska genomföras). Arbetsmetoden ska säkerställa att leveranser mäts och redovisas regelbundet. Möten på taktisk nivå ska ske med ett intervall på en gång per månad.
- Strategisk nivå: Huvuduppgiften på strategisk nivå är att förbättra nyttovärdet för Region Skåne med avseende på leveranser. Forumet ansvarar för de övergripande strategiska planerna och att samtliga parter i samverkansmodellen arbetar för att få bra avkastning på deras IT-investeringar. Möten på strategisk nivå ska ske med ett intervall på en till två gånger per år.

Det finns en tydlig rollstruktur i samverkansmodellen som tydliggör vilka deltagare respektive forum ska ha både från Tietos och Region Skånes sida. Modellen tydliggör även standardiserade agendor för respektive forum som är obligatorisk att gå igenom. Sedan 2012 har tre personer fått rollen avtalsförvaltare, de ansvarar för arbetet med att följa upp avtal.

Den generella uppfattningen som Medicinsk Service uttrycker kring avtalsuppföljningen är att de har kommit längre sedan 2012, men att det fortfarande finns förbättringsområden. Avtalet rörande server- och applikationsdrift är formulerat på ett sätt som gör det svårt att jämföra deras måltal med kvantifierbara mål. Den främsta anledningen till att det är svårt att följa upp server- och applikationsavtalet är att det är otydliga tillgänglighetskrav. Avseende möten i samtliga samverkansforum har intervjupersoner inom Medicinsk Service uttryckt att det har varit svårt att få till möten på taktisk- respektive strategisk nivå, men att det vid granskningstillfället har blivit lite bättre.

Intervjupersoner från Medicinsk Service anser att det finns problem med att skriva långa avtal då det är svårt att hålla kontinuerlig drivkraft från leverantören. Ytterligare strukturer kring revidering av avtal är något som de intervjuade eftersträvar. Ytterligare beskriver intervjupersoner inom Medicinsk Service att uppföljningen försvåras av att regionen inte arbetar i samma incidenthanterings-system som Tieto. Medicinsk Service får inte tillgång till Tietos automatlarm kring IT-incidenter i realtid vilket medför att det är svårt att verifiera fullständigheten och försvårar avtalsuppföljningen.

Ur ett IT-säkerhets- respektive informationssäkerhetsperspektiv har det framkommit kritik mot att dessa delar inte är en naturlig och obligatorisk del av nuvarande avtalsuppföljning.

### ***Analys, bedömning och kommentarer***

Vi bedömer att vissa framsteg har gjorts sedan 2012, men att iakttagelser kring avtalsuppföljning fortfarande kvarstår. Vi bedömer att förvaltningsmodellen, samverkansmodellen och tillsättningen av avtalshanterare har skapat tydliga forum för uppföljning av avtal. Vi bedömer att det är ett problem att det inte finns någon tydlig kravställning mot Tieto som en del av avtalet och att det därmed

blir svårt att avgöra vilken nivå uppföljningen ska ske på. Avtalen är utformade på ett sätt som gör det svårt att mäta servicenivåer. Vi bedömer att det finns brister i och med avsaknaden av tydliga KPI:er att jämföra servicenivåer emot. Detta gör att uppföljningar av servicenivåer blir väldigt subjektiva och komplexa att genomföra.

Vår bedömning är att det saknas riktlinjer eller tydliga rutiner för avtalsuppföljning avseende IT-säkerhet och informationssäkerhet.

### 3.10.3 Prioritering och klassificering av incidenter

I granskningen 2012 framkom det att det saknades tydlig ansvarsfördelning och tydliga roller i incidenthanteringsprocessen. Incidenthanteringsprocessen bedömdes inte tillräckligt ändamålsenlig eftersom incidenter inte klassificerades och därmed inte kunde härledas till identifierade brister. Det saknades en klassificering av incidenter utefter ett informations säkerhetsperspektiv. För en utförlig beskrivning av incidenthanteringsprocessen se avsnitt 3.7. Fokus i föreliggande avsnitt är kopplade till avtalen för server- och applikationsdrift samt användarnära IT.

Vid KPMG:s uppföljning kan konstateras att verksamhetens användare av Region Skånes system har möjlighet att registrera ärenden genom att via telefon kontakta 30000 (servicedesk) eller registrera ett ärende direkt i IT-ärendehantering. Användare registrerar incidenter, gäller incidenten telefoni tar Telia eller Unify hand om ärendet, gäller incidenten IT har Tieto ansvaret. I ett första skede ska personal från servicedesk klassificera och prioritera ärendet. För klassificering finns två olika nivåer som är direkt kopplade mot SLA-nivåer. Det handlar om störning av tjänst eller avbrott. Det finns ingen IT-säkerhets- eller informationssäkerhetsaspekt med i incidenthanteringen. Det saknas rutin eller ytterligare systemstöd för att klassificera ärenden utifrån IT-säkerhet eller informationssäkerhet.

Processmöten på operativ nivå bedrivs i snitt en gång per månad där incidenthantering diskuteras. Tieto presenterar vid processmötena statistik över incidenter för perioden, intervjupersoner från Medicinsk Service anser att statistiken inte alltid är tillräcklig. De eftersöker mer avancerad statistik som hade möjliggjort att göra mer avancerade analyser.

Delar av intervjupersonerna från Medicinsk Service anser att IT-säkerhet och informationssäkerhet inte prioriteras i arbetet med incidenthantering och eftersöker att större fokus riktas mot dessa områden. De anser att det är svårt att analysera och kartlägga incidenter med bärning på informationssäkerhet.

#### *Analys, bedömning och kommentarer*

Vi bedömer att processen för incidenthantering fortfarande saknar ett fullständigt sätt att klassificera och prioritera ärenden på. Det saknas en koppling mot IT-säkerhet och informationssäkerhet. Vår bedömning är att det är svårt för regionen att få en fullständig överblick av incidenter vid uppföljning med anledning av den bristfälliga klassificeringen.



### 3.10.4 Upphandlingskompetens

I rapporten från 2012 framkom det att kompetens för att upphandla och hantera avtal fanns, men att det saknades ändamålsenlig struktur för att utnyttja dessa kompetenser på rätt sätt. Koncerninköp involverades i liten utsträckning vid upphandlingar av IT.

I dagsläget finns upphandlingskompetens inom Medicinsk Service, dock är det koncerninköp som innehar spetskompetens kring upphandlingar. Det finns riktlinjer på plats såsom en upphandlingspolicy med tillhörande riktlinjer. Det saknas utbildningspaket för att förbättra upphandlingskompetensen inom Medicinsk Service.

#### *Analys, bedömning och kommentarer*

Vi bedömer att det har blivit vissa förbättringar men att upphandlingskompetens fortfarande är ett utvecklingsområde. Vi bedömer att den höga omsättningen på personal och brist på utbildning avseende upphandling medför att det fortfarande är ett område som behöver utvecklas. Vi bedömer att en tydligare struktur för samverkan mellan Medicinsk Service och koncerninköp bör upprättas.

### 3.10.5 Användarupplevelser

I rapporten från 2012 framkom det att den service inom IT-området som regionens verksamhet erhåller inte ansågs vara av en acceptabel kvalitet. Slutsatsen drogs av det stora antal incidenter som skedde under 2011-2012 samt de synpunkter på IT-leveransen som framkom under granskningen.

Vid KPMG:s uppföljning kan det konstateras att regionen arbetar kontinuerligt med användarundersökningar för att förbättra sin IT-service. Vid ärenden till Servicedesk kan användare bli uppringda för en kortare intervju om deras uppfattning av servicen. Det genomförs även uppföljande undersökningar från supportens sida för att kunna mäta kundnöjdhet. Årligen genomförs större användarundersökningar som ligger till grund för att förbättra IT-leveransen. De genomförs bland annat i fritextsvar och genomförs per utvalda system men även för servicetjänster. Medicinsk Service arbetar sedan med resultatet från kundnöjdhetsundersökningarna tillsammans med bland andra Tieto för att ytterligare förbättra servicen.

Intervjupersoner från Medicinsk Service anser att kundnöjdheten kunde bli bättre, väntetiden kring incidenter kan vara relativt lång. Intervjupersoner inom Medicinsk Service anser att i och med att supporten har regionaliserats har den också blivit bättre, den har blivit tydligare och mer standardiserad. De anser också att verksamheten är lite bakåtsträvande och att deras förändringsbenägenhet är låg, det gör att projekt drar ut på tiden.

Generellt beskriver de intervjuade verksamhetsföreträdarna att de i hög utsträckning har möjlighet att få stöd, men att det kan vara svårt att få support över telefon. Representanter från verksamheten anser att ärenden tar för lång tid att reda ut och att ärenden avslutas för snabbt eller går tillbaka till användaren utan att återkoppling ges. Intervjupersoner från verksamheten anser att IT har fått en längre distans från verksamheten och att det därmed blivit väldigt anonymt.

Intervjupersoner inom verksamheten anser att nya system implementeras som inte är anpassade för deras sätt att arbeta på, vilket skapar en stor trötthet i organisationen och bidrar till en sämre upplevelse av IT-servicen. Våra informanter anser att inte samtliga från verksamheten är professionella

kravställare och vissa driver en egen agenda vilket skapar sämre förutsättningar för att bli nöjd. Intervjupersoner från verksamheten har stora förväntningar på att nya system ska införas, men de känner en stor besvikelse då de anser att inget händer och det bidrar till lägre grad av nöjdhet.

### *Analys, bedömning och kommentarer*

Vi bedömer att det finns ett strukturerat sätt att arbeta med kundnöjdhet genom bland annat användarundersökningar som är detaljerade då de riktar sig både mot specifika system och tjänster. Ytterligare genomförs exempelvis analys av statistik för att kunna förbättra olika delar som framkommer i användarundersökningar.

Vi bedömer att IT-servicen som verksamheten får inte är på en acceptabel nivå, väsentliga incidenter har inträffat. KPMG noterar att det fortfarande är en hög nivå av incidenter och att användarundersökningar visar på ett fortsatt missnöje.

### **3.10.6 IT-säkerhet**

I rapporten från 2012 framkom det att fanns oklarheter kring vem som är ansvarig för säkerhetsarbetet samt brister i uppföljning av IT-säkerhet gentemot driftleverantörer. Den samlade bedömningen av rapporten var att förutsättningar för att säkerställa en ändamålsenlig säkerhet inte fanns.

Vid föreliggande granskning har regionen ett antal roller kopplat till IT-säkerhet bland andra en IT-säkerhetschef inom Medicinsk Service som arbetar övergripande med IT-säkerhetsfrågor. Ytterligare finns en IT-säkerhetsarkitekt och ett arkitekturråd inom Medicinsk Service. Det finns även en övergripande informationssäkerhetschef som är placerad på koncernkontoret. Medicinsk Service arbetar vid granskningstillfället med att få med informationssäkerhetsaspekter (vilket inkluderar IT-säkerhet) i ett tidigt skede vid upphandlingsprocesser. Kopplat till förvaltningsmodellen finns inte IT-säkerhetsaspekten med i de olika ansvarsområdena och rollerna. Förvaltningsmodellen avser inte att hantera IT-säkerhetsfrågor. Det finns däremot ett strukturerat arkitekturråd där frågor av IT-säkerhetskaraktär behandlas.

Regionen saknar en övergripande IT-säkerhetspolicy, det finns en Säkerhetspolicy, daterad 2003-05-05, som övergripande berör säkerhetsarbete. Löpande IT-säkerhetsfrågor kopplat till drift, avseende exempelvis backup och tillgänglighetskrav, i befintliga system hanteras främst i förvaltningsgrupperna där IT-säkerhetspersonal inte finns representerade. IT-säkerhetsfrågor vid nyutveckling, förändringar i befintliga system eller vid upphandlingar av nya IT-system hanteras alltid av arkitekturrådet och inte av förvaltningsgrupperna.

Vissa av intervjupersonerna inom Medicinsk Service anser att det finns ett motstånd mot IT-säkerhetsarbetet. Arbetet med IT-säkerhet beskrivs inte ha varit en linje Medicinsk Service drivit tydligt. Det har inte prioriterats att ta med IT-säkerhetsaspekten vid klassificeringar av incidenter då de anser att de inte arbetar proaktivt med IT-säkerhet utan väldigt reaktivt. De menar att kompetensen kring IT-säkerhet är så pass låg och nedprioriterad att de riskerar att köpa in nya system som inte är tillräckligt säkra. Vissa intervjupersoner anser att det saknas tillräcklig IT-säkerhetskompetens i förvaltningsgrupperna för att kunna säkerställa en säker IT-drift ur säkerhetsynpunkt. IT-säkerhet kopplat till förvaltningsmodellen beskrivs som något som inte har aktualiserats.



### *Analys, bedömning och kommentarer*

Vi bedömer att det inte genomförts några väsentliga förbättringar. Vi bedömer att det saknas styrande dokument som behandlar IT-säkerhetsfrågor. KPMG bedömer att IT-säkerhetsarbetet inte prioriterats och noterar att förvaltningsmodellen inte omfattar IT-säkerhetsfrågor.

#### **3.10.7 Informationssäkerhet**

I rapporten från 2012 gjordes bedömningen, förutom avsaknaden av informationssäkerhet vid klassificering av incidenter, att kommunikation relaterat till informationssäkerhetsfrågor vid exempelvis upphandling- och införande av nya system var otillräcklig.

Vid KPMG:s uppföljning har regionen en Informationssäkerhetschef som arbetar med att ta fram nya riktlinjer och policys avseende informationssäkerhet. Ytterligare finns informationssäkerhetsamordnare från olika förvaltningar, det är dock inte klarlagt hur mycket tid de ska lägga på informationssäkerhetsarbetet. Informationssäkerhetschefen och informationssäkerhetsamordnarna träffas ungefär var tredje vecka för ett gemensamt möte. Vid granskningstillfället finns ingen formaliserad informationssäkerhetspolicy. Det finns däremot ett dokument med riktlinjer för informationssäkerhet som definierar syfte och mål, ansvarsfördelning, genomförande och uppföljning.

Förvaltningsmodellen saknar en koppling till informationssäkerhetsaspekter och saknar information om informationsägare. Det saknas en fastslagen informationsklassificeringsmodell vilket inneburit att informationen är klassificerad på ett standardiserat sätt. En modell, som är framtagen tillsammans med andra regioner, är vid granskningstillfället ute på remiss.

Informationssäkerhetschefen har genomfört klassificering för ett antal system, men det saknas modeller och systematik för att göra det på ett enhetligt sätt. I samband med det har en del riskanalyser genomförts. Riskanalyserna utgår från sekretess, konfidentialitet och tillgänglighet och görs i Excel. Målsättningen är att kunna koppla riskanalyser mot incidenthanteringssystemet.

Intervjupersoner från Medicinsk Services sida menar att samarbetet mellan Informationssäkerhetschefen, IT-säkerhetsområdet och övrig personal på Medicinsk Service inte har fungerat optimalt. De som arbetar med informationssäkerhetsfrågor anser att det finns ett motstånd mot informationssäkerhetsfrågor uppifrån i organisationen vilket innebär att arbetet inte prioriteras. Det genomförs inte alltid riskanalyser vid rätt tidpunkt utan de kan i vissa fall utföras efter att ett system redan blivit upphandlat.

### *Analys, bedömning och kommentarer*

KPMG bedömer att det inte genomförts några förbättringar kopplat till informationssäkerhetsområdet då det saknas tydliga ansvarsförhållanden. Det saknas ytterligare metoder för att arbeta med informationsklassificering, riskanalyser och uppföljning. KPMG bedömer att metoder för att arbeta med informationsklassificering, riskanalyser och uppföljning är en förutsättning för uppnå en ändamålsenlig IT ur ett informationssäkerhetsperspektiv.

Örjan Garpenholt  
*Projektledare, med dr*

Jenny Johansson  
*Specialist*



**Region Skåne**  
*Övergripande IT-system*

2016-05-27

## **Bilaga 1 – Metod, dokumentgranskning, efterlevnad och intervjuer- soner**

### **Dokumentgranskning**

Dokumentgranskning har använts för att få en förståelse av befintliga riktlinjer och beslutsförfarande för IT-system. Dokumentgranskningen har avsett att bekräfta samt komplettera förhållanden som framkommit vid intervjuer. Med hjälp av dokumentgranskningen har vi fått en bild av hur Region Skåne avser arbeta med områdena.

Följande typ av dokumentation har inkluderats:

- Dokumenterad lista över kritiska IT-system inom Region Skåne
- Dokumenterad beskrivning av beslutsprocess för inköp av nya IT-system
- Beskrivning av regionens process för beredning av krav och önskemål inför upphandling av nya IT-system
- Dokumenterad beskrivning av regionens process för kartläggning av eventuella nya IT-system på marknaden
- Inköspolicy inom regionen
- Övriga styrdokument, policydokumentation eller riktlinjer för inköp, kravställning och hantering av nya IT-system
- Dokumenterade drifrutiner för befintliga system inklusive katastrofhantering
- Dokumentation kopplat till granskning av efterlevnad

### **Granskning av efterlevnad**

Vår metod inkluderar granskning av förutsättningar för efterlevnad av relevanta riktlinjer, främst genom granskning av policydokumentation och till viss del intervjuer. Ytterligare bekräftelse på hur verksamheten arbetar praktiskt med frågeställningarna erhålls genom granskning av efterlevnad. Detta har utförts genom följande granskningsmoment:

- Fallstudie av ett upphandlingsförfarande av ett nytt IT-system genom granskning av en beslutsprocess och kravinsamling inför en systemupphandling

Systemgranskning genom stickprov på ett antal kritiska verksamhetssystem.

### **Intervjuer**

Intervjuer har genomförts med ett antal roller inom organisationen som har säkerställt att revisionsfrågorna har blivit besvarade. Dessa har inkluderat:

- Processledare Incident- och Problem Management IT/MT Samordning Medicinsk service
- Enhetschef Medicinsk service, IT/MT service regionala verksamheter
- Enhetschef IT/MT Processer & Arkitektur
- Avtalshanterare/Avtalsuppföljning Medicinsk Service

- Chef IT/MT Service regionala verksamheter
- Informationssäkerhetschef koncernkontoret
- Divisionschef IT/MT
- Stabschef - Stab verksamhetsutveckling Skånes universitetssjukvård
- Förvaltningschef Medicinsk service
- Enhetschef Samordning Medicinsk service
- Verksamhetsansvarig HR-system Gemensam servicefunktion (GSF) - Regionservice
- HR-utvecklare, Koncernkontoret, koncernstab HR
- IT/MT Samordning arkitektur – Modellansvarig styr- och förvaltningsmodellen
- Områdeschef Stödverksamhet Medicinsk service, Övergripande inköpsansvarig
- Enhetschef Support system Regionala stödverksamheter Medicinsk service
- Systemansvarig Melior
- Enhetschef verksamhetsnära IT-stöd Kryh
- Verksamhetschef Sund
- Chefsläkare Medicinsk service
- Regional programchef 3R
- IT-säkerhetsansvarig
- Enhetschef Medicinsk Service
- Systemansvarig Orbit
- Verksamhetsansvariga för orbit

## Bilaga 2 – Instruktioner för incident- och problemhantering

### *Instruktion för Problemhantering*

Problemprocessen är en av Region Skånes obligatoriska processer, processen ska användas för all verksamhet som påverkar utveckling eller leverans av de IT-baserade tjänster som regionens verksamhet använder. Syftet med problemhanteringsprocessen är att förhindra problem och därmed minska risken för uppkomst av incidenter. Samtliga driftleverantörer som arbetar mot Region Skåne ska ha en intern Problem Manager och en dokumenterad problemprocess som hanterar problem inom det egna ansvarsområdet.

Region Skånes problemprocess ägs av en ansvarig från Medicinsk Service och i rollen ingår ett antal ansvarsuppgifter. Ansvarig ska förvalta processen genom att definiera och beskriva processen och dess tillhörande roller. Den ansvarige personen ska säkerställa att uppföljning och utförande av processaktiviteter efterlevs samt informera och utbilda i processen. Ett ansvar finns även på att kontinuerligt förbättra processen och utveckla processen samt agera som ett stöd i arbetet som rör incidenthanteringsprocessen. I arbetet ingår även att säkerställa att KPI:er är korrekta. Ansvarig fungerar även som en eskaleringspunkt för processrelaterade problem.

### *Instruktion för Incidenthantering*

Incidentprocessen är även den en obligatorisk process inom Region Skåne och skall användas för all verksamhet som påverkar utveckling eller leverans av IT-baserade tjänster som Region Skånes verksamhet utnyttjar. Syftet med incidenthanteringen är att vid incidenter återfå normal drift så fort som möjligt och inom överenskomna servicenivåer som är definierade i respektive avtal i syfte att minska negativ påverkan på verksamheten. Informationen som hanteras i incidenthanteringsprocessen fungerar som viktigt underlag för den löpande uppföljning av driftavtalen som genomförs på regelbunden basis. Processen fyller också en funktion för förbättringsarbetet av IT-baserade tjänster.

En incident definieras som en händelse som avviker från normal funktion av en tjänst och som orsakar eller kan orsaka ett avbrott eller en störning i tjänsteleveransen. Samtliga driftleverantörer Region Skåne arbetar med ska ha en intern Incident Manager och en dokumenterad rutin som beskriver hantering av incidenter inom det egna ansvarsområdet. Driftleverantören har ett ansvar att hantera incidenter, som medför en påverkan eller kan påverka Region Skånes verksamhet, i enlighet med Region Skånes incidenthanteringsprocess. Vid incidenter som påverkar fler än en leverantör skall Region Skånes incidentprocess användas, incidenter koordineras då av leverantörer med koordineringsansvar, medan övriga leverantörer bidrar med kunskap för att lösa problemet.

### *Instruktion för hantering av Stor incident*

Instruktionen är baserad på Region Skånes styrande dokument, Krishantering och kriskommunikationsplan för Medicinsk Service, och är framtagen för att beskriva hantering av stora incidenter som inträffar i Region Skånes leveranser av IT, telefoni och medicinsk service. Instruktionen bygger på att leverantörer med operativt ansvar har detaljerade arbetsbeskrivningar för hantering av incidenter. Huvudsyftet och målsättningen med instruktionen är att samtliga tjänster ska ha en enhetlig hantering vid stora incidenter. Vid granskningstillfället är rutinerna för felanmälan och hjälpanande underhåll inte gemensamma för IT respektive Medcinteknik (MT). Instruktionen innehåller därför hantering av stora incidenter i två separata avsnitt.

Avseende information och eskaleringsvägar inom Medicinsk Service finns tre definierade krisledningsgrupper; Medicinsk Service, IT/MT och Labmedicin. Beroende på incidentens karaktär kan dessa agera enskilt eller tillsammans. Det finns motsvarande eskaleringsvägar inom IT/MT där Labmedicin inte är med i processen. Det finns olika regler upprättade för information och eskalering beroende på vilken servicenivå en incident är knuten till. Instruktionen tydliggör hur viktigt det är med tydlig och saklig information vid större incidenter. De kanaler som används för att sprida informationen är bland annat SMS och Region Skånes webbsida.

En stor incident betecknas som en incident där patientsäkerheten kan hotas, får stor påverkan på verksamheten eller IT-säkerheten eller där normala rutiner inte anses vara tillräckliga. En stor incident kan vara en enskild händelse av alternativen ovan eller en kombination av flera. Identifierar Tieto en incident, som uppfyller något av kraven ovan, ska incidenten eskaleras till en stor incident via IT-chef i beredskap. Det är Tietos utnämnda Tieto Incident Manager som ansvarar för att vid behov eskalera en incident. Region Skåne har fastställt en eskaleringsordning som Tietos Incident Manager ska följa. Den första personen i kedjan är IT-chef i beredskap följt av Krisledningarna för Division IT/MT och Förvaltning Medicinsk Service. Har ett ärende klassats som en stor incident sammankallar Tieto Major Incident Manager ett incidentteam som påbörjar felsökning och förhoppningsvis kommer fram till en lösning på incidenten. Det finns tydliga rutiner på plats för att hantera och sedan följa upp en allvarlig incident. En incidentrapport ska alltid upprättas efter en stor incident och ska vara färdigställd av Tieto senaste fem arbetsdagar efter incidenten.

## A Bilaga 3 - Styr och förvaltningsmodellen

Förvaltningsmodellen har ett flertal viktiga roller för utvecklingsprocessen:

- *Verksamhetsansvarig*: Verksamhetsansvarig har ansvar för att prioritera, samordna och följa upp verksamhetens krav på funktionalitet för ett system. System kan ha mer än en verksamhetsansvarig.
- *Verksamhetsspecialist*: Verksamhetsspecialisten är placerad i verksamheten och stödjer den dagliga verksamheten i systemet och hanterar uppföljning av de ingående tjänsterna.
- *Systemansvarig*: Har huvudansvaret från Medicinsk Service för att systemet uppfyller de krav på funktionalitet och tillgänglighet som verksamheterna ställt. Ansvarar för att upprätta aktivitetslista med tillhörande budget, dokumentation, uppföljning och tester inför uppgradering och ändring.
- *Systemspecialist*: Innehas av person från Medicinsk Service med systemspecialistkompetens. Systemspecialister stödjer Systemansvarig och utför aktiviteter i aktivitetslistan.

### *Förvaltningsgrupp, funktionsområde och ansvarsområde*

De ovan nämnda roller bildar tillsammans en förvaltningsgrupp som ansvarar för att förvalta ett enskilt system. Ett system placeras sedan in i ett ansvarsområde då system inom samma verksamhetsområde stödjer samma processer och är beroende av varandra. Ansvarsområden har en samordnande funktion och varje ansvarsområde delas in i tre förvaltningsområden, Kärnverksamheten, Stödverksamheten och Teknisk plattform.

### *Forum för handläggning av nya idéer eller önskan om förändring*

I förvaltningsmodellen finns det forum på tre olika nivåer som är direkt kopplade till nivåerna i Region Skånes organisation. Det finns forum på Strategisk nivå, Taktiskt nivå och Operativ nivå. Meningen är att de flesta beslut ska tas på den operativa nivån. Möten på de olika nivåerna sker kontinuerligt enligt fastslagna rutiner. Följande forum finns på de olika nivåerna:

#### Operativ nivå:

- *Förvaltningsgrupp av ett enskilt system*: Ansvarar för dagliga förvaltningen av systemet, samordnar, bereder frågor kring ny eller förändrad funktionalitet samt tar fram budget med tillhörande aktivitetslista etc.
- *Styrning ansvarsområden*: Identifierar förändringar inom ansvarsområdet som kan påverka organisationen, fördelar budget mellan systemet samt konsoliderar etc. De ansvarar för att hantera ärenden i e-katalogen där beslut om önskemål tagits inom den operativa nivån. De har ett ansvar för att identifiera om det finns andra system inom ansvarsområdet som kan tillgodose önskemålet.

Taktisk nivå:

- *Styrgrupperna för kärnverksamhet och stödverksamhet:* Ansvarar för att ta fram detaljerad information för de ärenden som det har tagit beslut om på den strategiska nivån. De fastställer klassificeringar av system som beretts på den operativa nivån, fastställer förvaltningsplaner inom verksamhetsområdet samt fördelar budget mellan ansvarsområdena etc.

Strategisk nivå:

- *Förvaltningschef hälso- och sjukvård:* Är en första beslutsinstans på den strategiska nivån, de tar beslut som eskalerats från den taktiskt nivå eller bereder ärenden som behöver tas av koncernledningen.
- *Koncernledning:* Tar beslut om budgetens inriktning och tar långsiktiga strategiska beslut som påverkar den långsiktiga förvaltningsinriktningen. Finansiella beslut som ligger över linjechefers ansvar.