

Handlingar
Sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus
20 september 2012



Ärendelista - Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 20 september

Tid K1 09.30.
Plats Konferensrum Eken, Regionens hus i Skövde.

Ärenden

1. Val av protokolljusterare, förslag Mikael Wendt och datum för protokollsjustering.
2. Protokoll från sammanträdet den 13 juni, bilaga.
3. Delårsrapport augusti, SkaS 20-2012, bilaga
Omedelbar justering.
4. Redovisning av åtgärdsplaner - Vägen mot ETT Skaraborgs Sjukhus, SkaS 220-2012, bilaga. Omedelbar justering
5. Vårdöverenskommelse 2013 - 2014, SkaS 221-2012.
6. Svar till Datainspektionen – rätt till spärr enligt patientdatalagen, SkaS 275-2010, bilaga.
7. Remissvar - Strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015, SkaS 196-2012, bilaga.
8. Sjukhusdirektörens muntliga redovisning.
9. Anmälning- och delegationsärenden, bilaga.
10. Övriga frågor.

Ärende 1

Val av protokolljusterare.

Ärende 2

Protokoll från 13 juni 2102.

Sammanträde med styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 13 juni 2012, kl 13.00 -16.00
på Sjukhuset i Falköping

NÄRVARANDE

Ordinarie ledamöter

Susanne Larsson, S, ordförande
Mikael Wendt, FP, vice ordförande
Renée Jeryd, S
Peter Legendi, S
Annika Håkanson, M
Ingrid Jarlsson, M
Lars Nordgren, MP

Tjänstgörande ersättare

Christer Ahlén, S för Johan Ask, S
Bengt Andersson, C för Bo Bergsten, KD

Närvarande ersättare

Cecilia Palmqvist, V

Övriga

Birgitta Molin Mellander, sjukhusdirektör
Eva Sundström, stabschef
Michael Malmborg, informatör
Ulf Nyberg, chefläkare
Ann-Chatrine Flodén, Kommunal
Anette Elisasson, Vårdförbundet
Marianne Isaksson, Vårdförbundet
Peder Orrfält, Vision
Kristina Hervén, Läkarförbundet

§ 29 Val av protokolljusterare

Styrelsen beslutar

att utse Mikael Wendt att jämte ordförande justera protokollet.

§ 30 Protokoll från föregående sammanträde den 25 april 2012, SkaS 1- 2012

Styrelsen beslutar

att lägga protokollet från föregående sammanträde den 25 april 2012 till handlingarna.

§ 31 Avvikelsesrapport april och preliminärt resultat, SkaS 20-2012

Genomgång gjordes av avvikelsesrapport efter april månad. Patient- och processperspektiven ligger fortsatt på en bra nivå. Måluppfyllelsen för väntetider, förstabesök och behandling, är inom nivån för kö-miljarden men det finns variation inom de olika specialiteterna. Personalvolymen är efter april fortfarande för hög men siffrorna efter maj månad visar på en minskad volym. Åtgärderna som pågår har ännu inte gett några större effekter och det ekonomiska resultat efter april är minus 25 miljoner kronor. Preliminärt resultat efter maj månad är på motsvarande nivå men kostnadsökningen har ännu inte minskat utan periodresultatet beror på en högre intäktsnivå.

Styrelsen beslutar

att notera information om avvikelsesrapport april och resultat efter maj.



§ 32 Verksamhet i balans, redovisning av åtgärdsplaner till Regionstyrelsen, SkaS 20-2012

Regionstyrelsen beslutade vid sitt sammanträde 2012-05-22 att ge bland annat Skaraborgs Sjukhus (SkaS) i uppdrag att besluta om kompletterande åtgärder för få ekonomin i balans.

Sjukhusledningen föreslår därför ett antal åtgärder som komplement till de tidigare åtgärderna, det så kallade åtta-punktsprogrammet, som just nu genomförs. Åtgärderna bottnar i förslag som togs fram under hösten 2011 av den utökade ledningsgruppen inom SkaS. Nivån på kostnadsreduktionen av föreslagna åtgärder utgår från kravet att leverera ett nollresultat för 2012 men tar också höjd för kraven i budgeten för 2013.

Till att börja med konstateras att för att kunna driva verksamheten på ett ekonomiskt långsiktigt hållbart sätt måste SkaS på allvar börja verka som ett sjukhus - med fyra huskroppar. Ett steg i detta arbete blir att ändra namnen till:

- Skaraborgs Sjukhus Falköping
- Skaraborgs Sjukhus Lidköping
- Skaraborgs Sjukhus Mariestad
- Skaraborgs Sjukhus Skövde

Med denna utgångspunkt i ett helhetstänkande har följande åtgärder tagits fram:

- Närsjukvård
- Samordna opererande verksamhet
- Jour- och beredskapslinjer
- Barn- och ungdomsvård
- Mottagningsverksamhet och övrig personal
- Central administration och stab
- Läkarbemanning
- Bemanning och kompetensmix
- Koncentration till sjukhusorterna
- Förändrad chefsstruktur
- Lokaleffektivisering
- Övrig effektivisering

Varje åtgärd har en utsedd huvudansvarig som ska agera för hela SkaS. Totalt har åtgärderna på helårsbas bedömts ge en kostnadseffekt på 120 miljoner kronor.

Protokollsanteckning lämnas av Moderaterna.

Styrelsen beslutar

att ge sjukhusdirektören i uppdrag att fortsätta arbetet med föreslagna åtgärder. I detta arbete ska särskilt beaktas säkerställande av genomförandet, risk- och konsekvensanalyser och uppföljning,

att i de fall det krävs styrelsebeslut ska dessa behandlas på styrelsemötet den 20 september 2012,

att de punkter som omfattar strukturella åtgärder ställs till hälso- och sjukvårdsnämnderna i Skaraborg för godkännande,

att föreslagna åtgärder för kostnadsreduktion inlämnas till regionstyrelsen senast 20 juni,

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

§ 33 Tillgänglighetssatsningar under sommaren, 60 dagars-målet, SkaS 79-2012

En kort information lämnades om regionens kö-miljardsatsning. Regionfullmäktige har avsatt 150 miljoner kronor för åtgärder som håller antalet väntande till besök och behandling inom måltalet för natinella kö-miljarden. För de områden där det är problem med tillgängligheten finns upphandlade externa vårdleverantörer. SkaS har fått möjlighet till köp av både besök och behandlingar inom bland annat ögon och ortopedi.

Styrelsen beslutar

att notera informationen.

§ 34 Planering och tidplan för överenskommelse 2013

Information lämnades om planeringen för arbetet med vårdöverenskommelse 2013-2014. Beslut finns om att den ska vara tvåårig och en grupp arbetar med att ta fram en standardiserad mall för dokumentet. Överenskommelsen ska vara klar till styrelsemötet den 20 september, definitiva ekonomiska ramar skall vara klara i slutet av augusti.

Styrelsen beslutar

att notera informationen.

§ 35 Sjukhusdirektörens muntliga redovisning

Information lämnades bland annat om:

- Sommarsituationen
- Ambulansverksamheten under sommaren

§ 36 Anmälnings- och delegationsärenden

En förteckning över anmälnings- och delegationsärenden för perioden 2012-04-12 - 2012-06-05 anmäls och läggs till handlingarna.

§ 37 Övriga frågor

Inga övriga frågor anmäldes.

§ 38 Avslutning

Sammanträdet avslutades och ordföranden tackade styrelsen för vårens arbete och tillönskade en trevlig sommar.

Styrelsen riktade även ett stort tack och en skön sommar till alla medarbetare och chefer inom Skaraborgs Sjukhus för gott utfört arbete under året.

Vid protokollet


Eva Sundström

Justerat den

19/6-2012


Susanne Larsson


Mikael Wendt

Justeringen är tillkännagiven genom anslag på regionens anslagstavla i Vänersborg
den 20/6-12. § 32 den 15/6 2012.



Protokollsanteckning styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

13 juni 2012

Ärende 4 Verksamhet i balans, redovisning av åtgärdsplaner till Regionstyrelsen

För att Skaraborgs Sjukhus ska kunna fullgöra sitt uppdrag är det viktigt att såväl verksamhet som ekonomi är i balans. Inför 2012 stod det klart att endast verksamheten skulle vara i balans vid årsskiftet 2012/2013, medan ekonomin skulle släpa efter med ett beräknat underskott för 2013. Denna obalans påtalade vi när Skaraborgs Sjukhus antog detaljbudgeten. Under 2012 har det beräknade underskottet ökat ytterligare trots vidtagna åtgärder. Regionens politiska ledning har dessutom uppmanat Skaraborgs Sjukhus att vidta ytterligare åtgärder som ska innebära att sjukhuset når nollresultat under 2012.

I dagens beslut har styrelsen gett sjukhusdirektören i uppdrag att arbeta vidare med föreslagna förändringar samt återkomma med konkreta förslag och konsekvensbeskrivningar i september. Regionstyrelsens krav innebär att omfattande kostnadsminskningar ska ske på kort tid.

I styrelsen har vi ett ansvar för att Skaraborgs Sjukhus erbjuder en säker och bra vård för hela befolkningen och att inga grupper ställs utanför. I det åtgärdsprogram som man ska arbeta vidare med finns viktiga inslag av nytänkande och en ambition att erbjuda trygg och säker vård på ett kostnadseffektivt sätt, vilket vi välkomnar.

Däremot delar vi inte uppfattningen att ett genomförande av namnbyte på respektive sjukhusenhet inom Skaraborgs Sjukhus ska genomföras i detta skede, då det finns risk för att fokus hamnar fel och stjälar tid, kraft och resurser.

Ingrid Jarlsson (M)

Annika Håkanson (M)

Ärende 3

Delårsrapport augusti 2012, SkaS 20-2012.
Omedelbar justering.

Sammanträde med styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 20 september 2012

§ 41 Delårsrapport augusti 2012, SkaS 220-2012

Styrelsen får redovisning av delårsrapporten som innehåller resultatet efter augusti månad ur perspektiven patient, process, personal och ekonomi och uppföljningsteman enligt uppföljningsplanen. Resultat av åtgärder 2012 för att nå en budget i balans presenteras. Dessa innebär bland annat anställningsstopp, anpassning av bemanning på vårdavdelningar, stor restriktion gällande bemanningstjänster, inköp och deltagande i kurser och konferenser. Under § 42 redovisas de åtgärder som tagits för att möta kvarstående obalans för året och effektivisering inför budget 2013.

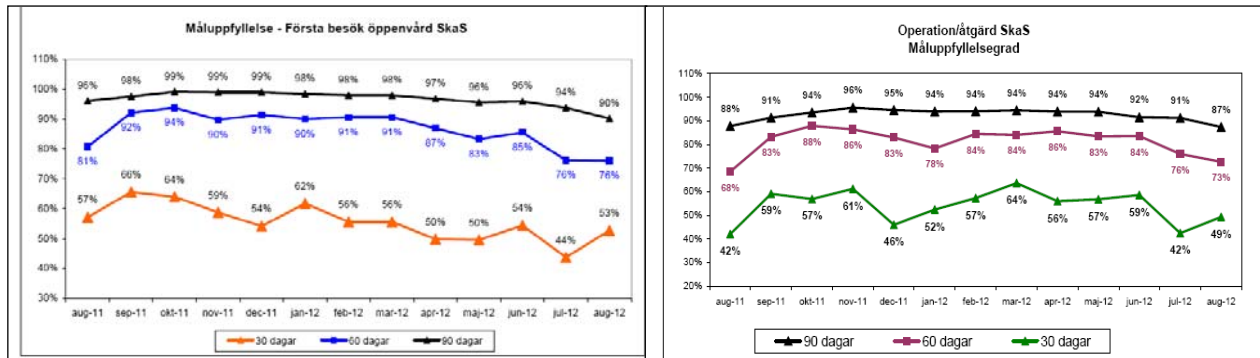
Styrelsen föreslås besluta

att godkänna delårsrapporten för augusti månad 2012,

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Snabbrapport augusti

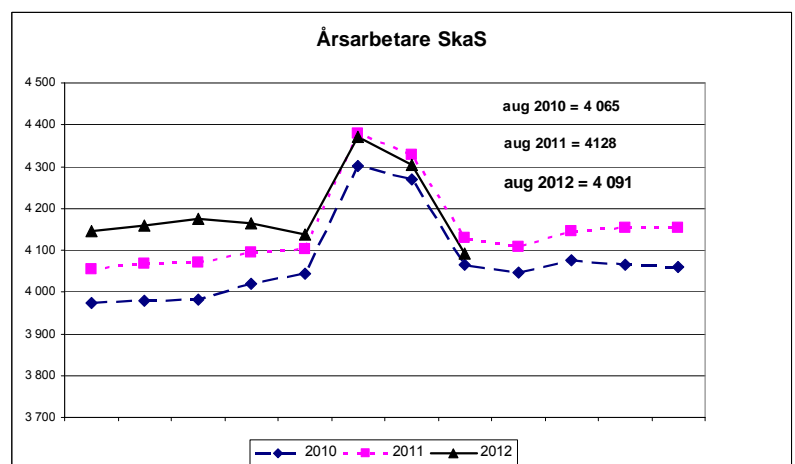
Väntetider för förstabesök och behandling



Måluppfyllelsen för antal väntande inom vårdgarantin (90 dagar) är både för förstabesök och behandling omkring 90 procent. Även för 60-dagars nivån är måluppfyllelsen inom målområdet och flera områden närmar sig 90 procentsnivån. Problem finns fortfarande inom kirurgi och ortopedi.

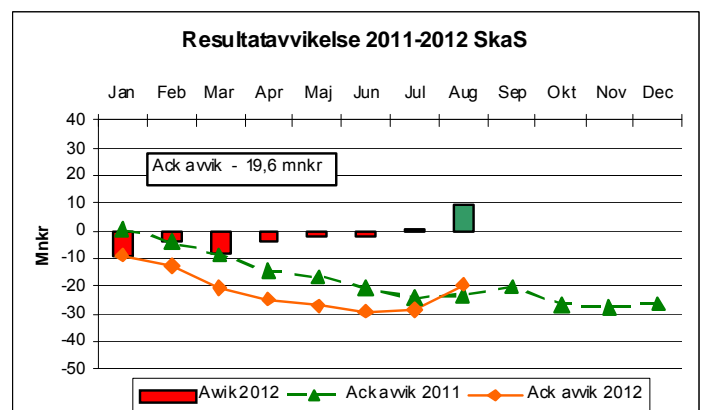
Personalvolym

Antalet årsarbetare har minskat med 38 i jämförelse med augusti 2011. (8 tillsvidare-, 20 visstids- och 10 timanställda). Den största minskningen har skett bland timanställda men även tillsvidare- och visstidsanställda har minskat. Trenden mot minskande personalvolym närmar sig nivån 2010. Den ackumulerade sjukfrånvaron för 2012 har ökat hos både män och kvinnor i jämförelse med samma period 2011 och uppgår till 5,4 procent. Både den långa (>60 dagar) och den korta sjukfrånvaron (1-14 dagar) har ökat hos båda könen.



Ekonomi

Resultatet för perioden är - 19,6 miljoner kronor vilket är en förbättring med 8,9 miljoner kronor jämfört med för juli och med 3,5 miljoner kronor augusti 2011. Resultatförbättringen beror framför allt på en intäktsökning, personalkostnader som närmar sig budgetnivå och låg kostnadsökning för övriga kostnadslag. Kostnadsförändringen mellan 2011 och 2012 uppgår till 2,7 procent. Kostnadsförändringen rullande 12 månader uppgår till 2,8 procent.



Tabellbilaga Personal augusti 2012

Utförd tid	Utförda timmar	Utförd tid/total tid
aug-11	443 863	57,4%
aug-12	445 187	59,1%
avvikelse	1 324	

Utförd tid	Utförda timmar	Utförd tid/total tid
Ack aug 2011	3 807 384	66,4%
Ack aug 2012	3 899 136	66,8%
avvikelse		

Medellön	Kvinnor	Män	Totalt
aug-11	26 630	37 137	28 574
aug-12	26 767	37 184	28 690
avvikelse	137	47	115

	Lång>60 dgr			Kort (1-14 dgr)		
Sjukfrånvaro, aug	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
aug-11	2,7%	1,4%	2,4%	1,3%	0,8%	1,2%
aug-12	2,7%	1,2%	2,4%	1,5%	1,0%	1,4%

Sjukfrånvaro, aug	Kvinnor	Män	Totalt
aug-11	4,6%	2,5%	4,2%
aug-12	5,4%	2,4%	4,8%

Sjukfrånvaro, jan-aug	Lång >60 dgr	Kort (1-14 dgr)	15-59 dgr	Tot
Ack aug 2011	2,6%	1,8%	0,6%	5,0%
Ack aug 2012	2,8%	2,0%	0,7%	5,4%

Anställda	TV	VT	Tim	Totalt	TV, kvinnor	TV, män
aug-11	3 862	397	108	4 367	3 170	692
aug-12	3 836	369	71	4 276	3 149	687
avvikelse	-26	-28	-37	-91	-21	-5

Årsarbetare	TV	VT	Tim	Totalt	TV, kvinnor	TV, män
aug-11	3 713	378	38	4 129	3 033	680
aug-12	3 705	358	28	4 091	3 027	678
Avvikelse	-8	-20	-10	-38	-6	-2

Nettoårsarbetare	TV	VT	Tim	Totalt	TV, kvinnor	TV, män
aug-11	3 298	368	38	3 704	2 658	640
aug-12	3 316	336	28	3 680	2 672	644
Avvikelse	18	-32	-10	-24	14	4

Ärende 4

Redovisning av åtgärdsplaner
Vägen mot ETT Skaraborgs Sjukhus
SkaS 220-2012

Sammanträde med styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 20 september 2012

§ 42 Redovisning av åtgärdsplaner – Vägen mot ETT Skaraborgs Sjukhus, SkaS 220-2012

Enligt styrelsens beslut den 13 juni 2012 § 32, redovisade sjukhusledningen en konkretisering av de presenterade åtgärderna. Fördjupade utredningar har gjorts och i dessa har beslut beaktats som:

- Hälso- och sjukvårdens Utvecklingsstrategi från 2004
- Kraven som finns i handlingsplanen för God Vård
- HSU-beslut gällande koncentration av viss kirurgisk vård
- Skaraborgs Sjukhus uppdrag enligt vårdöverenskommelsen.

Risk- och konsekvensanalyser har gjorts på de nivåer där det varit möjligt, dessa kommer i senare skede fördjupas och förtydligas. De ursprungliga ekonomiska bedömningarna har granskats och i vissa delar modifierats. Tidplan och kommunikationsplan anpassas till det fortdatta genomförandet. En särskild uppföljnings- och kommunikationsplan tas fram för att följa effekterna.

Sammantaget bör alla åtgärder ge goda förutsättningar för att minska kostnadsutvecklingen och ge verksamhetsområdena möjlighet att uppnå budget i balans 2013.

Sammanfattning av de olika åtgärderna:

Närsjukvård

Uppdraget sammanfaller delvis med ”ledningskraft”, närsjukvårdsarbetet och vårdsamverkan där målformulering, mått och uppföljning sker i administrativa ledningsråden.

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för närsjukvård och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Mottagnings- och administrativ personal

Uppdraget innebär en inventering av arbetssätt för att hitta samordningseffekter, standardiserade arbetssätt och gemensamma mottagningar

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för mottagnings- och administrativ personal och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder.

Läkarbemanning

Ytterligare kartlägga bristområden i relation till budgeterade tjänster, pensionsavgångar och antalet ST-läkare – fördjupad kartläggning på verksamhetsområdesnivå i samband med kompetensförsörjningsplan 2013-2017

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för läkarbemanning och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Lokaleffektivisering

Genomgång görs av samtliga internt och externt förhyrda lokaler med fokus på att minska lokalytorna. Det innebär omflyttningar m m och på flera sjukhusorter kommer hela hus att lämnas. Tomma lokaler handläggs enligt hyresmodellen (ansvar Västfastigheter).

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för lokaleffektivisering och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Koncentration till sjukhusorterna

Koncentrationen gäller mottagningar lokaliserade på annan ort än sjukhusorter vilket innebär att patienter erbjuds omhändertagande på mottagning på sjukhusorterna alternativt sker det genom konsultativt arbete mot vårdcentraler.

Sjukhusstyrelsen föreslås besluta

att för sin del godkänna förslagen till koncentration till sjukhusorterna och skicka förslaget vidare till Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Skaraborg för godkännande,

att notera att koncentration till sjukhusorterna gällande psykiatriska mottagningar kommer att beredas vidare i arbetet enligt "Psykiatri 2015".

Jour och beredskapslinjer

Genomgång av befintliga jour och beredskapslinjer för att identifiera hur de utnyttjas i mått av utförd tid.

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för jour och beredskapslinjer och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Hushållning i vardagen

Genomgång och begränsning av dels de områden som finns i budget 2013, kurser och konferenser, samt andra kostnadsslag inom området för hushållning i vardagen som ingår i ordinarie verksamhetseffektivisering.

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för hushållning i vardagen och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Förändrad ledningsstruktur

Genomföra en organisation och chefsuppdrag som följer regionens ledningsorganisation och stödjer utvecklingen av ETT Skaraborgs Sjukhus.

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för förändrad ledningsstruktur och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Central administration och stab

Roller och uppdrag identifieras för att utveckla stabens arbetssätt mot tydligare helhetssyn och effektivare stöd till verksamheten.

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för central administration och stab och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Samordna opererande verksamhet

Genomgång och analys av befintlig struktur och volym inom opererande verksamheter för att kunna fullfölja nationella och regionala program och klara de volymer som finns i SkaS uppdrag.

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för samordnad opererande verksamhet och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Bemanning och kompetensmix

Dagens bemanningsstruktur bygger på historiska patientflöden och behöver anpassas till de vårdtider, kompetenser och arbetssätt som finns i dagens specialistsjukvård. Hänsyn ska även tas till de projekt som pågår kring material i vården (MIV) och Serviceteam.

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för bemanning och kompetensmix och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder

Barn- och ungdomssjukvård

Nytt arbetssätt kring patienter med utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar ska ge minskade kvalitetsbristkostnader såsom dubbelarbete, dubbeldokumentation, rundskickning av patienter samt minimera 24 timmars vård för barn- och ungdomar genom ökad dagvård och öppenvård.

Styrelsen föreslås besluta

att notera åtgärdsplanen för barn- och ungdomssjukvård och ge sjukhusdirektören i uppdrag att fullfölja genomförande av presenterade åtgärder, och

att uppdra till sjukhusdirektören att ta fram uppföljningsplan för samtliga åtgärder för att följa effektmålen,

att förklara paragrafen omdelbart justerad.

Redovisning av åtgärdsplaner Vägen mot ETT Skaraborgs Sjukhus

Innehållsförteckning:

Närsjukvård	Sidan	3
Samordna opererande verksamhet	Sidan	6
Jour- och beredskapslinjer	Sidan	8
Barn- och ungdomssjukvård	Sidan	9
Mottagningsverksamhet adm. personal	Sidan	11
Central administration och stab	Sidan	12
LäkARBemanning och bemanningsföretag	Sidan	13
Bemanning och kompetensmix	Sidan	17
Koncentration till sjukhusorterna - somatik	Sidan	18
Koncentration till sjukhusorterna - psykiatri	Sidan	19
Förändrad ledningsstruktur	Sidan	20
Lokaleffektivisering	Sidan	21
Hushållning i vardagen	Sidan	22

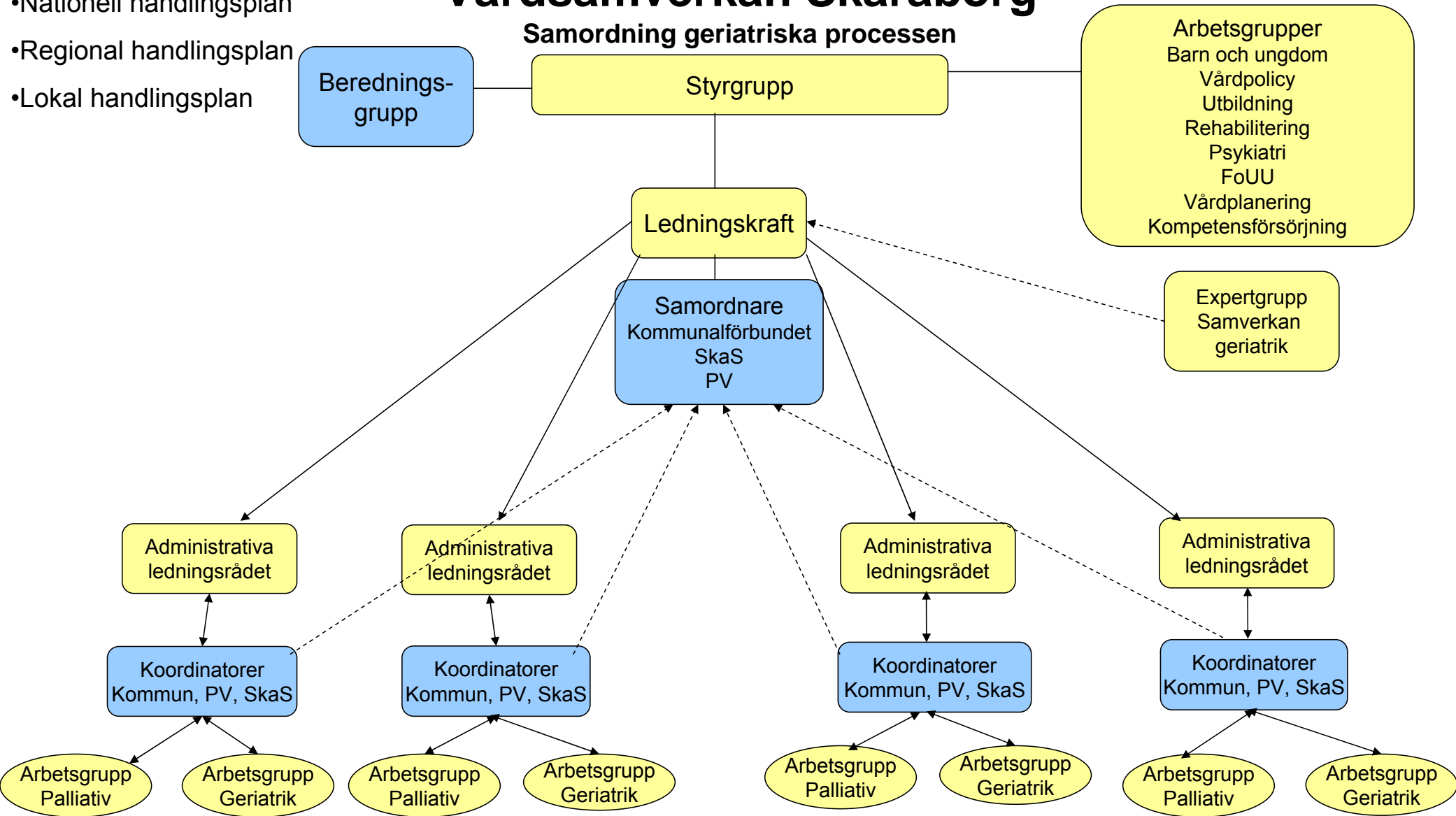


Åtgärdsområde: Närsjukvård	
<p>Beskrivning:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uppdraget sammanfaller delvis med "ledningskraft", närsjukvårdsarbetet och vårdssamverkan där målformulering, mått och uppföljning sker i adm. ledningsråden. <p>Målområden:</p> <ul style="list-style-type: none">• Undvikbar slutenvård• Polyfarmaci• Patientsäkerhet/vårdskador• Utveckling öppenvårdsteam• Geriatriska processen <p>Bilaga: bilder vårdssamverkan Skaraborg och geriatriska processen.</p> <p>Förklaring: Polyfarmaci - äldre multisjuka som använder flera olika läkemedel samtidigt på daglig basis.</p>	
<p>Tidplan:</p> <p>Delar av arbetet har redan startat. För målområdena läggs separata tidplaner.</p>	<p>Övergripande risk och konsekvensanalys:</p> <p>Risk:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vårdssamverkans- och närsjukvårdsarbetet fungerar inte• Medarbetare ges inte tid för att prioritera arbetet• Kompetens saknas• Vårdplatsreduktion kan ej genomföras• På grund av anställningsstopp kan svårigheter uppstå vid bemanning av teamet• Uppdraget genomförs inte tillräckligt snabbt
<p>Kalkyl:</p> <p>Nettoeffekt 10 - 15 mnkr under 2013, minskning med 10 - 15 vårdplatser.</p>	
<p>Kommunikationsplan:</p> <p>Se övergripande kommunikationsplan, detaljplan ansvarar respektive område för att ta fram med stöd av informationsenheten.</p>	
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Hans Halén</p>	

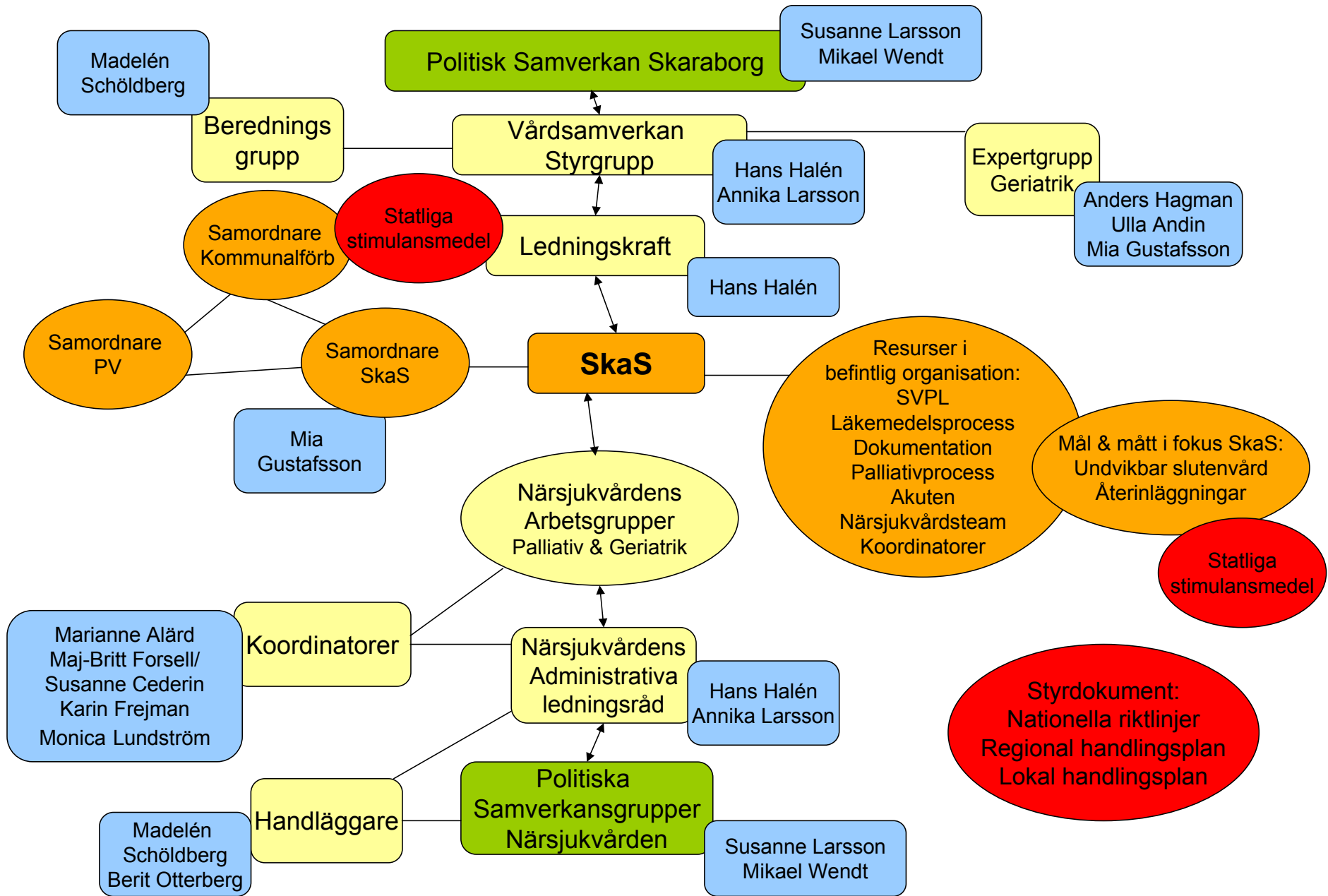
Vårdsamverkan Skaraborg

Samordning geriatriska processen

- Nationell handlingsplan
- Regional handlingsplan
- Lokal handlingsplan



Geriatriska kartan, SkaS



Åtgärdsområde:

Samordna opererande verksamhet

Beskrivning:

Kostnaderna minskas genom

- Neddragning av vårdplatser och därmed personal
- Effektivisering genom samverkan genom att öka volymerna i den befintliga verksamheten
- Fullfölja nationella och regionala program genom samordning
- Ökad poliklinisering och minskning av vårdtider
- Långsiktigt fortsätta att effektivisera operationsprocessen

Ortopedi

- Vårdplatsneddragning Lidköping
- Förbättrad vårdplaneringsprocess Skövde
- Ökat antal ryggoperationer Skövde
- Ökat antal operationer plastik Lidköping
- Ortopediskt material

Kirurgi

- Vårdplatsneddragning Skövde
- Långsiktigt ökad poliklinisering (dagkirurgi, t ex bröstkirurgi)
- Ökad volym obesitasoperationer
- Inneliggande bråckkirurgi flyttas till Lidköping

Urologi

- Alla slutenvårdsoperationer i Skövde
- All dagkirurgi i Lidköping
- Alla läkare i en organisation

Kvinnosjukvård

- Slutenvårdsoperationer sker i Skövde.
- Dagkirurgi fördelas mellan Skövde och Lidköping.
- Vårdplatsneddragning i Skövde
- Vårdplatsneddragning i Lidköping
- Minskade kostnader för bemanningsläkare genom ökat läkarsamarbete.
- Ökad mottagning i Lidköping.

Operation/anestesi, IVA

- Högre produktion med samma resurs.

<p>Tidplan: Start efter fattat beslut.</p>	<p>Övergripande risk- och konsekvensanalys:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risk att dimensionering för ett ökat patientinflöde är otillräcklig, både vad gäller vårdplatser och operationsutrymme • Risk att vi inte klarar vårdgarantierna om produktions- och kapacitetsplanering samt samverkan inom SkaS inte förbättras. • Risk för oro och missnöje bland personalen vid förändrade uppdrag/arbetsätt vilket kan leda till ökad sjukfrånvaro och personalomsättning 												
<p>Kalkyl:</p> <p>Översynen har gjorts för att synliggöra såväl ekonomisk besparingspotential som kvalitetsmässig potential.</p> <table data-bbox="183 645 534 929"> <tr> <td>Ortopedi</td> <td>4,2 mnkr</td> </tr> <tr> <td>Kirurgi</td> <td>5,5 mnkr</td> </tr> <tr> <td>Urologi</td> <td>0,0 mnkr*</td> </tr> <tr> <td>Kvinnosjukv</td> <td>5,3 mnkr</td> </tr> <tr> <td>Operation /anestesi/iva</td> <td>0,0 mnkr*</td> </tr> <tr> <td>Summa</td> <td>15,0 mnkr</td> </tr> </table> <p>*) Effektivisering inom befintlig budget.</p>		Ortopedi	4,2 mnkr	Kirurgi	5,5 mnkr	Urologi	0,0 mnkr*	Kvinnosjukv	5,3 mnkr	Operation /anestesi/iva	0,0 mnkr*	Summa	15,0 mnkr
Ortopedi		4,2 mnkr											
Kirurgi	5,5 mnkr												
Urologi	0,0 mnkr*												
Kvinnosjukv	5,3 mnkr												
Operation /anestesi/iva	0,0 mnkr*												
Summa	15,0 mnkr												
<p>Kommunikationsplan:</p> <p>Se övergripande kommunikationsplan. Respektive område ansvarar för detaljplan med stöd av informationsenheten.</p>													
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Annika Larsson</p>													

Åtgärdsområde: Jour- och beredskapslinjer	
<p>Beskrivning:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicin beredskap A, SkaS Falköping – avslutas 2. Njurmedicin, beredskap B, SkaS Skövde – avslutas 3. Gynekologi, Beredskap B. SkaS Lidköping – avslutas 4. Bild- och funktionsmedicin, beredskap A, SkaS Lidköping, beredskap A tas bort 21.00 – 07.00. 5. Ögon, beredskap B, SkaS Skövde – avslutas 6. Ortopedi, beredskap A, Skas Lidköping – beredskap A övergår till B 21.00 – 07.00. <p>Förklaring: Inställelsetider - Beredskap A = en halvtimma, och B = två timmar.</p>	
<p>Tidplan: Snarast.</p>	<p>Övergripande risk och konsekvensanalys.</p> <p>Riskanalys pågår, ansvariga enligt nedan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anders Hagman – klar v 38. 2. Henrik Hademeri – klar v 38. 3. Jonas Franklin – pågår. 4. Gunilla Nilsson – klar. 5. Anders Åkerlund – klar. 6. Hans Lindahl – klar.
<p>Kalkyl:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1,6 mnkr 2. ? 3. 1,3 mnkr 4. 0,5 mnkr 5. 1,8 mnkr 6. 0,5 mnkr <p style="text-align: right;">Totalt 5,7 mkr</p> <p>I arbetet med att se över jourlinjer fokuserar vi på den arbetstid/de timmar som vi kan hämta hem genom att förändra jourlinjerna. På så vis minskar behovet av köpt vård och stafettläkare. Tidsersättningen kan delas med 372 för att få fram antal timmar. Ex. ortopedi 186 tkr = 500 timmar. 500 timmar = 1000 mottagningsbesök = 3 månaders besök på SkaS Lidköping eller = 160 ledplastiker = 16 mnkr</p>	
<p>Kommunikationsplan:</p> <p>Se övergripande kommunikationsplan, detaljplan ansvarar respektive område för att ta fram med stöd av informationsenheten.</p>	
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Ulf Nyberg</p>	

Åtgärdsområde: Barn- och ungdomssjukvård

Beskrivning:

Neddragning av vårdplatser och därmed personal

- Effektivisering genom samverkan för att öka volymerna i den befintliga verksamheten
- Fullfölja nationella och regionala program genom samordning
- Ökad poliklinisering och minskning av vårdtider
- Flytta in familjeenheten från externt hyrda lokaler till SkaS Skövde.

Barn- och ungdomscenter Mariestad

- För barn och ungdomscenter ska tillsätta en processledare/arbetsledare med tydligt uppdrag.
- Samordning inom BUC Mariestad administrativa resurser
- Nytt arbetssätt kring patienter med utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar ska ge minskade kvalitetsbristkostnader såsom dubbelarbete, dubbeldokumentation, rundskickning av patienter
- Färre köpta utredningar.

Öka dagvård och samverka i slutenvård

- Minimera 24 timmars vård för barn- och ungdomar genom ökad dagvård och öppenvård
- Antal vårdplatser avd 47/48 BUM minskas med 5 från 20 till 15 ger plats till nedanstående
- Samverkan mellan BUP/BUM för att minska personalkostnader natt och helg. BUP slutenvård flyttas till avdelning 47/48
- Samverkan BUP/BUM akutverksamhet
- Viss minskning personal dagtid BUP.

Tidplan:

Delar av ovanstående pågår. För andra delar avvaktas beslut.

Kalkyl:

Kostnadsminskning	2 mnkr
Öka dagvård och samverka i slutenvård	4 mnkr

Kommunikationsplan:

Se övergripande kommunikationsplan. Detaljplan ansvarar resp område för med stöd av informationsenheten.

Övergripande risk- och konsekvensanalys:

Barn- och ungdomscentrum

Risk: De tre aktörerna fortsätter att arbeta i stuprör.

Åtgärd: En processledare/arbetsledare med tydligt uppdrag. Kontinuerlig uppföljning av styrgrupp.

Risk: HoH är egen förvaltning, vill inte medverka.

Åtgärd: Har kontaktats och är positiva.

Risk: Medarbetare från BUP/BUM ser svårigheter med en process.

Åtgärd: Tydligt inflytande. Varje aktörs specifika kompetens ska tillvaratas.

Risk: Produktion av utredningar blir inte tillräcklig.

Åtgärd: Får budgeteras inom befintlig budget.

	<p>Minskat antal vårdplatser BUM <i>Risk:</i> Barn över 16 år kan inte tas hand om av kirurgi, ortopedi, öron etc risk för överbeläggning på BUM. <i>Åtgärder:</i> Indikation för slutenvård förtydligas. Ungdomar 16 år och äldre vårdas på moderklinik.</p> <p><i>Risk:</i> Omsättningen ökar på avdelningen och leder till ökad stress samt minskad patientsäkerhet. <i>Åtgärder:</i> Handlingsplaner vid hög beläggning och hög omsättning. Rutiner och riktlinjer för rondning, in- och utskrivning måste revideras i samverkan med moderklinker. Kunna bemanna efter processens säsongsvariation.</p> <p>Flytta slutenvård BUP till BUM <i>Risk:</i> Personalen på BUM har inte kompetens att sköta BUP-patienter och vice versa. <i>Åtgärder:</i> Utbildning och lämplig bemanningsmix.</p> <p><i>Risk:</i> Lokalerna på avdelning 47/48 är inte byggda för BUP patienter. <i>Åtgärder:</i> Tillfällig ombyggnation. Låsbarhet och avskildhet.</p> <p><i>Risk:</i> Yta för dagvård BUM och BUP är inte tillräcklig <i>Åtgärd:</i> Utredda vidare.</p> <p><i>Risk:</i> Tillfälliga toppar i beläggningen <i>Åtgärder:</i> Tydliga planer för åtgärder samt direktiv för vilka som skall vårdas i slutenvård. Samverkan med andra kliniker. Omvärldsanalys. Nya grupper för hemsjukvård kroniskt sjuka barn.</p> <p><i>Risk:</i> Svårighet att vårda psykotiska och antisociala patienter behöver avskildhet <i>Åtgärder:</i> Omvärldsanalys. Samverkan vårdgrannar i VGR.</p>
Underskrift: 2012-09-11 Sonja Kvint	

<p>Åtgärdsområde:</p>	<p>Mottagningsverksamhet, administrativ personal</p>	
<p>Beskrivning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventering av hur man arbetar • Kartläggning av patientflöden • Gemensam hantering av anmälan och betalning • Organisatoriskt (ej geografiskt) samla all administrativ personal (sekreterare) under två enheter: Skövde och Lidköping. • Skrivcentral med t ex rotation till receptionsarbete, arkiv osv. • Mottagningsprocessen SkaS tydliggörs. • Goda exempel tas fram från andra sjukhus. • Minskning av övrig administrativ personal ses över och samordnas. <p>Konceptet och arbetsgruppen för PCB-sanering mottagningsblock nyttjas i detta arbete.</p>		
<p>Tidplan: Start omgående i projektform. Avrapportering i november.</p>	<p>Övergripande risk- och konsekvensanalys:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bristande samsyn avseende gemensam skrivcentral. • Gemensam arbetsstruktur kan inte identifieras • Lokalfråga. • Patientflöden kan inte tas omhand inom centralreceptionen. 	
<p>Kalkyl: Gemensam skrivcentral och reception, gemensam ledning 5-10 tjänster 2,5-5 Mnkr</p> <p>Gemensam/generisk mottagningsprocess (SkaS) 5-10 tjänster, övrig adm personal 2,5-5 Mnkr</p> <p>Totalt (2013) 5-10 Mnkr</p>		
<p>Kommunikationsplan: Se övergripande kommunikationsplan. Detaljplan ansvarar resp område för med stöd av informationsenheten.</p>		
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Hans Halén</p>		

Åtgärdsområde: Central administration och stab									
Beskrivning:									
<p>En nulägesbild tas fram genom en gemensam stabsdag då alla inom staben med direkt administrativt arbete deltar. Målet är att identifiera roller och uppdrag och utveckla stabens arbets sätt för tydligare helhetssyn och effektivare stöd till verksamheten.</p> <p>Efter stabsdagen kommer en arbetsgrupp arbeta vidare för att få fram en struktur med standardiserade arbets sätt som innebär att personalvolymen kan minska. Nås inte måltalet via denna åtgärd får ytterligare åtgärder tas fram gemensamt av stabschefer.</p> <p>Skulle inte resultat nås av ovanstående arbets sätt får varje stabschef i uppdrag att minska personalvolym inom respektive område för att nå målet. Beloppet fördelas proportionellt mellan enheterna.</p>									
Tidplan: Stabsdag 7 sept V 37-38 – identifierade åtgärdsområden V 39-41 – samverkan och information V 43 - start genomförande	Risk- och konsekvensanalys: <ul style="list-style-type: none"> • Gemensam arbetsstruktur kan inte identifieras • Ingen ekonomisk effekt framkommer av åtgärderna • Personalen samarbetar inte kring åtgärderna • Det tar för lång tid att genomföra åtgärderna • Arbetsuppgifter klaras inte pga tidsbrist • Deadline klaras inte pga tidsbrist 								
Kalkyl: Personalbudgeten kan minska med 5 mnkr	Åtgärd: <ul style="list-style-type: none"> • Kommunicerat styr- och ledningssystem • Tydligt ledarskap • Prioritering 								
Kommunikationsplan: Se övergripande kommunikationsplan.									
<table border="0"> <tr> <td>Stabsdag</td> <td>7 sept</td> </tr> <tr> <td>CSG</td> <td>12 sept</td> </tr> <tr> <td>Återkoppling via stabschefer till medarbetare</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Styrelse</td> <td>20 sept</td> </tr> </table> <p>Vecka 40 fortsatt samverkan Återkoppling genomförande via stabschefer</p>	Stabsdag	7 sept	CSG	12 sept	Återkoppling via stabschefer till medarbetare		Styrelse	20 sept	
Stabsdag	7 sept								
CSG	12 sept								
Återkoppling via stabschefer till medarbetare									
Styrelse	20 sept								
Underskrift: 2012-09-11									
Eva Sundström									

Åtgärdsområde: Läkarbemanning och bemanningsföretag	
<p>Beskrivning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ytterligare kartlägga bristområden i relation till budgeterade tjänster, pensionsavgångar och antalet ST-läkare – fördjupad kartläggning på verksamhetsområdesnivå i samband med kompetensförsörjningsplan 2013-2017 (Cognos Planning). • Personalkostnadsuppföljning läkare i förhållande till budget. • Uppföljning och styrning av användandet av bemanningsföretag. • Pilot arbetstider. Verksamhetsanpassad bemanning, översyn av arbetstider jour. • Uppdrag avseende ST-styrning och finansiering. • Avrop från bemanningsföretag sker via bemanningscenter efter godkännande av sjukhusdirektör. <p>Arbetet med minskning av bemanningsföretag är ett politiskt uppdrag i Västra Götalandsregionen.</p>	
<p>Tidplan: Snarast.</p>	<p>Övergripande risk och konsekvensanalys.</p> <p>Risk:</p> <p>Fler ST-läkare inom verksamhetsområdet Utökad handledningskompetens till specialister Spridning av ST-läkare över tid för att klara produktion och arbetsmiljö för befintliga specialister.</p> <p>Färre ST-läkare inom verksamhetsområdet Jourbördan för specialister ökar och samtliga specialister måste delta i jourarbetet. Översyn av verksamhet och kapacitet genomförs.</p> <p>Minskning av bemanningsföretag Tillräcklig bemanning för uppdraget alternativt verksamhetsanpassning till befintlig bemanning.</p>
<p>Kalkyl: Kostnad bemanningsföretag - för 2012 minskad kostnad med cirka 6 mnkr.</p> <p>Ytterligare kostnadsminskning för 2013 uppgår till cirka 10 mnkr.</p>	
<p>Kommunikationsplan: Se övergripande kommunikationsplan, detaljplan ansvarar respektive område för att ta fram med stöd av informationsenheten.</p>	
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Marga Brisman</p>	

Ålderstruktur läkare 55-67 år SkaS

Årsarbetare	Läkare
	Tillsvidareanställning
55	11,00
56	15,75
57	7,67
58	7,75
59	11,00
60	13,00
61	8,75
62	10,75
63	9,80
64	12,55
65	2,00
66	4,00
67	0,75
Summa	114,77

Aktuellt antal tillsvidareanställda läkare i förhållande till tjänsteram per område juli 2012

Område	Budgeterade tjänster 2012	Antal tillsvidareanställda årsarbetare	Diff
BK	48,6	64,25	15,65
K	126,59	141,6	15,01
MP	103,31	138,27	34,96
SiL	86,25	102	15,75
Stab	3,4	3	-0,4
Summa	368,15	449,12	80,97

Antal budgeterade tjänster och aktuellt antal tillsvidareanställda läkare

Läkare kategori, budget	Verksamhetschef	Enhetschef	Överläkare	Specialistläkare	ST-läkare	Summa
BK			35,05	4,00	9,55	48,60
K	2	4,79	64,36	15,54	39,9	126,59
MP		1,00	56,35	13,00	32,96	103,31
SkaS L	1,00	2,00	55,40	11,20	16,65	86,25
Stab			3,40			3,4
Summa	3	7,79	214,56	43,74	99,06	368,15

Läkare kategori, tv-anställda	Överläkare	Specialistläkare	ST-läkare	Summa
BK	32,25	7,00	25,00	64,25
K	78,00	20,60	43,00	141,60
MP	71,52	17,75	49,00	138,27
SkaS L	63,00	13,00	26,00	102,00
Stab	3,00			3,00
Summa	247,77	58,35	143,00	449,12

Diff/budget
15,65
15,01
34,96
15,75
-0,40
80,97

Åtgärdsområde:	Bemanning och kompetensmix							
<p>Beskrivning:</p> <p>Uppdraget bygger på arbete med processororienterad bemanning. Arbetet bedrivs i tre faser. Den första, pågående fasen innebär att analysera nuvarande kompetensmix och simulering pågår på tre avdelningar om vad kompetensmixen 50/50 innebär i praktiken. Hela bemanningsstrukturen bör ingå i kartläggningen, inte bara usk/ssk.</p> <p>I arbetet ska hänsyn tas till kommande införande av Material i vården (MIV) och serviceteam.</p> <p>Pågående anställningsstopp ställer ökade krav tempot i arbetet med bemanningsöversynen.</p>								
<p>Tidplan:</p> <p>Pågår.</p>	<p>Risk- och konsekvensanalys:</p> <p>Övergripande risk- och konsekvensanalys.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bristande förmåga att göra förändringar i arbetsfördelning. • Hänsyn tas inte till kompetensmix vid anställning. • Bristande kompetensutveckling för undersköterskor. • Införande av MIV och serviceteam <p>Åtgärder: Åtgärder planeras efter genomförd simulering under september månad.</p>							
<p>Kalkyl:</p> <p>Om</p> <table border="0" data-bbox="183 1115 708 1218"> <tr> <td>bemanning 50/50</td> <td>27 mnkr</td> </tr> <tr> <td>bemanning 55/45</td> <td>15 mnkr</td> </tr> <tr> <td>bemanning 60/40</td> <td>7 mnkr</td> </tr> </table>			bemanning 50/50	27 mnkr	bemanning 55/45	15 mnkr	bemanning 60/40	7 mnkr
bemanning 50/50			27 mnkr					
bemanning 55/45	15 mnkr							
bemanning 60/40	7 mnkr							
<p>Kommunikationsplan:</p> <p>Övergripande kommunikationsplan. Respektive område ansvarar för detaljerad plan med stöd av informationsenheten.</p>								
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Stefan Håkansson</p>								

Åtgärdsområde: Koncentration till sjukhusorterna/ somatiska mottagn	
<p>Beskrivning:</p> <p>Övriga utlokaliserade mottagningar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omhändertagande sker genom konsultativt arbete mot vårdcentraler. • Omhändertagande av patienter som tidigare fått sin vård på lokal mottagning erbjuds på mottagningarna på sjukhusorterna. <p>Beslut fattas av sjukhusstyrelsen i oktober 2012 och kommer dessförinnan att delges Hälso- och sjukvårdsnämnderna för godkännande.</p>	
<p>Tidplan:</p> <p>Övriga utlokaliserade mottagningar allteftersom anpassning kan ske.</p>	<p>Övergripande risk och konsekvensanalys:</p> <p>Risk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten kan inte beredas plats på sjukhusorternas mottagningar. • Mobila arbetssättet kommer inte igång. • Patienter får en något längre resväg.
<p>Kalkyl:</p> <p>Övriga mottagningar - 3 mnkr.</p>	
<p>Kommunikationsplan:</p> <p>Se övergripande kommunikationsplan, detaljplan ansvarar respektive område för att ta fram med stöd av informationsenheten.</p>	
<p>Underskrift:</p> <p>2012-09-11</p> <p>Hans Halén</p>	

Åtgärdsområde: Koncentration till sjukhusorterna/Psykiatri	
<p>Beskrivning:</p> <p>Psykiatri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omhändertagande sker genom konsultativt arbete mot vårdcentraler, kommuner och mobilt arbetssätt inom närsjukvård och psykiatri. • Omhändertagande av patienter som tidigare fått sin vård på lokal mottagning erbjuds på mottagningarna på sjukhusorterna. • Förändringen inom vuxenpsykiatrin sker enligt tidplanen i "Psykiatri 2015". • Komplettering till "Psykiatri 2015". <p>Beslut fattas av sjukhusstyrelsen i oktober 2012 och kommer dessförinnan att delges Hälso- och sjukvårdsnämnderna för godkännande.</p>	
<p>Tidplan:</p> <p>Psykiatri enligt tidplan för psykiatri 2015.</p>	<p>Övergripande risk och konsekvensanalys:</p> <p>Risk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten kan inte beredas plats på sjukhusorternas mottagningar. • Mobila arbetssättet inte kommer igång. • Medarbetare väljer annan lokal arbetsgivare. • Kompetensförsörjning i stort inom vuxenpsykiatrin.
<p>Kalkyl:</p> <p>Psykiatri - 1-3 mkr 2012-2013 (fullt genomfört 3-6 mnkr 2014-2015).</p>	
<p>Kommunikationsplan:</p> <p>Se övergripande kommunikationsplan, detaljplan ansvarar respektive område för att ta fram med stöd av informationsenheten.</p>	
<p>Underskrift:</p> <p>2012-09-11</p> <p>Hans Halén</p>	

Åtgärdsområde:	Förändrad ledningsstruktur	
<p>Beskrivning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation och chefsuppdrag ska följa regionens ledningsorganisation och stödja utvecklingen av ETT Skaraborgs Sjukhus • Koncentrera chefsuppdragen till färre chefer där chefsuppdraget är odelat och arbetsgivaransvaret tydligt för att driva utveckling och effektivisering • Satsa på en utveckling av det medicinska ledarskapet för vårdprocesserna för att säkra utveckling av vårdens kvalitet och resultat • Tydliggör ansvaret för ledning av omvårdnad i det dagliga arbetet för att utveckla process/patientorienterad bemanning och effektiva team 		
<p>Tidplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förslag på inriktning och arbetssätt för ny ledningsstruktur presenteras i CSG den 12/9 och för verksamhetschefer den 14/9 • Information till styrelsen den 20/9 <p>Bemanningen startar efter detta med målsättningen att vara klar före 31/12 2012</p>	<p>Risk- och konsekvensanalys:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Svårighet att attrahera och "rekrytera" chefer till de nya uppdragen • Utdragen process med omställning av "övertaliga chefer" • Politisering av tjänstemannabeslut 	
<p>Kalkyl:</p> <p>Svår att beräkna och följa på kostnadsrader då den största effektiviseringen ligger i att vi säkrar att beslut och hemtagningar effektueras vilket påverkar samtliga åtgärder</p> <p>Kostnaden för en minskad ledningsorganisation blir lägre och vi frigör kompetens för mer vårdnära uppdrag</p>		
<p>Kommunikationsplan:</p> <p>Fackliga organisationer 12/9 Verksamhetschefer 14/9 Enhetschefer – bör få möjlighet att bli informerade av sin närmaste chef och /eller områdeschef Fokus Styrelseinformation 20/9</p>		
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Birgitta Molin Mellander</p>		

Åtgärdsområde:	Lokaleffektivisering
<p>Beskrivning:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Genom gång görs av samtliga internt och externt förhyrda lokaler med fokus på att minska lokalytorna. Detta kommer att innebära omflyttningar med mera och på flera sjukhusorter kommer hela hus att lämnas. Tomma lokaler handläggs enligt hyresmodellen, ansvar Västfastigheter. 2. Samordning ska ske med övriga åtgärdsgrupper. 3. Samordna verksamhetsanpassning och uppsägning av kontrakt. 4. Styrande principer tas fram för lågfrekvent utnyttjande av ytor. 5. Lokaler kan frigöras efter effektivisering och samutnyttjande eller omflyttning av verksamheter. 	
<p>Tidplan: Arbetet pågår ständigt under 2012-2013.</p>	<p>Övergripande risk och konsekvensanalys:</p> <p>Risk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det tar för lång tid innan kontrakt kan lösas på grund av olika hyresmodeller. • Verksamhetsutveckling och lokaleffektivisering är inte är samfasade. • Tömnda lokaler används ändå. <p>Åtgärd:</p> <p>God kommunikation med bra beredningsstruktur.</p>
<p>Kalkyl: Planering utgår från de kontraktstider som finns. (Internt uppsägningsdatum vid årsskifte och 6 månaders uppsägningstid).</p> <p>Avtal sägs upp så snart det är möjligt</p> <ul style="list-style-type: none"> - effekt 2012 ca 1mnkr - effekt 2013 ca 3 mnkr <p>Ny hyresmodell kräver åtgärder för cirka 42 mnkr vilket vägs in i totalplanen.</p>	
<p>Kommunikationsplan:</p> <p>Se övergripande kommunikationsplan, detaljplan ansvarar respektive område för att ta fram med stöd av informationsenheten.</p>	
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Bo Ydse</p>	

Åtgärdsområde:	Hushållning i vardagen
<p>Beskrivning:</p> <p>Kurser och konferenser</p> <ul style="list-style-type: none"> Inga kostnader utöver verksamheternas budget godkänns. <p>Möten</p> <ul style="list-style-type: none"> Korta ner och effektivisera möten, videomöten prioriteras. Ifrågasättande av deltagande i regionala grupper, beslut fattas av ledningsgruppen. <p>Fika och luncher</p> <ul style="list-style-type: none"> Restriktion råder för beställning av fika och luncher till interna möten. <p>Övrigt</p> <ul style="list-style-type: none"> Ytterligare områden inom hushållning i vardagen tillförs löpande i ordinarie verksamhetseffektivisering. 	
<p>Tidplan: Pågående.</p>	<p>Övergripande risk och konsekvensanalys.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fattade beslut följs inte Kurs och konferens <i>Risk:</i> Bristande kunskapsutveckling. <i>Åtgärder:</i> – utbildningsplaner där prioritering och avstämning mot budget görs med god framförhållning. – samordning av utbildningsinsatser i SkaS övergripande processer minskar utbildningsbehovet. Möten <i>Risk:</i> Brist på videokonferensmöjligheter. <i>Åtgärd:</i> Se över behovet av utrustning eventuellt nyinvesteringar.
<p>Kalkyl: Inom beslutade områden 4 mnkr.</p>	
<p>Kommunikationsplan: Se övergripande kommunikationsplan, detaljplan ansvarar respektive område för att ta fram med stöd av informationsenheten.</p>	
<p>Underskrift: 2012-09-11</p> <p>Åsa Ranbro Jansson</p>	

Ärende 5

Vårdöverenskommelse 2013-2014, SkaS 221-2012

Ärende 6

Svar till Datainspektionen
Rätt till spärr enligt patientdatalagen, SkaS 275-2012.

Datainspektionen
Box 8114
104 20 Stockholm

Föreläggande med anledning av Datainspektionens tillsyn
Dnr 729-2011, svar från personuppgiftsansvarig för Skaraborgs
Sjukhus

Datainspektionen har begärt komplettering avseende redovisning av åtgärder för de system som ännu inte redovisats för. I bilaga 1 bifogas de system som hittills i tillsynen inte redovisat lösning men som kommer att åtgärdas enligt punkt 2. Skaraborgs Sjukhus har det yttersta ansvaret för hanteringen av personuppgifter inom förvaltningen. Det är också styrelsen uppdrag att följa Regionfullmäktiges beslut. Det medför att manuella rutiner (enligt punkt 2) måste införas i avvaktan på nationella beslut (punkt 1).

1. Funktioner för tekniska spärrar som möjliggör för Skaraborgs Sjukhus att leva upp till kraven i Patientdatalagen är beroende av nationella säkerhetstjänsterna för NPÖ (Nationell patientöversikt). I dag är de nationella säkerhetstjänsterna ännu inte införda. När de införs, kommer Västra Götalandsregionen att ansluta. För att få ett enhetligt system för hantering av spärrar i Västra Götalandsregionen har beslut tagits på regionnivå att avvakta med att anpassa systemen. Först när den nationella säkerhetstjänsten är i drift kan de tekniska förutsättningarna för spärr enligt Patientdatalagen uppfyllas.
2. I avvaktan på det nationella införandet av säkerhetstjänster kommer manuella rutiner att tas fram för att tillgodose patientens rätt till spärr av journal. Dessa rutiner omfattar alla de system som idag inte har teknisk möjlighet att spärra (se bilaga 1). Uppdrag har lämnats till personuppgiftsombudet på Skaraborgs Sjukhus att driva införandet av manuella rutiner för spärr. Rutiner ska vara framtagna, kända och i drift senast 31 oktober 2012.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Susanne Larsson
ordförande

Bilaga 1

System som omfattas av tillsynen daterad 2012-0615

IT-system	Kommentar
Ambulink	x)
Befreg	Uppfyller kraven för spärr enligt PdL
E-arkiv dokumentbibliotek ver 2.2	Spärr finns på dokumentnivå med möjlighet till nödöppning. Åtkomst till e-arkiv kan endast ske genom åtkomst via Melior.
Fenix	x)
Health Tech Pilot test läkemedelsautomat API	Systemet är pågående pilotprojekt och används endast på en enhet. Vid beslut om eventuellt införande kommer rutin för spärr att inkluderas
Journalia	x)
Klara SVPL	x)
Labsvar	x)
Medspeech	x)
MobiluSw klient	x)
Orbit KPP	x)
Orbit SkaS 4.23.4	x)
Siemens Obstetrix	x)

x) Omfattas av manuella rutiner som ska vara kända och i drift senast 31 oktober 2012



Datainspektionen

Datum
2012-06-15

Diarienum
729-2011

SKARABORGS SJUKHUS	
2012-06-15	
Dnr: <i>SKW 275-2010</i>	
Enhet	Ansökan <i>BMM</i>

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus

541 85 Skövde

Tillsyn – patientens rätt till spärr enligt 4 kap. 4 § och 6 kap. 2 § patientdatalagen

Datainspektionens beslut

Datainspektionen konstaterar att *Styrelsen* för Skaraborgs sjukhus (härefter Skaraborgs sjukhus) genom att ett antal av IT-systemen ännu inte lever upp till patientdatalagens krav på spärrar, behandlar personuppgifter i strid med patientdatalagen på det sätt som framgår nedan.

- Skaraborgs sjukhus tillgodoser inte patientens rätt att spärra sin vårddokumentation i uppskattningsvis 12 system, som helt saknar tekniska funktioner för spärrar.

Detta strider mot 4 kap. 4 § patientdatalagen.

När det gäller uppskattningsvis 12 system framgår varken när Skaraborgs sjukhus kommer att tillgodose patienten dennes rätt till spärrar, eller hur Skaraborgs sjukhus avser att tillgodose rätten fram till dess att spärrfunktioner finns på plats.

Skaraborgs sjukhus är skyldigt att omgående vidta åtgärder för att efterleva kraven i ovanstående bestämmelser.

Eftersom Skaraborgs sjukhus inte lever upp till bestämmelserna i 4 kap. 4 § patientdatalagen föreläggs Skaraborgs sjukhus att senast den **1 oktober 2012** ge in en redogörelse för:

1. när funktioner för tekniska spärrar som möjliggör för Skaraborgs sjukhus att leva upp till kraven i patientdatalagen kommer att vara genomförda i de nu aktuella systemen (se punkten ovan), samt
2. vilka tillfälliga övergångslösningar som Skaraborgs sjukhus har vidtagit beträffande mer omfattande patientjournalssystem som innehåller många känsliga patientuppgifter.

Redogörelsen ska innefatta de aktuella IT-system som finns inom en vårdgivare. Datainspektionen påpekar här att det är Skaraborgs sjukhus som är ansvarig för att en fullständig redogörelse inkommer till Datainspektionen.

Datainspektionen förutsätter att Landstinget ser över vilka system med mät- och behandlingsdata som behöver ha spärrfunktioner, samt ser till att vårddokumentationen i system som endast används/är åtkomliga inom en vårdenhet eller vårdprocess, inte är elektroniskt åtkomliga för användare som arbetar vid andra vårdenheter eller vårdprocesser, alternativt ser till att patienten på begäran genast kan få sin dokumentation spärrad i enlighet med 4 kap. 4 § patientdatalagen.

Redogörelse för tillsynsärendet

Datainspektionen har fått indikationer på att det finns brister inom vården när det gäller patientens möjlighet att få sin vårddokumentation spärrad enligt bestämmelserna i patientdatalagen. Datainspektionen har därför genomfört ett nationellt tillsynsprojekt för att granska hur vården tillgodoser patientens rätt i dessa avseenden. Tillsynen gäller samtliga landsting och regioner samt fem privata vårdgivare.

Vårdgivarna har inledningsvis besvarat frågor i en enkät, men då svaren inte har varit fullständiga har Datainspektionen begärt in ytterligare kompletteringar vid två tillfällen

Skaraborgs sjukhus har inkommit med yttranden i juni 2011, januari 2012 och mars 2012, och har i huvudsak uppgett följande.

Skaraborgs sjukhus har enligt den inskickade förteckningen cirka 63 system som innehåller vårddokumentation, varav uppskattningsvis 41 system är begränsade till vårdenhet, och huvudjournalssystemet är Melior. Skaraborgs sjukhus har ännu inte börjat producera information till Nationell Patientöversikt, men detta planeras under senare delen av 2012.

System som enbart används inom en vårdgivare (inre sekretessen) – 22 system:

- I ett system går det att spärra med en teknisk funktion.

- I systemet Melior (Datainspektionen har här tagit upp de fem systemnamnen rörande Melior som ett system) går det att **spärra delvis** med en teknisk funktion. Systemet tillåter således sättande av spärrar, men då regionen har startat upp systemet innan patientdatalagen trädde i kraft så är de inte konfigurerade (uppsatta) överallt för att hantera "vårdenhet PdL". Det är beställt i Melior 1.5 version 216. Planerad leverans av versionen är hösten 2012. Skaraborgs sjukhus har förtydligat vad som menas med "vårdenhet PdL". "Regionstyrelsen har på rekommendation från Socialstyrelsen fattat beslut om att vårdenhet motsvarar en verksamhetschefs ansvarsområde. I regionen är dessa vårdenheter namngivna som "vårdenhet PdL".

Spärr kan i systemet sättas på folder (hela journalen), aktivitet (anteckningstyp), avdelning (all information knuten till vårdkontakter på en specifik avdelning spärras) och enskild vårdkontakt. Spärr i Melior innebär att man via roll eller personligt tilldelar behörighet till specifik folder, aktivitet, avdelning och/eller vårdkontakt, vilket innebär att övriga användare då inte får åtkomst. Om spärr inte görs på hel journal så blir inte information såsom labbsvar, läkemedelsordinationer och information skriven under uppmärksamhetssymbol (ex läkemedelsöverkänslighet) fullt ut spärrade.

Skaraborgs sjukhus kan tillgodose patientens rätt att **spärra med manuella rutiner**. Detta görs lokalt och centraliseringen till regional funktion RGF pågår och tas över helt september 2012.

- I systemet ELVIS går det **inte att spärra** med en teknisk funktion. Spärrmöjlighet är inte prioriterad då behörighet (åtkomst) enligt beslut endast ska gälla för egen vårdenhet eller administrativ enhet som hanterar vårdinformation. Införande av administrativa enheter pågår i KIV/HSA med administrativ enhetschef motsvarande verksamhetschef. Detta medför att administrativ personal får behörighet inom en administrativ enhet (egen enhet) som hanterar vårdinformation i annat ändamål men inom egen enhet.
- Sju av systemen kommer att avvecklas den 1 april 2012.
- I övriga 12 system går det **inte att spärra** med en teknisk funktion. Beträffande om Skaraborgs sjukhus avser att vidta några åtgärder för att tillgodose patientens rätt till spärr samt när spärrarna realistiskt sett kan finnas på plats framkommer endast att " Skaraborgs sjukhus följer den regionalt fastställda planen för anpassning till Patientdatalagen".
- Utöver dessa 22 system finns 41 medicintekniska system. Då systemen är installerade per vårdenhet är de logiskt separerade från övriga

system. De kommunicerar inte med andra system, bara inom aktuell vårdenhet och aktuell vårdprocess. När det gäller tre av systemen erhåller remittent svar utanför vårdenhet och vårdprocessen.

Skaraborgs sjukhus strategi för spärrhantering i huvudsak

Systemet Melior – Anslutningsavtal med nationell säkerhetstjänst tecknas januari 2012. Första säkerhetstjänsten på regional nivå är Ineras lokala spärrtjänst. Regionen väntar på att motparten tecknar sin del av avtalet. Testmiljön beräknas snarast sättas upp. Melior är prioriterat för anslutning under 2012. Funktioner i Melior 1.5 version 216 (planerad driftsättas hösten 2012) med HSA-id för organisation är utvecklad i denna version och möjliggör ”PdL krav” på vårdenhet. Siemens har nyligen lämnat nytt besked att Melior 217 som beräknas driftsättas våren 2013 först möjliggör spärr på ”vårdenhet PdL”. Hur väl Melior 216 kan nyttja lokal spärrtjänst 2012 är därför osäkert. Dock kommer detta testas.

Närmare uppgifter om vad som framkommit i ärendet och därmed legat till grund för Datainspektionens bedömning framgår av skälen för beslutet.

Skäl för beslutet

Rättsregler m.m.

Reglerna om vårdgivarens skyldighet att tillhandahålla en möjlighet för patienten att spärra sin vårddokumentation i vissa IT-system återfinns i 4 kap. 4 § och 6 kap. 2 § patientdatalagen. Vidare kompletteras patientdatalagens bestämmelser av Socialstyrelsens föreskrifter Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14). Se särskilt 2 kap. 7-10 §§ SOSFS 2008:14.

Av 4 kap. 4 § första stycket patientdatalagen framgår att personuppgifter som dokumenterats för ändamål som anges i 2 kap. 4 § punkterna 1 och 2 hos en vårdenhet eller inom en vårdprocess, inte får göras tillgängliga genom elektronisk åtkomst för den som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess hos samma vårdgivare, om patienten motsätter sig det. I sådana fall ska uppgiften genast spärras. Vårdnadshavare till ett barn har dock inte rätt att spärra barnets uppgifter. Uppgift om att det finns spärrade uppgifter får vara tillgänglig för andra vårdenheter eller vårdprocesser.

Av 6 kap. 2 § fjärde stycket patientdatalagen framgår att om en patient motsätter sig att andra uppgifter än dem som anges i andra stycket samma lagrum görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring ska uppgifterna genast spärras. Vårdnadshavaren till ett barn kan dock inte spärra uppgifter om barnet. Av paragrafen framgår således att

patientens rätt att motsätta sig att uppgifter tillgängliggörs i den sammanhållna journalföringen omfattar samtliga uppgifter, utom uppgift om att det finns spärrade uppgifter och vilken vårdgivare som har spärrat dessa.

Av förarbetsuttalandena (*Proposition 2007/08:126, Patientdatalag m.m., härefter prop.*) framgår bl.a. följande.

"Att en patient har möjlighet att begära sådana spärrar är enligt regeringens uppfattning i linje med de grundläggande principerna som slås fast i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att verksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt som möjligt utföras och genomförs i samråd med patienten. Regeringen föreslår mot bakgrund av detta en bestämmelse som slår fast de principer som uttryck i den anförda bestämmelsen i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen när det gäller elektronisk tillgänglighet inom en vårdgivares individinriktade patientverksamhet. Bestämmelsen innebär att den enskilde patienten ges rätt att begära att vårddokumentation spärras från tillgänglighet genom elektronisk åtkomst för andra vårdenheter alternativt vårdprocesser utanför den till vilken uppgifterna hör, s.k. inre spärrar. Uppgift om att det finns spärrade uppgifter får dock vara tillgängliga för andra vårdenheter eller vårdprocesser. Utan en sådan spärrmöjlighet kan inte uteslutas att patienter håller inne med känslig men viktig information av rädsla för att informationen sprids. Liksom i fråga om den sammanhållna journalföringen handlar den inre spärren inte om huruvida uppgifter om en patient alls bör få utbytas mellan olika kliniker eller olika sjukhus m.m. hos en och samma vårdgivare. Det sagda reglerar bara sättet för utbytet; elektronisk åtkomst. Det är vårdgivaren som på förhand har att definiera vilka vårdenheter alternativt vårdprocesser som finns inom vårdgivarens individinriktade hälso- och sjukvård och därmed vilka spärrar som kan tillhandahållas." (prop. s. 151 f)

"Att uppgifterna spärras innebär att de inte finns tillgängliga för andra vårdenheter alternativt vårdprocesser genom elektronisk åtkomst. Med elektronisk åtkomst avses enligt paragrafen personalens möjlighet att elektroniskt bereda sig tillgång till personuppgifter som finns tillgängliga inom vårdgivarens organisation. Paragrafen är inte tillämplig när spärrade uppgifter görs tillgängliga för annan vårdenhet eller vårdprocess genom användning av exempelvis e-post eller på diskett eller cd-rom" (prop. s. 242).

"En del remissinstanser, bl.a. *Sveriges Kommuner och Landsting* och *Socialstyrelsen*, har framfört synpunkten att viss s.k. varningsinformation t.ex. information om smittsamma sjukdomar, uppgifter om myndighetsåtgärder enligt smittskyddslagen (2004:168) eller om allergier m.m. inte ska kunna spärras av patienten. Argumentet för detta är att denna information är viktig dels för vårdpersonalens möjligheter att skydda sig själv och andra patienter mot smitta, men också för behandlingen av patienten, t.ex. vid allergi mot någon viss medicin. Regeringen anser att det är av stor betydelse att gå försiktigt fram vid införandet av ny lagstiftning som öppnar upp möjligheterna till spridning av känslig information. De patienter som till varje pris vill behålla en hemlighet måste kunna vända sig till svensk hälso- och sjukvård i den

trygga förvisningen om att kunna få gehör för sin klart uttalade vilja om hur spridd den elektroniska tillgängligheten till information om honom eller henne ska vara för hälso- och sjukvårdspersonal inom landet. Regeringen anser att skyddet för patientens integritet och därmed möjligheterna att behålla förtroendet för systemet som föreslås väger över till förmån för att inte införa regler om undantag för spärr av viss s.k. varningsinformation.” (prop. s. 114 f)

”Spärrade uppgifter får inte vara tekniskt åtkomliga genom direktåtkomst för andra vårdgivare med undantag för om det är fråga om en akut nödsituation. Uppgift om att det finns spärrade uppgifter och uppgift om vilken vårdgivare som har spärrat uppgifterna får dock göras tillgänglig. En annan vårdgivare får ta del av uppgiften om vilken vårdgivare som har spärrat uppgifterna endast under de förutsättningar som anges när det är fråga om en akut nödsituation.”

(prop. s. 118)

”Systemet med sammanhållen journalföring ska därför utformas så att vårdgivaren som ett första steg får ta del av uppgift om vilken eller vilka vårdgivare som har spärrat uppgifterna. Vårdgivaren kan i detta skede endast se uppgiften vid vilken eller vid vilka vårdgivare spärrar gjorts, inte specifikt vid vilken vårdenhet eller vad för typ av behandling som spärrats hos annan vårdgivare eller hos andra vårdgivare. Med ledning av denna uppgift ska vårdgivaren som ett andra steg bedöma om de spärrade uppgifterna kan antas ha betydelse för den vård som patienten oundgängligen behöver. Endast uppgifter som kan antas ha sådan betydelse får hävas. Vårdgivaren ska i sådana fall begära hos den vårdgivare som har spärrat uppgifterna att denne häver spärran.” (prop. s. 118 f)

”En spärrning kan på patientens begäran avse samtliga uppgifter utom dem som anges i andra stycket eller bara vissa uppgifter. Inget hindrar att en spärrning kan göras endast i förhållande till någon eller vissa vårdgivare som deltar i det sammanhållna journalsystemet. Att uppgifterna är spärrade innebär alltså att andra vårdgivare inte har någon direktåtkomst till uppgifterna. Den spärrade informationen kan inte läsas av extern personal.” (prop. s. 249)

Patientens rätt att spärra sin vårddokumentation

Det har framkommit i ärendet att det går att spärra med en teknisk funktion i ett av systemen och att det i huvudjournalsystemet Melior går att spärra delvis med en teknisk funktion, men det är oklart exakt vad som går att spärra i den version som Skaraborgs sjukhus i nuläget har. Skaraborgs sjukhus har uppgett att Siemens nyligen har lämnat nytt besked att Melior 217 som beräknas driftsättas våren 2013 först möjliggör spärr på ”vårdenhet PdL”. Hur väl Melior 216 (planerad driftsättas hösten 2012) kan nyttja lokal spärrtjänst 2012 är därför osäkert. Skaraborgs sjukhus kan dock tillgodose patientens rätt att spärra med hjälp av manuella rutiner.

I systemet ELVIS går det inte att spärra med en teknisk funktion, men spärrmöjligheten är inte prioriterad då behörighet enligt beslut endast ska

gälla för egen vårdenhet eller administrativ enhet som hanterar vårdinformation.

I de övriga 12 systemen går det inte att spärra med en teknisk funktion. Beträffande om Skaraborgs sjukhus avser att vidta några åtgärder för att tillgodose patientens rätt till spärr framkommer endast att "Skaraborgs sjukhus följer den regionalt fastställda planen för anpassning till Patientdatalagen".

Datainspektionen vill i sammanhanget lämna följande information.

När patientdatalagen trädde i kraft för snart fyra år sedan, fick patienten en ovillkorlig rätt att spärra sin elektroniska vårddokumentation inom hälso- och sjukvården för vårdsyfte beträffande de IT-system som innehåller vårddokumentation enligt 2 kap. 4 § punkterna 1 och 2 patientdatalagen. Med administration i punkt 2 avses såväl patientrelaterad ekonomiadministration som annan administration som behövs eller föranleds av vård i enskilda fall (se prop. s. 228). Detta innebär således att patienten ska kunna spärra sina uppgifter i alla system som innehåller vårddokumentation som behövs i patientvården eller patientadministrationen, till exempel i patientjournal-system, administrativa system såsom fakturering och tidsbokning, hjälpmedelssystem och verksamhetsspecifika system.

Datainspektionen vill dock understryka att till exempel kvalitetsregister faller utanför ovanstående bestämmelser och att system som är hänförliga till kvalitetsregister inte omfattas av Datainspektionens nu aktuella tillsyn. Vidare får kvalitetsregister inte utan patientens uttryckliga samtycke användas för andra ändamål än kvalitetssäkring, statistikframställning eller forskning. Uppgifterna får exempelvis inte användas som underlag och beslutsstöd i den individinriktade vården.

Patientens rätt att få uppgifter spärrade påverkar emellertid inte förutsättningarna för behörig åtkomst för andra ändamål än vård och behandling, till exempel statistik, planering eller verksamhetsutveckling. När det gäller personal som arbetar med verksamhetsuppföljning, statistikframställning, central ekonomiadministration och liknande verksamhet som inte är individorienterad torde det för flertalet befattningshavare räcka med tillgång till uppgifter som endast indirekt kan härledas till enskilda patienter. Elektronisk åtkomst till kodnycklar, personnummer och andra uppgifter som direkt pekar ut enskilda patienter bör på detta område kunna vara starkt begränsad till enstaka personer (se prop. s 149).

Patientens rätt till spärr gäller både i den inre sekretessen och i den sammanhållna journalföringen. När patienten begär att dennes vårddokumentation ska spärras får vårddokumentationen inte finnas elektronisk tillgänglig för andra vårdenheter alternativt vårdprocesser eller för andra vårdgivare. Av detta följer att så kallade "mentala spärrar/mjuka spärrar" exempelvis i form av att en anteckning om spärr görs i systemet, eventuellt i kombination med en så kallad uppmärksamhetsymbol, inte är tillräckligt för att tillgodose patientens rättigheter i detta avseende. Det finns vidare inte något stöd i patientdatalagen för vårdgivaren att undanta viss vårddokumentation från patientens spärrmöjlighet.

Datainspektionen vill, när det gäller sammanhållen journalföring, även påpeka följande. Det finns en möjlighet för vårdgivaren att ingå i ett system för sammanhållen journalföring om förutsättningarna enligt patientdatalagen är uppfyllda. Det finns dock ingen rättighet eller skyldighet för vårdgivaren att ingå i detta system om någon av förutsättningarna inte är uppfyllda.

Förutsättningarna följer av 6 kap. 2 § tredje stycket patientdatalagen. Av paragrafen framgår att patienten, innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring, ska informeras om vad den sammanhållna journalföringen innebär och om att patienten kan motsätta sig detta. En ytterligare förutsättning är att en patient ska kunna få sin rätt till spärrar tillgodosedd, innan vårdgivaren går med i ett sammanhållet journalsystem. Om dessa möjligheter till spärrar inte finns på plats innebär detta inte enbart att vårdgivarens personuppgiftsbehandling strider mot patientdatalagen, utan även att vårdgivaren kommer att lämna ut känsliga personuppgifter i strid med bestämmelser om sekretess. Detta gäller exempelvis om uppgifterna lämnas ut trots att patienten har motsatt sig detta, det vill säga att patienten har begärt en spärr som vårdgivaren inte kan tillgodose.

Datainspektionens bedömning

För att Skaraborgs sjukhus ska kunna leva upp till kraven på spärrar anser Datainspektionen att Skaraborgs sjukhus måste se till att det finns en teknisk funktion avseende spärr i de system där det finns vårddokumentation enligt 2 kap. 4 § punkterna 1 och 2, bortsett från de system som endast är åtkomliga inom en vårdenhet/vårdprocess hos vårdgivaren (se närmare nedan). En teknisk funktion för spärr torde även vara det mest ändamålsenliga tillvägagångssättet, eftersom en vårdgivare därigenom kan tillgodose såväl patientens integritet som patientsäkerheten. Bestämmelserna kompletteras genom Socialstyrelsens föreskrifter 2 kap. 7-10 §§ (SOSFS 2008:14). Där framgår att viss information kan göras åtkomlig i olika steg genom så kallade

aktiva val och att det ska finnas rutiner för nödöppning vid sammanhållen journalföring.

Datainspektionen finner det anmärkningsvärt att Skaraborgs sjukhus fortfarande inte kan tillgodose patienternas rätt att få sin vårddokumentation spärrad enligt kraven i patientdatalagen. Det är vidare anmärkningsvärt att de flesta av Skaraborgs sjukhus system helt saknar tekniska funktioner för spärrar samt att det inte går att spärra s.k. varningsinformation, med tanke på att regeringen så tydligt har tagit ställning i denna fråga.

Skaraborgs sjukhus kan dock tillgodose patientens rätt att spärra med hjälp av manuella rutiner beträffande huvudjournalssystemet Melior.

Datainspektionen utgår därför från att Skaraborgs sjukhus använder sig av den manuella rutinen fram till dess att "Melior 217", som beräknas driftsättas under våren 2013, är installerad och tagen i bruk. Detta under förutsättning att den nya versionen lever upp till kraven om spärrar i patientdatalagen. Med anledning av detta har Datainspektionen inget att erinra i denna del.

Det förhållandet att Skaraborgs sjukhus inte har en tydlig åtgärdsplan för när bristerna i systemen kommer att vara åtgärdade, beträffande uppskattningsvis 12 system, medför dock att Skaraborgs sjukhus kan komma att behandla personuppgifter på ett olagligt sätt under en mycket lång tid framöver.

En av frågorna som Datainspektionen har ställt till vårdgivarna som ingår i tillsynsprojektet är vilka åtgärder vårdgivaren kommer att vidta för att tillgodose patientens rätt till spärr, i de fall som spärrmöjlighet helt eller delvis saknas, samt när spärrarna realistiskt sett kan vara på plats. Skaraborgs sjukhus har här svarat, beträffande uppskattningsvis 12 system, att "Skaraborgs sjukhus följer den regionalt fastställda planen för anpassning till Patientdatalagen" samt att "Även fortsatta frågeställningar vad gäller anpassning av system som används på Skaraborgs sjukhus hänvisas till den personuppgiftsansvariges vårdgivarnivå, dvs. Regionstyrelsen för Västra Götalandsregionen".

Datainspektionen vill med anledning av detta påpeka följande. Det framgår av 2 kap. 6 § patientdatalagen att en vårdgivare är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför. I landsting och kommuner är varje myndighet som bedriver hälso- och sjukvård personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför. I detta fall är det således Styrelsen för Skaraborgs sjukhus som är personuppgiftsansvarig, och som i egenskap av personuppgiftsansvarig ska svara på de av Datainspektionen ställda frågorna. Skaraborgs sjukhus kan

naturligtvis få assistans av Regionstyrelsen för Västra Götalandsregionen när det gäller att svara på regionövergripande frågor, men är fortfarande ytterst ansvarig för besvarandet av frågorna.

Datainspektionen konstaterar att Skaraborgs sjukhus genom att ett antal av IT-systemen ännu inte lever upp till patientdatalagens krav på spärrar, behandlar personuppgifter i strid med patientdatalagen på det sätt som framgår nedan.

- Skaraborgs sjukhus tillgodoser inte patientens rätt att spärra sin vårddokumentation i uppskattningsvis 12 system, som helt saknar tekniska funktioner för spärrar.

Detta strider mot 4 kap. 4 § patientdatalagen.

När det gäller uppskattningsvis 12 system framgår varken när Skaraborgs sjukhus kommer att tillgodose patienten dennes rätt till spärrar, eller hur Skaraborgs sjukhus avser att tillgodose rätten fram till dess att spärrfunktioner finns på plats.

Skaraborgs sjukhus är skyldigt att omgående vidta åtgärder för att efterleva kraven i ovanstående bestämmelser.

Eftersom Skaraborgs sjukhus inte lever upp till bestämmelserna i 4 kap. 4 § patientdatalagen ska Skaraborgs sjukhus föreläggas att senast den 1 oktober 2012 ge in en redogörelse för när funktioner för tekniska spärrar som möjliggör för Skaraborgs sjukhus att leva upp till kraven i patientdatalagen kommer att vara genomförda i de nu aktuella systemen. Datainspektionen påpekar här att det är Skaraborgs sjukhus som är ansvarig för att en fullständig redogörelse inkommer till Datainspektionen.

System som endast är åtkomliga inom en vårdenhet eller vårdprocess

Skaraborgs sjukhus har uppgett att det finns 41 medicintekniska system. Då systemen är installerade per vårdenhet är de logiskt separerade från övriga system. De kommunicerar inte med andra system, bara inom aktuell vårdenhet och aktuell vårdprocess. När det gäller tre av systemen erhåller remittent svar utanför vårdenhet och vårdprocessen.

Skaraborgs sjukhus har vidare uppgett att beträffande ett system, ELVIS, ska behörighet enligt beslut endast gälla för egen vårdenhet eller administrativ enhet som hanterar vårdinformation. Införande av administrativa enheter pågår i KIV/HSA med administrativ enhetschef motsvarande

verksamhetschef. Skaraborgs sjukhus har bedömt att spärrmöjligheten inte är prioriterad med anledning av detta.

Datainspektionens bedömning

Datainspektionen anser att det inte behövs tekniska spärrfunktioner för system som endast är elektroniskt åtkomliga för användare inom en vårdenhet eller vårdprocess.

Datainspektionen påpekar dock att det inte är tillräckligt att begränsa åtkomsten till ett system för en viss kategori av användare, såvida dessa inte arbetar inom samma vårdenhet eller vårdprocess.

Datainspektionen anser att även system med mät- och behandlingsdata måste ha spärrfunktioner, såvida de inte endast är elektroniskt åtkomliga inom en vårdenhet eller vårdprocess.

Datainspektionen förutsätter att Landstinget ser över vilka system med mät- och behandlingsdata som behöver ha spärrfunktioner, samt ser till att vårddokumentationen i system som endast används/är åtkomliga inom en vårdenhet eller vårdprocess, inte är elektroniskt åtkomliga för användare som arbetar vid andra vårdenheter eller vårdprocesser, alternativt ser till att patienten på begäran genast kan få sin dokumentation spärrad i enlighet med 4 kap. 4 § patientdatalagen

Tillfälliga övergångslösningar

Det har framkommit att Skaraborgs sjukhus i huvudjournalssystemet Melior kan tillgodose patientens rätt att spärra med hjälp av manuella rutiner.

När det gäller övriga system tillämpar inte Skaraborgs sjukhus, i avvaktan på tekniska spärrar, någon tillfällig övergångslösning för att tillgodose patienternas rättigheter.

Datainspektionens bedömning

Patienterna har en laglig rätt att få sin vårddokumentation spärrad av vårdgivaren. Det har dock framkommit att många vårdgivare fortfarande inte kan tillgodose patienternas grundläggande rättigheter, vad gäller att få sin vårddokumentation spärrad i enlighet med kraven i patientdatalagen. För att vårdgivaren ska kunna leva upp till kraven beträffande spärrar anser Datainspektionen, som nämnts ovan, att det krävs en teknisk funktion för spärrar i de elektroniska systemen.

Om vårdgivaren för närvarande inte kan leva upp till kravet på en teknisk funktion vad gäller spärrar i de elektroniska systemen, måste vårdgivaren lösa

detta temporärt, dvs. på annat sätt än genom en teknisk funktion, när det gäller huvudjournalssystem och andra omfattande patientjournalssystem som innehåller många känsliga patientuppgifter. Detta gäller såväl system som används inom en vårdgivare som mellan vårdgivare inom ramen för sammanhållen journalföring. Som framkommit är det inte tillräckligt att göra en anteckning om spärr i systemet eventuellt kombinerat med en så kallad uppmärksamhetssymbol.

Patienten har en laglig rätt att få sin vårddokumentation spärrad i den inre sekretessen och i den sammanhållna journalföringen. Det är dock upp till vårdgivaren att själv välja tillvägagångssätt. Den tillfälliga övergångslösningen får naturligtvis inte ersätta den tekniska funktionen för spärr, utan ska endast vara ett komplement fram till dess att det finns tekniska funktioner för spärrar på plats i systemen. En förutsättning för att en sådan tillfällig lösning ska fungera i praktiken är att denna är allmänt känd hos användarna inom verksamheten.

Det får dock aldrig bli fråga om att en sådan tillfällig övergångslösning skulle kunna utgöra en patientsäkerhetsrisk. Exempelvis måste en patient som vid en tidpunkt önskat en spärr via en tillfällig övergångslösning kunna ångra sig. Om det uppstår en nödsituation måste självfallet patientens vårddokumentation på ett enkelt sätt kunna bli tillgänglig igen. Frågor om patientsäkerhet faller emellertid utanför Datainspektionens tillsynsområde, varför denna information endast lämnas upplysningsvis.

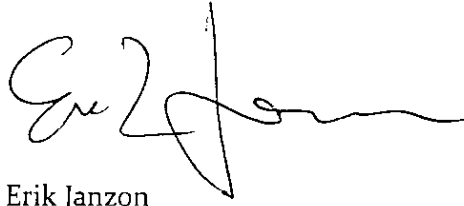
Eftersom Skaraborgs sjukhus inte lever upp till bestämmelserna i 4 kap. 4 § patientdatalagen ska Skaraborgs sjukhus föreläggas att senast den 1 oktober 2012 ge in en redogörelse för vilka tillfälliga övergångslösningar som Skaraborgs sjukhus har vidtagit beträffande mer omfattande patientjournalssystem som innehåller många känsliga patientuppgifter. Datainspektionen påpekar här att det är Skaraborgs sjukhus som är ansvarig för att en fullständig redogörelse inkommer till Datainspektionen.

Hur man överklagar

Om ni vill överklaga beslutet skall ni skriva till Datainspektionen. Ange i skrivelsen vilket beslut som överklagas och den ändring som ni begär.

Överklagandet skall ha kommit in till Datainspektionen senast tre veckor från den dag beslutet meddelades för att kunna prövas. Datainspektionen sänder överklagandet vidare till Förvaltningsrätten i Stockholm för prövning om inspektionen inte själv ändrar beslutet på det sätt ni har begärt.

Detta beslut har fattats av tillsynschefen Erik Janzon i närvaro av juristen Maria Bergdahl, föredragande.



Erik Janzon



Maria Bergdahl

Kopia till:

Personuppgiftsombudet

Ärende 7

Remissvar

Strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015,
SkaS 196-2012

Regionstyrelsen
Regionens hus
462 80 Vänersborg

Remissvar RS 572-2011

Strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015

Remissförslaget Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015, kan anses väl förankrat i lagstiftning som tillkommit de senaste åren och som påverkar säkerhetsfrågor i vår organisation. Undertecknad bedömer också att dokumentet kan verka som stöd i det lokala säkerhetsarbetet på Skaraborgs Sjukhus (SkaS). De mål och aktiviteter som anges stämmer väl överens med redan inslagen linje. Risker som identifierats genom sjukhusövergripande risk- och sårbarhetsanalyser, har även uppmärksammats regionalt och omsatts i relevanta åtgärdsförslag i ovanstående strategi.

Glädjande nog har också några rader tillkommit som poängterar vikten av att med helhetssyn se på patientsäkerhet och mer traditionella säkerhetsfrågor – där finns starka kopplingar och frågorna måste hanteras mer gemensamt än vad som historiskt kanske skett.

Sammanfattningsvis ställer sig SkaS således bakom remissförslaget.

Smärre språkliga justeringar har redan framförts direkt till handläggare för remissförslaget.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Susanne Larsson
ordförande

Sammanträde: Regionstyrelsen
Tid: Tisdagen 22 maj 2012, kl. 9.30-12.00
Plats: Sessionssalen, Residenset, Vänersborg

SKARABORGS SJUKHUS

2012-06-18
Dnr SkS 196-2010-8

Enhet

Handl.

Kenned

§ 114

Redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter 2011

Dnr RS 518-2011

Ärendet

Regionkansliets administrativa avdelning har överlämnat redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter 2011.

Redovisningen utgår från regionfullmäktiges beslut 22 april 2008, § 62, då nämnder, styrelser och bolag fick i uppdrag att årligen redovisa sitt säkerhetsarbete enligt en särskild rapporteringsmall. Detta är fjärde gången som regionkansliet överlämnar en rapport till regionstyrelsen kring säkerhetsarbetet och rådande säkerhetsläge i regionens verksamheter. Rapporten bygger på verksamheternas egna bedömningar.

Säkerhetsarbetet har under 2011 utvecklats positivt inom alla 11 säkerhetsområden och starka säkerhetsområden är avvikelshantering samt organisation kring risk- och krishantering.

Svaga säkerhetsområden handlar om IT-säkerhet, säkerhetskultur, förmågan att redovisa kostnader för oönskade händelser och klassificering av information. Likt tidigare år är problem med IT, IT-nätverk, driftstörningar det vanligaste svaret på frågan kring övergripande och gemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser. Fler än tidigare har angett problem med telefoni, elförsörjning och situation med vattenbrist som områden som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser.

Regionstyrelsens beslut:

1. Regionstyrelsen godkänner upprättad rapport som redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter under 2011.
2. Regiondirektören får i uppdrag att, efter remiss till regionens nämnder och styrelser, lämna förslag på regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015.
3. Regiondirektören får i uppdrag att utifrån redovisade problem med IT-säkerheten göra en översyn av området informationssäkerhet och återkomma med åtgärdsförslag till regionstyrelsen.

Regionstyrelsen
2012-05-22

4. Regiondirektören kommunicerar denna rapport kring säkerhetsläget i Västra Götalandsregionen till nämnder, styrelser och bolagsstyrelser i särskild ordning.

Vid protokollet

Elisabet Ericson
Sekreterare

Justerat 28 maj 2012

Gert-Inge Andersson
Ordförande

Johnny Magnusson
Justerare

Rätt utdraget intygar



Katrin Urbäck

Expedieras till + redovisning

Västra Götalandsregionens samtliga nämnder, styrelser och bolagsstyrelser

SKÅRBORGS SJUKHUS	
2012-06-18	
Dnr	8005 196 200-8
Enhet	Handl.
Karin Bratt	

Remissvar säkerhetsstrategi - 15 oktober 2012
Katrín Urbäck till: Expediering

2012-06-14 13:54

Hej!

Se mail nedan angående remissvar säkerhetsstrategi. Frågor hänvisas till Jan S Svensson.

Vänliga hälsningar,

Katrín Urbäck
Handläggare

Regionkansliet
Västra Götalandsregionen
Regionens Hus
462 80 Vänersborg
Besöksadress: Residenset, Torget

Tel: 010-441 0146

katrin.urback@vgregion.se

----- Vidarebefordrat av Katrin Urbäck/vgregion på 2012-06-14 13:52 -----

Från: Jan S Svensson/vgregion
Till: Katrin Urbäck/vgregion@vgregion,
Kopia: Birgit Bratt/vgregion@vgregion, Elisabet Ericson/vgregion@vgregion, Expediering
Datum: 2012-06-14 13:51
Ärende: Remissvar säkerhetsstrategi - 15 oktober 2012

Hej Katrin,

Det blev fel vad gäller tidpunkt för svar på remissförslaget på strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen. Svar på remissförslaget bör vara regionstyrelsen tillhanda senast **måndag den 15 oktober 2012**. Kan du expediera ut detta till berörda?

Hälsningar

Jan S

Jan S Svensson
Säkerhetsstrateg
Västra Götalandsregionen
Regionkansliet
Säkerhetsstrategiska avdelningen
Regionens Hus - LS
405 44 Göteborg

E-post: Jan.S.Svensson@vgregion.se
Tfn: 031-63 05 68
Mobiltn: 0708-63 06 42
Fax: 031-63 05 50
<http://intra.vgregion.se/sakerhet>

Katrín Urbäck

Hej! Översänder beslut av regionstyrelsen 22 ma...

2012-06-13 14:16:45

Från: Katrin Urbäck/vgregion
Till: Expediering,
Kopia: Jan S Svensson/vgregion@vgregion, Birgit Bratt/vgregion@vgregion, Elisabet Ericson/vgregion@vgregion
Datum: 2012-06-13 14:16
Ärende: RS beslut 22/5: Redovisning av säkerhetsarbetet + Remiss

Hej!

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-05-22

Diarienummer RS 518-2011

Administrativa avdelningen/Säkerhet

Handläggare Jan S Svensson

0708-630 642

E-post jan.s.svensson@vgregion.se

Regionstyrelsen

Redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter 2011

Ärendet

Redovisning av 2011 års säkerhetsarbete utgår från Regionfullmäktiges beslut den 22 april 2008 då det beslutades att nämnder, styrelser och bolag årligen ska redovisa sitt säkerhetsarbete enligt en särskild rapporteringsmall. Detta är fjärde gången som regionkansliet överlämnar en rapport till regionstyrelsen kring säkerhetsarbetet och rådande säkerhetsläge i regionens verksamheter. Rapporten bygger på verksamheternas egna bedömningar.

Beredning

Rapporten utgår från redovisning och svar på frågor från 53 av 54 verksamheter, förvaltningar och bolag i regionen. Det är svar på frågor i en särskild mall som utgår från 12 strategiska mål som finns i "Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen 2008-2011". Frågemallen finns med som bilaga i bifogad rapport. Årets rapport har kompletterats med särskilda svar från hälso- sjukvårdens utförare på frågor kring kontinuitetsplaner, behörighetsrutiner och om det finns kända rutiner i händelse av IT-avbrott.

Sammanfattning av säkerhetsläget

Säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter visar på en fortsatt positiv utveckling och säkerhetsläget måste betraktas i huvudsak som stabilt. Utifrån frågemallen har svar från 53 verksamheter beaktats i rapporten och visar bland annat att:

- hälso- och sjukvården haft en stark utveckling 2008-2011 av index inom 11 säkerhetsområden
- det finns problem med IT-säkerheten
- funktionen tjänsteman i beredskap (TIB) är etablerad i allt fler förvaltningar
- förmågan har ökat vad gäller hantering av kriser och oförutsedda händelser
- fler risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) och händelseanalyser (HA) har genomförts 2011
- särskild genomförd risk- sårbarhetsanalys (RSA) kring en kärnkraftsolycka visar att förmågan att hantera extraordinär händelse i huvudsak är god men
- det finns brister vad gäller omlokalisering av verksamhet till annan plats, lagerhållning av läkemedel, kontinuitetsplan för IT/teleavbrott, reservkraft utanför sjukhusen och tillgång till reservvatten vid avbrott eller förorening
- förmågan att hantera kriser har högre index 2011 i alla verksamheter jämfört med 2010.

Datum 2012-05-22

Diarienummer RS 518-2011

Utbildningsinsatserna inom säkerhetsområdet har ökat 2011 jämfört med tidigare år och i synnerhet gäller detta inom området personsäkerhet.

Fler verksamheter än tidigare år, 87 % eller 47 verksamheter har redovisat sitt säkerhetsarbete till sin nämnd eller styrelse. 2010 redovisade 59 % eller 32 verksamheter sitt säkerhetsarbete till sin nämnd eller styrelse.

Säkerhetsarbetet har under 2011 utvecklats positivt inom alla 11 säkerhetsområden och starka säkerhetsområden är avvikelshantering samt organisation kring risk- och krishantering. Krishanteringsförmågan har jämfört med tidigare år förbättrats, se rapporten punkt 6.2.

Svaga säkerhetsområden handlar om IT-säkerhet, säkerhetskultur, förmågan att redovisa kostnader för oönskade händelser och klassificering av information. Likt tidigare år är problem med IT, IT-nätverk, driftstörningar det vanligaste svaret på frågan kring övergripande och gemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser. Fler än tidigare har angett problem med telefoni, elförsörjning och situation med vattenbrist som områden som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen godkänner upprättad rapport som redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter under 2011.
2. Regiondirektören får i uppdrag att, efter remiss till regionens nämnder och styrelser, lämna förslag på regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015.
3. Regiondirektören får i uppdrag att utifrån redovisade problem med IT-säkerheten göra en översyn av området *informationssäkerhet och återkomma* med åtgärdsförslag till regionstyrelsen.
4. Regiondirektören kommunicerar denna rapport kring säkerhetsläget i Västra Götalandsregionen till nämnder, styrelser och bolagsstyrelser i särskild ordning.

Regionkansliet

Ann-Sofi Lodin
Regiondirektör

Birgit Bratt
Administrativ direktör

2012-06-09

Dnr RS 572-2011

SKARABORGS SJUKHUS	
2012 -06- 18	
Dnr	
Enhet	Handl.

1(2)

Till
regionens nämnder, styrelser
och bolagsstyrelser

Remissförslag på strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015

Härmed översänds remissförslag till regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015. Remissförslaget ersätter strategi för säkerhetsarbetet 2008-2011.

Regionstyrelsen beslutade 22 maj 2012, § 114, att godkänna rapport om redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i regionens verksamheter 2011. Vidare fick regiondirektören i uppdrag att efter remiss till regionens nämnder och styrelser lämna förslag på regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015.

Remissförslaget är en strategi för säkerhetsarbetet i regionens verksamheter och ersätter strategi för säkerhetsarbetet 2008-2011. Förslaget beskriver hur säkerhetsarbetet är tänkt att fungera under perioden 2015-2015. Strategin är uppbyggd runt 7 strategiska mål med tillhörande framgångsfaktorer, aktiviteter och 12 styr- och måltal som årligen följs upp och redovisas till regionstyrelsen. De strategiska målen är i princip oförändrade. Förändringar ligger i ändrade framgångsfaktorer, aktiviteter, styr- och måltal.

Beredning av remissförslaget

Arbetet med strategin påbörjades våren 2011 och har bedrivits i en särskild arbetsgrupp som ett projekt på regionkansliets administrativa avdelning och dess säkerhetsstrategiska enhet. En viktig utgångspunkt har varit att strategin ska ha en helhetssyn på säkerhetsarbetet, och utföras efter verksamheternas behov. I arbetsgruppen har följande personer medverkat; Lisa Nordahl och Christoffer Eskilsson från SU, Siw Fredriksson från SÄS, Lena Brodén från SkaS, Else-Marie Ljungberg från Habilitering & Hälsa, Bengt Hansson från PV FyrBoDal, Stellan Eriksson från Västfastigheter, Anette Norström från Regionservice och Stig Lindholm från regionkansliet. Under slutfasen av projektet har Mats Dufva från VGR IT medverkat och två representanter från regionkansliets informationsavdelning. Säkerhetsdirektören Valter Lindström har medverkat i arbetsgruppen och dessutom varit beställare och Jan S Svensson har varit projektledare.

Utöver arbetsgruppen har det också funnits en referensgrupp på 27 personer från i huvudsak säkerhetsrådet och informationssäkerhetsrådet.

Bifogat remissförslag, som utgår från arbetsgruppens remissförslag, har reviderats och kompletterats efter synpunkter på omtagsmöte den 22 mars 2012, avstämning med nya VGR IT vad gäller IT-säkerheten och säkerhetsdirektörens synpunkter i juni 2012.

Remissvaret

- Remissvaret ska formuleras kort med i huvudsak förslag på vad som kan tas bort eller läggas till.
- Remissvar med angivande av **dnr RS 572-2011 ska skickas till regionstyrelsen senast den 30 augusti 2012** via diariet eller direkt i ett mail till jan.s.svensson@vgregion.
- Frågor kring remissen kan ställas till säkerhetsstrateg Jan S Svensson på tfn 0708-630 642 eller 031-630 568.

Regionkansliet

Elisabet Ericson
Kansliet

Regionkansliet
Jan S Svensson
0708-630 642

2012-06-09

Dnr RS 518-2011

Till
regionens nämnder, styrelser
och bolagsstyrelser

Redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i regionens verksamheter 2011 - en rapport för kännedom

Regionstyrelsen beslutade den 22 maj 2012 att godkänna bifogad rapport som redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i regionens verksamheter 2011 och ge regiondirektören i uppdrag att **kommunicera rapporten i särskild ordning** till nämnder, styrelser och bolagsstyrelser.

1. Rapport kring säkerhetsarbetet i regionens verksamheter 2011

Regionfullmäktiges beslut den 22 april 2008 att nämnder, styrelser och bolag årligen ska redovisa sitt säkerhetsarbete i sin årsredovisning till regionstyrelsen enligt en särskild rapporteringsmall. Varje år sedan 2009 redovisas säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i regionens verksamheter i en särskild rapport till regionstyrelsen. Årets rapport redovisades till regionstyrelsen den 22 maj 2012.

1.1. Kommunikation av rapporten i särskild ordning och ett erbjudande

Att kommunicera rapport/uppföljning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter 2011 i särskild ordning innebär att nämnder och styrelser och bolagsstyrelser får ett erbjudande om ytterligare information/föredragning om ca 15-30 minuter och ett särtryck av rapporten. Om erbjudandet är intressant ska kontakt tas med regionkansliets administrativa direktör Birgit Bratt, birgit.bratt@vgregion.se eller säkerhetsstrateg Jan S Svensson jan.s.svensson@vgregion.se

1.2. Beredning av rapporten

Rapporten utgår från redovisning och svar på frågor kring bland annat hur man förebygger oönskade händelser, om säkerhetsarbetet blivit en ledningsfråga, Västfastigheters ansvar, Regionservice ansvar, aktiviteter kring krishanteringsförmåga och informationssäkerhet, övergripande och gemensamma risker samt personsäkerhet.

Årets rapport har kompletterats med särskilda svar från hälso- sjukvårdens utförare på frågor kring kontinuitetsplaner, behörighetsrutiner och om det finns kända rutiner i händelse av IT-avbrott. 53 av regionens 54 verksamheter/förvaltningar/bolag har lämnat svar på frågorna som utgår från 12 strategiska mål som finns i "Regional strategi för

säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen 2008-2011". Frågorna finns med som bilaga i rapporten.

1.3. Sammanfattning av rapporten

Säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter visar på en fortsatt positiv utveckling och säkerhetsläget måste betraktas i huvudsak som stabilt. Svar från 53 verksamheter enligt en särskild rapporteringsmall har beaktats i rapporten.

Starka säkerhetsområden är avvikelshantering samt organisation kring risk- och krishantering. Krishanteringsförmågan har jämfört med tidigare år förbättrats, se rapporten punkt 6.2.

Svaga säkerhetsområden handlar om IT-säkerhet, säkerhetskultur, förmågan att redovisa kostnader för oönskade händelser och klassificering av information. Likt tidigare år är problem med IT, IT-nätverk, driftstörningar det vanligaste svaret på frågan kring övergripande och gemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser". Fler än tidigare har angett problem med telefoni, elförsörjning och situation med vattenbrist som områden som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser.

Frågor om rapporten kan ställas till säkerhetsstrateg Jan S Svensson på tfn 0708-630 642 eller 031-630 568.

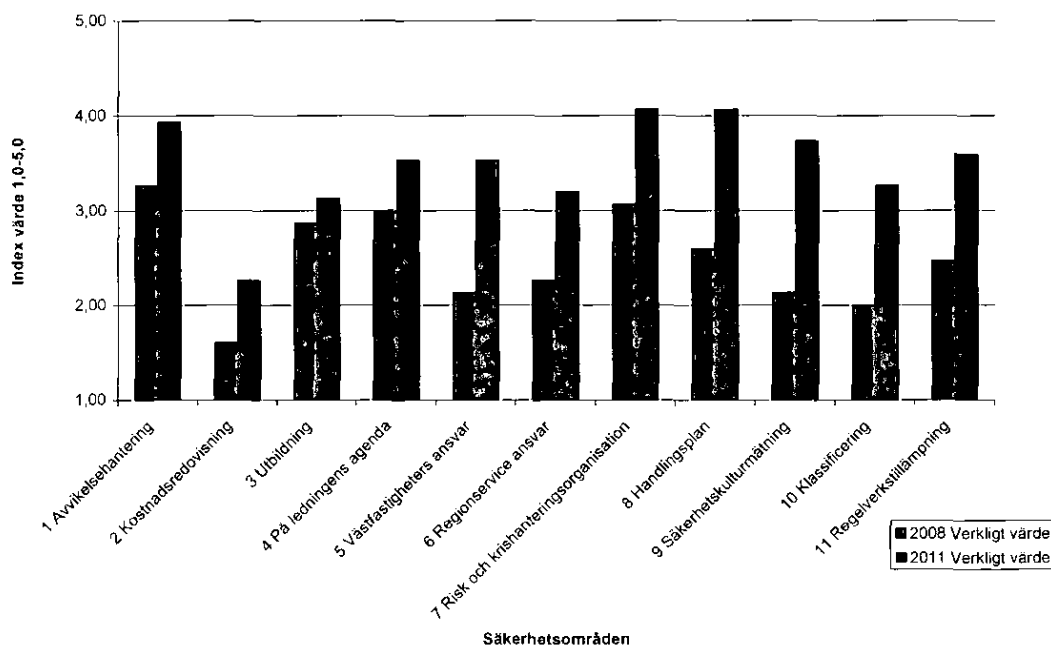
Regionkansliet

Elisabet Ericson
Kanslichef

Kopia till
Jan S Svensson
Birgit Bratt

Redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter 2011

Hälsa- och sjukvårdens utveckling av säkerhetsindex inom 11 säkerhetsområden 2008-2011



Innehåll

	Sida
1. Sammanfattning	4
2. Bakgrund	7
3. Utgångspunkter för redovisningen	8
4. Utveckling av säkerhetsindex 2008-2011	13
5. Utveckling inom 11 säkerhetsområden 2008-2011	16
6. Krishanteringsförmåga och informationssäkerhet	24
7. Övergripande och gemensamma risker	26
8. Personssäkerhet och avvikelser	27
9. Hälsa- och sjukvård – risker och informationssäkerhet	28
10. Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) under 2011	29
11. Säkerhetsstrategiska enhetens uppgifter	31
12. Förslag till beslut	33
Bilaga 1 Rapporteringsmall, RM 1	34

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	4
1.1	SÄKERHETEN INOM 11 SÄKERHETSOMRÅDEN UNDER 2008-2011	4
1.2	SJUKVÅRDENS SÄKERHETSINDEX INOM 11 SÄKERHETSOMRÅDEN UNDER 2008-2011	5
1.3	PATIENTSÄKERHET	5
1.4	BRISTER I IT-SÄKERHETEN	6
1.5	LÄSANVISNING	6
2	BAKGRUND.....	7
2.1	REDOVISNINGSSKYLDIGHET TILL REGIONSTYRELSEN	7
2.2	ANDRA STYRDOKUMENT I SAMMANFATTNINGEN FÖRE-UNDER-EFTER.....	7
2.3	ÖKADE KRAV FRÅN SOCIALSTYRELSEN OCH MSB	7
3	UTGÅNGSPUNKTER FÖR SÄKERHETSREDOVISNING 2011.....	8
3.1	STYRELSE ELLER NÄMND ÄR ANSVARIGA FÖR SÄKERHETSARBETET.....	8
3.2	ANTAL INKOMNA REDOVISNINGAR, SVARFREKVENNS OCH PROTOKOLL	8
3.3	SÄKERHETSINDEX OCH MÅLTAL FÖR 2011	9
3.4	MÅLTAL FÖR 11 SÄKERHETSOMRÅDEN 2008-2011.....	9
3.5	MÅLUPPFYLLELSE I 11 SÄKERHETSOMRÅDEN 2011.....	9
3.6	FÖRVALTNINGAR OCH/ELLER VERKSAMHETER SOM REDOVISAR TILL RS.....	10
3.7	ÖKAD SAMVERKAN STÄRKER SÄKERHETSARBETET	10
3.8	SJUKVÅRDEN SYSSELSÄTTER CA 85 % AV ALLA ANSTÄLLDA I VGR	11
3.9	ANSTÄLLDA PER VERKSAMHETSOMRÅDE 2011 JÄMFÖRT MED 2010	12
4	UTVECKLING AV SÄKERHETSINDEX 2008-2011.....	13
4.1	FÖRÄNDRING AV TOTALT SÄKERHETSINDEX 2008-2011.....	13
4.2	FÖRÄNDRING AV SJUKVÅRDENS SÄKERHETSINDEX 2008-2011	13
4.3	JÄMFÖRELSE AV SÄKERHETSINDEX OMRÅDESVIS 2011	14
4.4	FÖRÄNDRING AV SJUKVÅRDENS INDEX INOM 11 SÄKERHETSOMRÅDEN UNDER 2008-2011.....	14
4.5	FÖRÄNDRING AV INDEX INOM OMRÅDET TILLVÄXT OCH UTVECKLING 2008-2011.....	15
4.6	FÖRÄNDRING AV INDEX FÖR REGIONENS 7 BOLAG.....	15
4.7	FÖRÄNDRING AV INDEX FÖR REGIONGEMENSAMMA VERKSAMHETER	15
4.8	HÖGST SÄKERHETSINDEX 2011	15
5	UTVECKLING INOM 11 SÄKERHETSOMRÅDEN 2008-2010.....	16
5.1	FRÅGA 1 - HUR MÅNGA HAR EN FUNGERANDE AVVIKELSERAPPORTERING?	16
5.2	FRÅGA 2 - REDOVISAS KOSTNADER FÖR OÖNSKADE HÄNDELSER TILL FÖRVALTNINGSLEDNINGEN?	17
5.3	FRÅGA 3 - ÄR BEHOVET AV UTBILDADE PERSONER ETILLGODOSET?.....	17
5.4	FRÅGA 4 - HAR FÖRVALTNINGS- BOLAGSLEDNING SÄKERHETSFRÅGORNA REGELBUNDET PÅ AGENDAN? 18	18
5.5	FRÅGA 5 - HAR VÄSTFASTIGHETER FÅTT ETT UTÖKAT ANSVAR FÖR SÄKERHETSANLÄGGNINGAR?	19
5.6	FRÅGA 6 - HAR REGIONSERVICE ANSVAR FÖR TEKNISKA SKYDDSÅTGÄRDER?	19
5.7	FRÅGA 7 - HAR FÖRVALTNINGEN EN RISK- OCH KRISHANTERINGSORGANISATION?	20
5.8	FRÅGA 8 - HUR MÅNGA HAR EN FASTSTÄLLD HANDLINGSPLAN FÖR SÄKERHETSARBETET?	21
5.9	FRÅGA 9 - GENOMFÖRS MÄTNINGAR AV SÄKERHETSKULTUREN?	21
5.10	FRÅGA 10 - ÄR FÖRVALTNINGENS ÖVERGRIPANDE PROCESSER KLASSIFICERADE?	22
5.11	FRÅGA 11 - TILLÄMPAS REGELVERK SOM BESKRIVER KRAV PÅ HUR IT-STÖDET SKA UTVECKLAS?	23
5.12	EN SAMMANFATTNING - MÅLUPPFYLLELSE MÅLTAL OCH INDEX.....	23
6	KRISHANTERINGSFÖRMÅGA OCH INFORMATIONSSÄKERHET.....	24
6.1	SVAR PÅ FRÅGOR 1-5 I FRÅGEMALLEN.....	24
6.2	SVAR PÅ FRÅGA 6 I FRÅGEMALLEN - KRISHANTERINGSFÖRMÅGA INOM 5 OMRÅDEN	25
7	ÖVERGRIPANDE OCH GEMENSAMMA RISKER.....	26
7.1	SVAR PÅ FRÅGA 7 I FRÅGEMALLEN OM ÖVERGRIPANDE OCH GEMENSAMMA RISKER	26
7.2	VANLIGASTE ÖVERGRIPANDE RISK HANDLAR OM IT	26
8	PERSONSÄKERHET OCH AVVIKELSER	27
8.1	SVAR PÅ FRÅGA 8-9 I FRÅGEMALLEN OM UTBILDNINGENS INSATSER	27
8.2	PERSONSÄKERHET - EN ANGELÄGEN FRÅGA	27
8.3	REGISTRERADE AVVIKELSER 2011 I MEDCONTROL PRO	27

9	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – RISKER OCH INFORMATIONSSÄKERHET	28
9.1	SVAR PÅ FRÅGA 10A-10F I FRÅGEMALLEN OM PLANER, RSA, IT-RUTINER M.M.	28
10	RISK- OCH SÅRBARHETSANALYSER (RSA) UNDER 2011	29
10.1	FÖRVALTNINGAR HAR SKYLDIGHET ATT GENOMFÖRA RISK- OCH SÅRBARHETSANALYSER	29
10.2	ANALYSMETODEN I VGR	29
10.3	GENOMFÖRDA RISK- OCH SÅRBARHETSANALYSER UNDER 2011	29
10.4	FÖRMÅGAN ÄR GOD MEN HAR VISSA BRISTER.....	30
10.5	RESULTAT AV ÅTGÄRDER UTIFRÅN GENOMFÖRDA ANALYSER.....	30
10.6	RSA-AKTIVITETER ÖKAR SÄKERHETEN	30
11	SÄKERHETSSTRATEGISKA ENHETENS UPPGIFTER OCH AKTIVITETER	31
11.1	SÄKERHETSSTRATEGISKA ENHETENS AKTIVITETER 2011	31
11.2	IT-SÄKERHETEN	31
11.3	RIKTLINJER FÖR INFORMATIONSSÄKERHET BEHÖVER ANPASSAS.....	32
11.4	REGIONAL STRATEGI FÖR SÄKERHETSARBETET 2012-2015	32
11.5	NYA KRAV OCH ÖKADE MÖJLIGHETER ÖKAR OCKSÅ RISKERNA	32
11.6	KRISHANTERINGSPLAN.....	33
11.7	FÖRSTUDIE AV LTC – EN SLUTRAPPORT	33
11.8	REVISIONSMODELL FÖR ÖKAD SÄKERHET.....	33
12	FÖRSLAG TILL BESLUT.....	33

1 Sammanfattning

Säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter visar på en fortsatt positiv utveckling och säkerhetsläget måste betraktas i huvudsak som stabilt. Utifrån en särskild rapporteringsmall (bilaga 1) har redovisningar från 53 förvaltningar/verksamheter beaktats i denna rapport och visar bland annat att

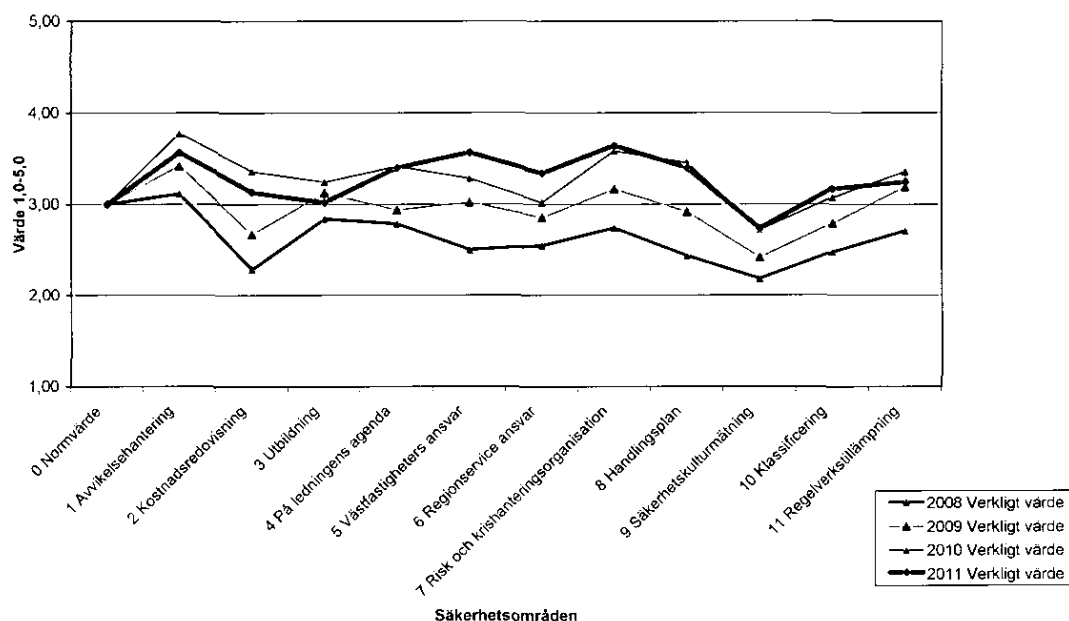
- hälso- och sjukvården har 2008-2011 en stark utveckling av index inom 11 säkerhetsområden
- det finns problem med IT-säkerheten
- funktionen tjänsteman i beredskap (TIB) i allt fler förvaltningar
- förmågan har ökat vad gäller hantering av kriser och oförutsedda händelser
- fler risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) och händelseanalyser (HA) har genomförts 2011
- särskild genomförd risk- sårbarhetsanalys (RSA) kring en kärnkraftsolycka visar att förmågan att hantera extraordinär händelse i huvudsak är god men
- det finns brister vad gäller omlokalisering av verksamhet till annan plats, lagerhållning av läkemedel, kontinuitetsplan för IT/teleavbrott, reservkraft utanför sjukhusen och tillgång till reservvatten vid avbrott eller förorening
- utbildningsinsatser inom säkerhetsområdet har ökat 2011 jämfört med tidigare år och synnerhet gäller detta utbildning inom personsäkerhetsområdet
- förmågan att hantera kriser har högre index i alla verksamheter 2011 jämfört med 2010.

1.1 Säkerheten inom 11 säkerhetsområden under 2008-2011

Alla 15 utförarförvaltningar inom hälso- och sjukvård har redovisat sitt säkerhetsarbete till styrelse/nämnd. Nio av 54 verksamheter och främst bolag, har inte rapporterat säkerhetsarbete och säkerhetsläge till nämnd/styrelse.

Figur 1 är en illustration över utvecklingen i alla regionens verksamheter/förvaltningar inom 11 säkerhetsområden under åren 2008-2011. Lägre index 2011 jämfört med 2010 inom områdena avvikelshantering, kostnadsredovisning och utbildning.

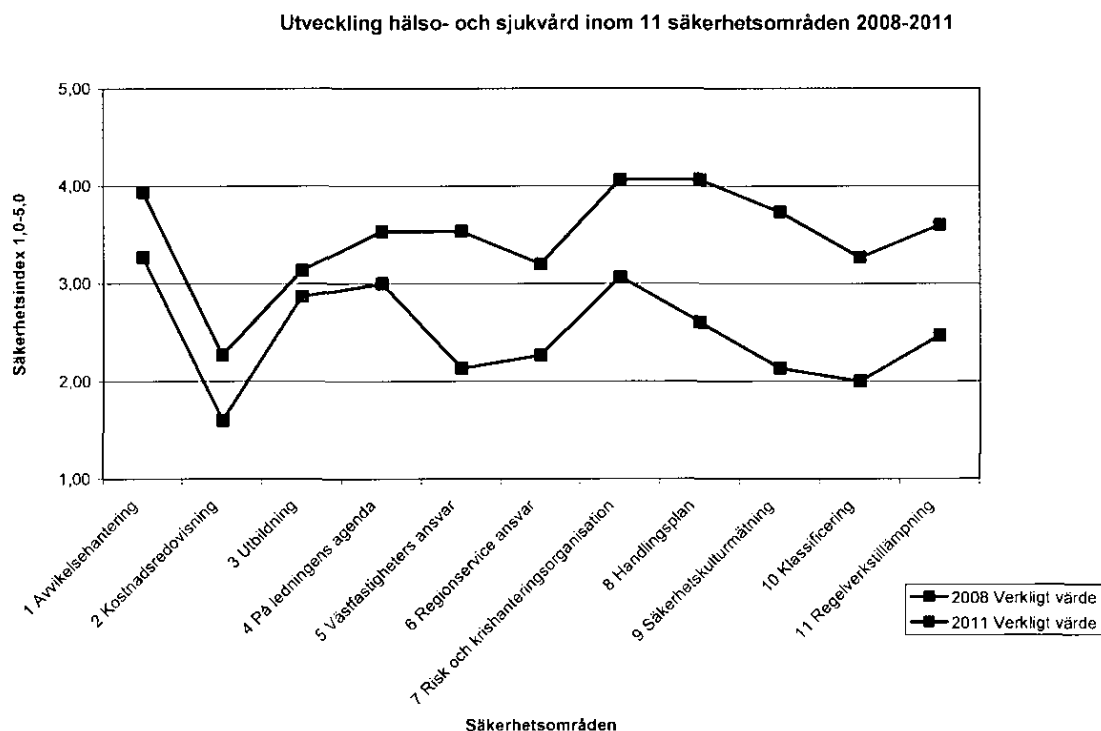
Utveckling 11 säkerhetsområden alla förvaltningar 2008-2011



Figur 1 är en illustration över utveckling av säkerhetsindex inom 11 säkerhetsområden 2008-2011

1.2 Sjukvårdens säkerhetsindex inom 11 säkerhetsområden under 2008-2011

Sjukvårdens utförarförvaltningar har haft en stark utveckling av säkerhetsarbetet inom 11 säkerhetsområden sedan 2008. Samlat index för dessa 11 säkerhetsområden har ökat från 2,49 för 2008 till 3,48 för 2011. Kostnadsredovisning, med säkerhetsindex om 2,27, är ett fortsatt svagt säkerhetsområde och det finns förbättringspotential i förmågan att beräkna kostnader för oönskade händelser inom sjukvården, se vidare i figur 2.



Figur 2 visar hälso- och sjukvårdens säkerhetsindex inom 11 säkerhetsområden 2008-2011

1.3 Patientsäkerhet

I regionens sjukvård gäller nolltolerans för vårdrelaterade skador¹ och en logik för ökad säkerhet i sjukvården är att ökad säkerhet och trygghet för personalen leder till färre misstag i vården, som i sin tur leder till färre vårdskador, som innebär minskade vårdskador och högre vårdkvalitet².

Vårdskador är alla typer av skador som hade kunnat undvikas om sjukvården vidtagit adekvata åtgärder. Synen på säkerhet inom sjukvården har gradvis förändrats och gränserna håller på att suddas ut mellan medicinska system (journalssystem, läkemedel m.fl.), administrativa system och system för övervakning och kontroll (gas, värme, vatten, passage m.fl.). Patientsäkerhetslagen³ har inneburit ökade satsningar och nya arbetsformer inom patientsäkerhetsområdet.

Under 2011 anmäldes totalt 22 858 patientavvikelse där vårdskada "inträffat eller kunnat inträffa", varav 2 688 avser inträffade vårdskador, se vidare upprättad Patientsäkerhetsberättelse⁴ för 2011 utifrån bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrift kring ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

¹ Västra Götalandsregionens budget för 2012, sid 23

² Se vidare Förstudie av LTC – en slutrapport kring Larm- och Trygghetscentral 2011-03-31, dnr RSK 996-2009

³ Patientsäkerhetslag (2010:659) gäller från den 1 januari 2011

⁴ Regional patientsäkerhetsberättelse, regionstyrelsen 2012-03-27, § 60

1.4 Brister i IT-säkerheten

Området IT-säkerhet handlar om att skydda lagring och kommunikation av information/data i våra IT-system. IT-ansvariga är ansvariga för IT-säkerheten tillsammans med verksamhetsledningarna som ansvarar för patientsäkerheten.

De vanligaste svaren på fråga om vilka övergripande och gemensamma risker som behöver hanteras handlar om problem med IT utifrån olika perspektiv. I svaren på fråga 7 i mallen (bilaga 1) anges problem med exempelvis; gemensamma nätverk, IT-avbrott, IT-frågor, gemensamma servrar, säkerheten i kommunikation av data/information m.m. Problemen är kända och har verifierats internt tidigare och senast i projektet *Översyn av IT inom VGR och externt av Socialstyrelsen i granskning* som har genomförts 2011. Socialstyrelsen granskade då SU och fem andra större sjukhus i Sverige och identifierade allvarliga brister i IT-säkerheten.

Ansvar för säkerheten inom IT kan utvecklas och effektiviseras. Det finns anledning att förvänta sig en *utveckling inom området IT-säkerhet under 2012* eftersom IT-verksamheten omorganiserats och ny IS/IT-direktör har rekryterats.

1.5 Läsanvisning

Regionkansliet benämns i fortsättningen som RK, regionstyrelsen som RS och regionfullmäktige som RF. När begreppet verksamhet används inbegrips begreppet förvaltning men också bolag om inget särskilt anges.

Kapitel 2	Bakgrund till redovisningsskyldigheten och betydelsen av ökade krav från Socialstyrelsen och MSB.
Kapitel 3	Utgångspunkter för redovisningen och en beskrivning av index, måltal och storleken på förvaltningar och att SU är lika stor som regionens övriga förvaltningar tillsammans inom hälso- och sjukvård.
Kapitel 4	Utveckling av säkerhetsindex inom 11 säkerhetsområden 2008-2011 för hälso- och sjukvårdens 15 utförare jämfört med regionens övriga förvaltningar/verksamheter.
Kapitel 5	Utveckling inom 11 säkerhetsområden 2008-2011 – linjediagram som jämför hälso- och sjukvård med regionens övriga förvaltning/verksamheter.
Kapitel 6	Krishanteringsförmåga och informationssäkerhet – redovisning av svar på frågor 1-6 i frågemallen.
Kapitel 7	Övergripande gemensamma risker som förvaltningarna anser behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser i VGR – redovisning av svar på fråga 7 i frågemallen.
Kapitel 8	Personsäkerhet och avvikelser – redovisning av svar på frågor 8-9 i frågemallen.
Kapitel 9	Hälso- och sjukvårdens risker och informationssäkerhet – redovisning från sjukvårdens utförare på frågorna 10a – 10f i frågemallen.
Kapitel 10	En redovisning av genomförda risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) under 2011.
Kapitel 11	Säkerhetsstrategiska enhetens uppgifter och aktiviteter.
Kapitel 12	Förslag till beslut.

Ytterligare information och frågor kring denna rapport kan ställas till säkerhetsstrateg Jan S Svensson på Regionkansliet, telefon 0708-630 642, eller via mail jan.s.svensson@vgregion.se.

2 Bakgrund

2.1 Redovisningsskyldighet till regionstyrelsen

Denna fjärde årsrapport över säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter bygger på sammanställningar av verksamheternas egna bedömningar kring 11 styrmål som redovisas i bifogad rapporteringsmall, se bilaga 1. Dessa 11 styrmål är kopplade till de 7 strategiska målen i "Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen 2008-2011" som har fastställts av regionfullmäktige⁵ och innebär att samtliga nämnder och styrelser ska redovisa sitt säkerhetsarbete till regionstyrelsen i sin årsredovisning.

Redovisning av 2011 års säkerhetsarbete utgår från samma principer som tidigare år och utöver tidigare redovisningsskyldighet beslutade regionstyrelsen den 29 juni 2011 (§ 187) att hälso- och sjukvårdens utförare avseende 2011 ska redovisa

- om det finns kontinuitetsplaner upprättade på förvaltnings- och/eller verksamhetsnivå
- om det finns tydliga och kända rutiner kring förvaltning av behörigheter
- om det finns tydliga och kända rutiner som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott.

2.2 Andra styrdokument i sammanfattningen Före-Under-Efter

Utöver regional strategi för säkerhetsarbetet har regionfullmäktige fastställt ytterligare Policy för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen och Ramverk och riktlinjer för säkerhetsarbetet. De aktuella styrdokumenterna finns i en sammanfattande broschyr 2008-06-01 med rubriken "Före - Under - Efter"⁶. I denna informationsbroschyr finns principerna som ska vara vägledande för hur säkerhetsarbetet ska bedrivas i regionens verksamheter med utgångspunkt från fullmäktiges beslut den 22 april 2008. Broschyren handlar om den regionala strategin för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen 2008-2011, regionens sju strategiska mål, skyddsåtgärder för att skapa god säkerhet, sammanfattning av ramverk, riktlinjer för säkerhetsarbetet och beskriver vad som är skyddsavt. Förslag till reviderad regional strategi för perioden 2012-2015 har tagits fram och efter remiss till regionens styrelser och nämnder kommer förslag att lämnas till regionstyrelsen.

2.3 Ökade krav från Socialstyrelsen och MSB

Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ställer krav på att kommuner och landsting ska bedriva ett säkert och inte minst patientsäkert arbete⁷. Från den 1 januari gäller Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9⁸ kring ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och denna föreskrift ska tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Från den 1 januari 2011 gäller föreskrift⁹ MSBFS 2010:6 från MSB som reglerar landstingets skyldigheter att genomföra och årligen redovisa en risk- och sårbarhetsanalys (RSA) till MSB. I maj 2011 publicerade MSB en strategi för skydd av samhällsviktig verksamhet.¹⁰ Strategin syftar till att skapa ett samhälle med förbättrad förmåga att motstå och återhämta sig från allvarliga störningar i samhällsviktig verksamhet.

⁵ Dnr RSK 636-2006, RF 2008-04-22, § 62

⁶ Före-Under-Efter – Sammanfattning av policy, ramverk och strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen. En handledning för chefer hur säkerhetsarbetet ska bedrivas 2008-06-01

⁷ Regeringens skrivelse 2009/10:124, Samhällets krisberedskap – stärkt samverkan för ökad beredskap

⁸ SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete upphäver SOSFS 2005:12

⁹ MSBFS 2010:6, Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrift om kommuners och landstings risk- och sårbarhetsanalyser

¹⁰ Ett fungerande samhälle i en föränderlig värld, MSB266 – maj 2011

3 Utgångspunkter för säkerhetsredovisning 2011

3.1 Styrelse eller nämnd är ansvariga för säkerhetsarbetet

Enligt säkerhetspolicyen är nämnd, styrelse och bolagsstyrelse ansvariga för säkerheten inom respektive verksamhet. En lokal säkerhetsfunktion kan se olika ut beroende på verksamhetens omfattning och karaktär. Det finns fördelar när likartade verksamheter samverkar och samordnar sitt säkerhetsarbete.

Regionens krishanteringsförmåga ökar när alla politiskt ansvariga känner till vem som ansvarar för, vad säkerhetsarbetet innebär och hur detta arbete bedrivs, i perspektiven Före – Under – Efter. Det finns ett stort värde i att förvaltningens säkerhetsarbete blir känt av respektive nämnd, styrelse eller bolag.

3.2 Antal inkomna redovisningar, svarsfrekvens och protokoll



Totalt har 53 redovisningar beaktats i denna rapport. De 53 verksamheterna har redovisat säkerhetsläge och säkerhetsarbete avseende 2011 enligt särskild mall, se bilaga 1. De fyra hälso- och sjukvårdskanslierna har för 2011 lämnat en samlad redovisning för egen del och för de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Tabell 1 illustrerar utvecklingen av antalet inkomna och diarieförda redovisningar under perioden 2008-2011. Det har skett en väsentlig ökning av antalet verksamheter som redovisar sitt säkerhetsarbete till nämnd/styrelse. 47 eller 87 % av alla verksamheter har redovisat 2011 års säkerhetsarbete till nämnd/styrelse vilket ska jämföras med 32 eller 60 % avseende 2010 och 25 eller 47 % avseende 2009.

Tabell 1

Verksamhet	Roll	Antal	Antal svar				Svarsfrekvens %				Protokoll från nämnd/styrelse	
			2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2011 Antal	2011 %
Hälso- och sjukvård	Företrädare	12	10	7	12	12	83%	58%	100%	100%	12	100%
	Utförare 1)	16	16	14	16	16	100%	88%	100%	100%	15	94%
Tillväxt & utveckling Inkl bolag	Företrädare 2)	3	2	2	3	3	67%	67%	100%	100%	3	100%
	Utförare	17	12	9	17	17	75%	56%	100%	100%	12	71%
Regiongemensamt		6	3	4	6	5	50%	67%	100%	83%	5	83%
Totalt 3)		54	43	36	54	53	75%	67%	100%	98%	47	87%

Not 1 Inkl SICAB

Not 2 Kollektivtrafiknämnd har tillkommit och ingår i Västtrafiks redovisning

Not 3 Revisorskollegiet som redovisade 2008 har undantagits i redovisningen 2009, 2010 och 2011

Tabell 1 visar utveckling av antal diarieförda redovisningar och protokoll från nämnder och styrelser

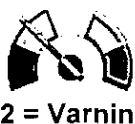
Det är sannolikt att inkomna redovisningar hanterats i respektive nämnd eller styrelse och att information kring detta inte har inkommit till RS via diariet.

3.3 Säkerhetsindex och måltal för 2011

Figurer med tabeller och diagram i denna rapport bygger på ett index mellan 1.0 och 5.0. för respektive verksamhet var för sig eller tillsammans. Detta index är ett framräknat värde utifrån verksamheternas angivna svar (på en 5 gradig färgskala) på 11 frågor. Alla svar är verksamheternas egen bedömning av säkerheten. Applicerat på den s.k. cockpitmodellen kompletteras redovisade svar få följande sätt.



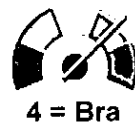
1 = Dåligt



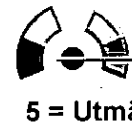
2 = Varning



3 = OK



4 = Bra



5 = Utmärkt

3.4 Måltal för 11 säkerhetsområden 2008-2011

I den regionala säkerhetsstrategin för perioden 2008-2011 finns måltal uttryckta i procent för respektive mål och år. Det finns 7 strategiska mål med 12 styr- och måltal och 11 av dessa styr- och måltal följs upp. Styr- och måltal kring incidentorganisation är undantaget. Alla styr- och måltal utom två har 100 % som måltal för 2011. De undantagna är Västfastigheter (75 %) och deras utökade ansvar kring fastighetsbundna säkerhetsanläggningar och hur många förvaltningar som mäter säkerhetskulturen (75 %).

3.5 Måluppfyllelse 11 säkerhetsområden 2011

De frågor som följs upp hanterar följande 11 säkerhetsområden. Normvärde för respektive styr- och måltal inom respektive säkerhetsområde är 3 (OK = gult) och mål har uppnåtts när angivet svar är 4 (Bra = ljusgrönt) eller 5 (Utmärkt = mörkgrönt). Siffrorna anger genomsnittligt indexvärde för alla förvaltning och verksamheter under 2011 och inom parantes anges värdet för 2008.

Alla säkerhetsområden utom området säkerhetskulturmätning (2,74) har uppnått normvärdet mellan 3,0 – 3,49 eller däröver.
= ok och gul redovisning



Områden med indexvärde över 3,5 är avvikelshantering (3,57), Västfastigheters ansvar (3,57) och Risk- och krishanteringsorganisation (3,64)
= bra och ljusgrön redovisning



1. Avvikelsehantering, 3,57 (3,11)
2. Kostnadsredovisning, 3,13 (2,28)
3. Utbildningar och RSA 3,02 (2,84)
4. På ledningens agenda, 3,40 (2,78)
5. Västfastigheters ansvar, 3,57 (2,50)
6. Regionservice ansvar, 3,34 (2,55)
7. Risk- och krishanteringsorganisation, 3,64 (2,74)
8. Handlingsplan fastställd, 3,40 (2,43)
9. Säkerhetskulturmätning, 2,74 (2,18)
10. Klassificering av information, 3,17 (2,48)
11. Regelverkstillämpning, 3,25 (2,70)

3.6 Förvaltningar och/eller verksamheter som redovisar till RS

Av följande tabell 2 redovisas de förvaltningar och verksamheter i Västra Götalandsregionen som regionstyrelsen begärt redovisning av avseende 2011 års säkerhetsarbete.

Hälso- och sjukvård	18.	Alingsås lasarett	35.	Göteborgs folkhögskola
<i>Företrädare</i>	19.	Frölunda specialistsjukhus	36.	Grebbestads folkhögskola
1. HSN 1, Norra Bohuslän	20.	Angereds Närsjukhus	37.	Billströmska folkhögskolan
2. HSN 2, Dalsland	21.	Primärvård Skaraborg	38.	Vara folkhögskola
3. HSN 3, Trestad	22.	Primärvård Södra Älvsborg	39.	Fristads folkhögskola
4. HSN 4, Mellersta Bohuslän	23.	Primärvård Göteborg	40.	Dalslands folkhögskola
5. HSN 5, Göteborg centrum/väster	24.	Primärvård Södra Bohuslän	41.	Förvaltningen för kulturutveckling
6. HSN 6, Mittenälvborg	25.	Primärvård FyrBoDal	42.	Västarvet
7. HSN 7, Södra Bohuslän	26.	Folkandvården Västra Götaland	43.	GöteborgsOperan AB
8. HSN 8, Sjuhäradsbygden	27.	Habilitering & Hälsa	44.	Göteborgs Symfoniker AB
9. HSN 9, Västra Skaraborg	28.	SICAB	45.	Film i Väst AB
10. HSN 10, Östra Skaraborg		Tillväxt och utveckling	46.	Regionteater Väst AB
11. HSN 11, Göteborg Hisingen		<i>Företrädare</i>	47.	Västrafik AB
12. HSN 12, Göteborg Nordöstra	29.	Regionutvecklingsnämnden		Regiongemensamt
<i>Utförare</i>	30.	Miljönämnden	48.	Västfastigheter
13. Sahlgrenska Universitetssjukhuset	31.	Kulturnämnden	49.	Regionservice
14. NU-sjukvården		<i>Utförare</i>	50.	Hälsan & Arbetslivet
15. Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)	32.	Gymnasiestyrelsen/Naturbruk	51.	Regionfullmäktige/Regionstyrelsen
16. Skaraborgs sjukhus (SkaS)	33.	Västsvenska Turistrådet AB	52.	Folkhälsokommittén
17. Kungälvss sjukhus	34.	Göteborgs botaniska trädgård	53.	Revisorskollegiet (utgår from 2009)
			54.	Patientnämnder
			55.	Agnesbergs folkhögskola

Tabell 2 Förvaltningar och verksamheter som ska redovisa säkerhetsarbete och säkerhetsläge

3.7 Ökad samverkan stärker säkerhetsarbetet

Ökad samverkan mellan och inom förvaltningar stärker säkerhetsarbetet och möjliggör samordning av säkerhetsaktiviteter som ex vis identifiering av vad som är skyddsvärt, klassificering av information, klassificering av lokaler, genomförande av RSA och övningar samt utformning av ändamålsenliga handlingsplaner för säkerhetsarbetet.

Under 2011 har samverkan och samordning genomförts mellan de 12 hälso- och sjukvårdsnämnderna med tillhörande kanslier. Ökad samordning mellan ex vis regionens bolag, mellan folkhögskolor och i nätverk mellan olika förvaltningar kan resultera i ett säkerhetsarbete över verksamhetsgränser som kan vara både kostnadseffektivt och ändamålsenligt.

Det finns en potential att effektivisera säkerhetsarbetet genom ökad samordning och samverkan i arbetet med säkerhetsfrågor över förvaltnings- och bolagsgränser. Etablering av en operativ säkerhetsfunktion för regionkansliets avdelningar kan bidra till denna effektivisering och öka säkerheten inom regionkansliets avdelningar.

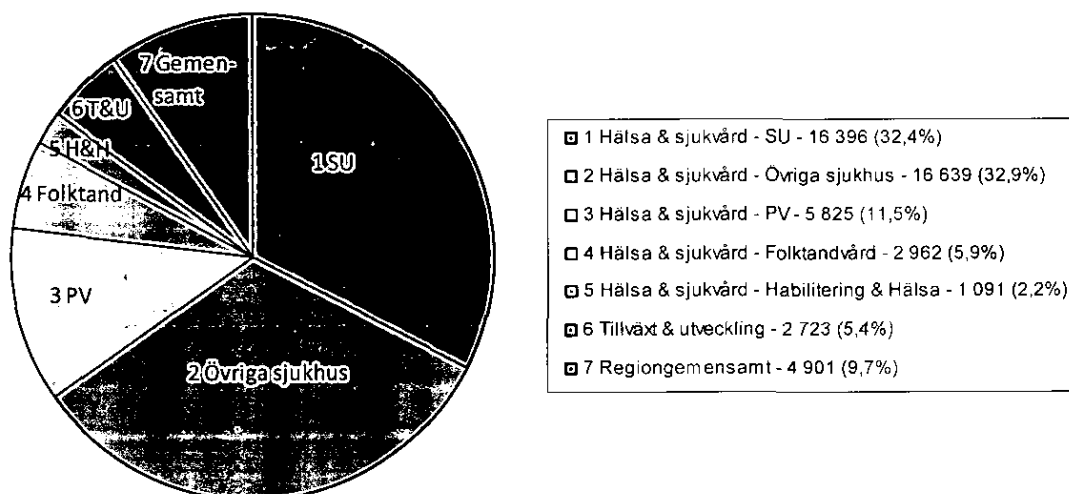
3.8 Sjukvården sysselsätter ca 85 % av alla anställda i VGR

Säkerhetsarbetet i regionens verksamheter bedrivs utifrån mycket olika förutsättningar både vad gäller antal anställda och inriktning på verksamhet. Årets rapport av säkerhetsarbetet i VGR omfattar redovisning från totalt 53 av 54 förvaltningar/verksamheter/nämnder/styrelser varav 15 är utförare inom hälso- och sjukvård. Enbart SU sysselsätter 32,4 % eller 16 396 personer av regionens anställda. Övriga sjukhus sysselsätter lika många personer och tillsammans med Primärvården, Tandvården och Habilitering och hälsa arbetar 84,9 % av regionens anställda inom hälso- och sjukvård i december 2011.

Övrig personal inom Tillväxt & utveckling och Regiongemensamt sysselsätter 7 624 personer eller 15,1 % av alla anställda. Omfattning av redovisningar från dessa förvaltningar är anpassade till verksamhet och antalet anställda. I denna redovisning av säkerhetsarbetet till regionstyrelsen beaktas de skillnader och förutsättningar som finns mellan regionens olika verksamheter.

Figur 3 visar antal anställda inom regionens olika verksamhetsområden.

SÄKERHETSREDOVISNING VGR 2011 - Antal anställda i VGR den 31 dec 2011

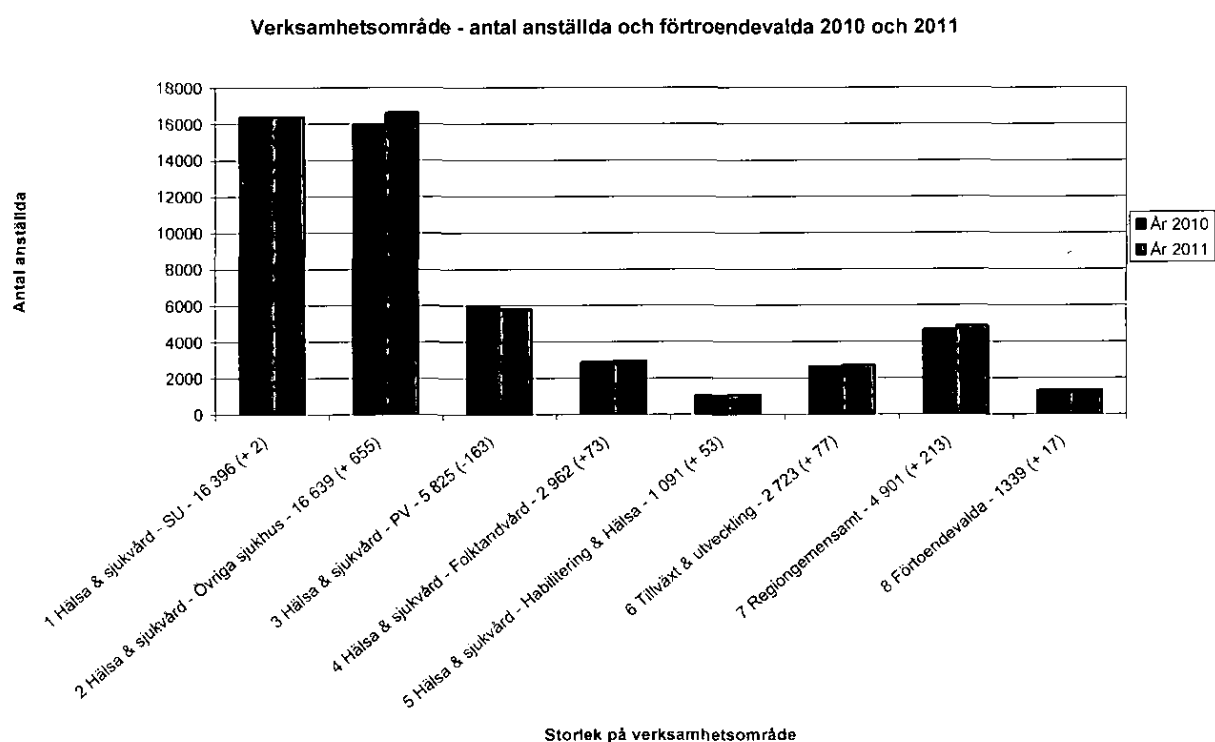


Figur 3 Antal anställda uppdelat på verksamhetsområden

3.9 Anställda per verksamhetsområde 2011 jämfört med 2010

Antal anställda i VGR 2011 har ökat med 910 anställda jämfört med 2010. Till detta tillkommer förtroendevalda och ersättare som 2011 jämfört med 2010, ökat från 1 322 till 1 339 personer. Sjukhusen med undantag för SU svarar för den största antalsmässiga ökningen (+ 655) av antalet anställda mellan de två åren. Utöver SU, som ökat antal anställda med endast 2 personer, utmärker sig Primärvården som minskat antalet anställda med 163 personer 2011 jämfört med 2010.

De regiongemensamma verksamheterna, inkl regionkansliet, har ökat antalet anställda med 213 personer vilket innebär en ökning med 4,54 %. Figur 4 illustrerar förändring av antalet anställda och förtroendevalda inom olika verksamhetsområden. SU dominerar som största enskilda aktör och har i princip oförändrat antal anställda 2011 jämfört med 2010. Övriga sjukhus har ökat antal anställda med 655 personer under samma period.

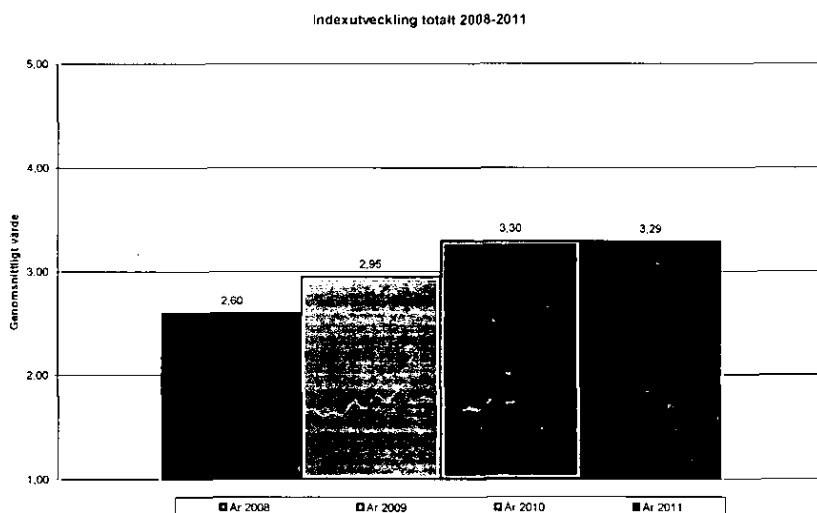


Figur 4 Förändring av antal anställda inom olika verksamhetsområden

4 Utveckling av säkerhetsindex 2008-2011

4.1 Förändring av totalt säkerhetsindex 2008-2011

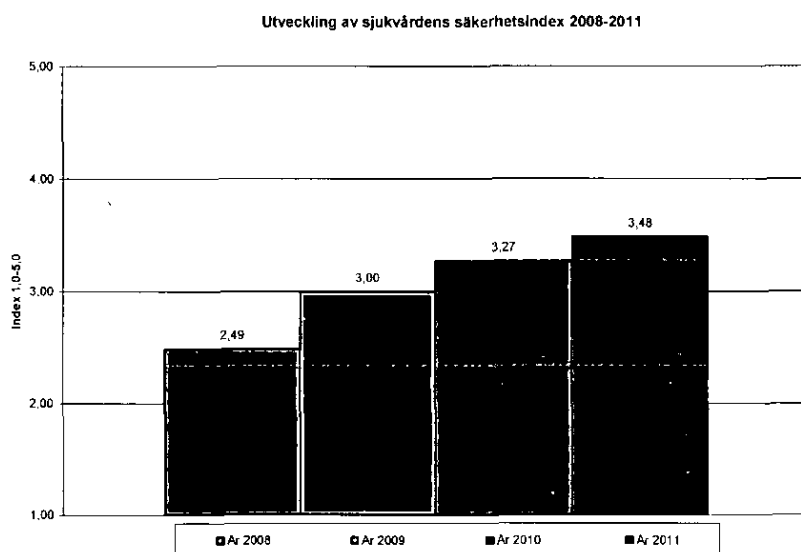
Figur 5 illustrerar att säkerhetsindex¹¹ för 2011 (3,29) ligger i nivå med 2010 (3,30). Oförändrat index för 2011 kan förklaras med att 10 verksamheter/förvaltningar varav 5 inom hälso- och sjukvård redovisat lägre värde inom områden avvikelshantering, kostnadsredovisning och utbildning och verksamheter tillväxt och utveckling redovisat högre index.



Figur 5 Indexutveckling för alla områden 2008-2011

4.2 Förändring av sjukvårdens säkerhetsindex 2008-2011

Figur 6 visar förändring av säkerhetsindex för hälso- och sjukvårdens utförare (15 verksamheter) under perioden 2008-2011. Index bygger på summan av bedömning 1-5 inom 11 säkerhetsområden.

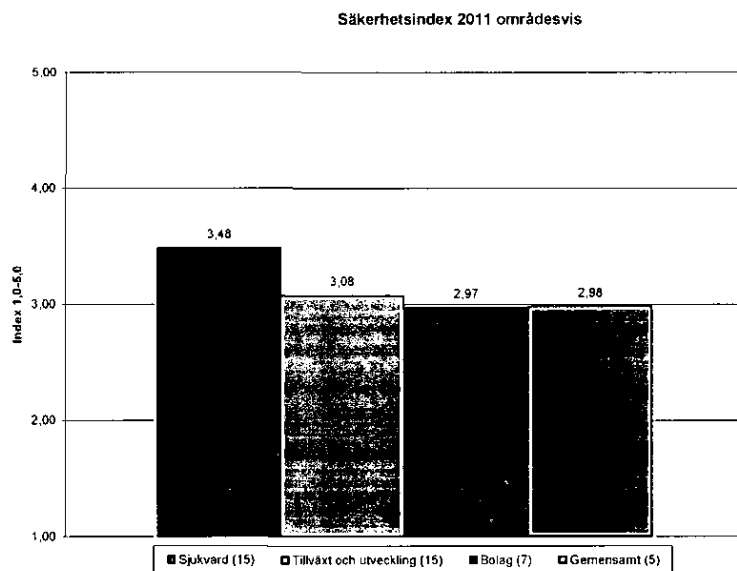


Figur 6 Utveckling av hälso- och sjukvårdens index för säkerhet 2008-2011

¹¹ Säkerhetsindex är ett tal mellan 1,0 och 5,0 och är ett värde 1-5 i redovisningsmallen.

4.3 Jämförelse av säkerhetsindex områdesvis 2011

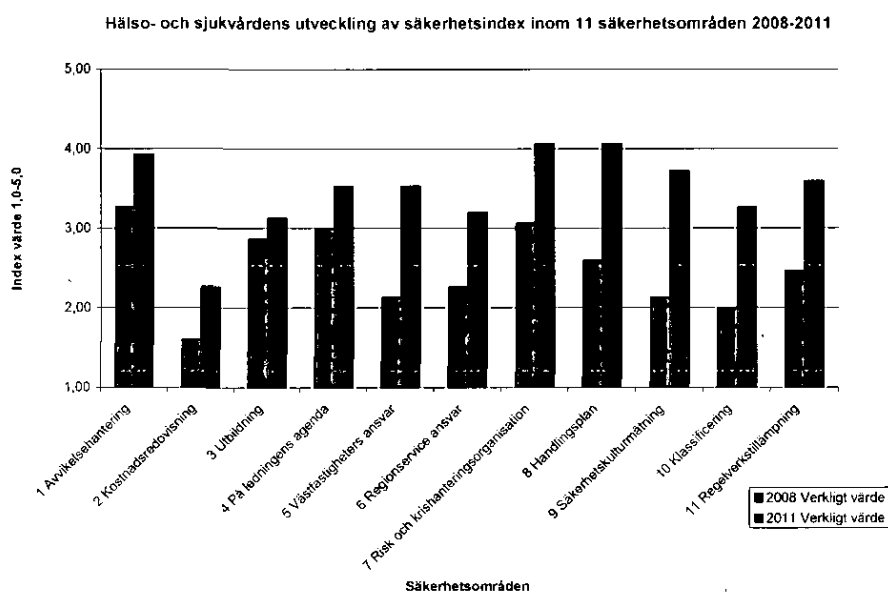
Figur 7 är en jämförelse av säkerhetsindex uppdelat i områdena sjukvård med 15 utförarförvaltningar 3,48 (3,42), tillväxt och utveckling med 15 förvaltningar/verksamheter 3,08 (2,76), 7 bolag 2,97 (3,01) och 5 regiongemensamma verksamheter 2,98 (2,94). Siffran inom parantes avser index för 2010.



Figur 7 Jämförelse av säkerhetsindex 2011 mellan olika områden

4.4 Förändring av sjukvårdens index inom 11 säkerhetsområden under 2008-2011

Figur 8 illustrerar att sjukvårdens utförarförvaltningar haft en stark utveckling av säkerhetsindex inom 11 säkerhetsområden sedan 2008. Samlat index för dessa 11 säkerhetsområden har ökat från 2,49 för 2008 till 3,48 för 2011. Kostnadsredovisning, med index 2,27, är ett fortsatt svagt säkerhetsområde och det finns förbättringspotential i förmågan att beräkna kostnader för oönskade händelser inom sjukvården.



Figur 8 Förändring av index inom 11 säkerhetsområden 2011 jämfört med 2008



4.5 Förändring av index inom området Tillväxt och utveckling 2008-2011

För området Tillväxt och utveckling exkl. hel- och delägda bolag uppgår index till 3,08 för 2011 jämfört med 2,76 för 2010. Det har skett en positiv utveckling av index sedan 2008 då index var 2,24. För 2011 redovisar dock utförarverksamheterna Naturbruk, Grebbestad folkhögskola, Billströmska folkhögskolan och Kultur i Väst lägre index än för 2010.

Dalslands folkhögskola har med 3,73 redovisat högst index inom området och samma index som redovisade för 2010. Lägst index för 2011 redovisar Kulturnämnden och dess sekretariat med 2,36 och Västarvet med index 2,45.



4.6 Förändring av index för regionens 7 bolag

Regionen har sju hel- och delägda bolag och dessa är; GöteborgsOperan, Göteborgs Symfoniker AB, Film i Väst, Västsvenska Turistrådet AB, Sahlgrenska International Care AB (SICAB), Regionteater Väst AB och Västtrafik AB. För 2011 redovisar bolagen ett genomsnittligt index om 2,97 vilket är något lägre värde jämfört med 2010 då det genomsnittliga värdet låg på 3,01. En förklaring är att Symfonikerna och SICAB redovisat lägre värde för 2011 än tidigare år.

GöteborgsOperan och Västtrafik har etablerat krishanteringsorganisation med upprättade handlingsplaner. I en revisionsrapport¹² från 2011 bedöms att dessa bolag uppnår en relevant säkerhetsnivå.

GöteborgsOperan har med 3,73 redovisat högst index inom området och en ökning jämfört med 2010 då index 2,55 redovisades. Lägst index inom området är Film i Väst AB med 2,36 och SICAB med index 2,55. Det noteras att bolagen under 2011 inte haft tillgång till regionens nätverk och därmed inte tillgång till regionens styrdokument m.m. kring säkerhetsarbetet som finns på regionens intranät.



4.7 Förändring av index för regiongemensamma verksamheter

Det finns sex regiongemensamma verksamheter och dessa är Västfastigheter, Regionservice, Hälsan & arbetslivet, Regionkansliet, Folkhälsokommittén med dess kansli och Patientnämnderna med tillhörande kansli. Inom dessa verksamheter finns i 4 901 (4 688) personer anställda vilket motsvarar 9,7 % (9,2 %) anställda i regionen. Förtroendevalda för aktuella verksamheter tillkommer. Redovisning från regionkansliet och dess avdelningar saknas för 2011. Säkerhetsindex för övriga fem verksamheter inom det regiongemensamma området är 2,98 och är en mindre ökning av index jämfört med 2010 då index var 2,94. Hälsan & arbetslivet redovisar 3,45 vilket är högst index inom området och Västfastigheter redovisar med 2,45 vilket är lägst index inom området.



4.8 Högst säkerhetsindex 2011

Topplistan för de verksamheter som har högst index 2011 ser ut på följande vis. Siffror inom parentes anger placering 2010.

- 1:a med index 4,27 är SÄS (2:a med index 4,00 för 2010)
- 2:a med index 4,18 är NU-sjukvården (index 3,36 för 2010)
- 3:a med index 4,00 är SkaS (index 3,18 för 2010)

På fjärde plats landar Angereds Närsjukhus med index 3,82 tätt följd av Operan, Frölunda specialistsjukhus och Dalslands folkhögskola med index 3,73.

¹² Granskning av revisionsenheten avseende "Säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens hel- och delägda bolag. dnr: Rev 22-2011

5 Utveckling inom 11 säkerhetsområden 2008-2010

Svar från 53 verksamheter på de 11 frågorna, kring det lokala säkerhetsarbetet och tre frågor om åtgärder som vidtagits för att minska risker och sårbarheter, utgör grunden i denna rapport. De särskilda årsvisa måltalen för 11 säkerhetsområden har följts upp sedan 2008 och finns i Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen 2008-2011. Frågornas utformning framgår av rapporteringsmallen som återfinns i bilaga 1. Underlaget till de 11 frågorna är hämtade från de 7 strategiska målen och tillhörande 12 styrmål i den regionala strategin för säkerhetsarbetet.

Följande diagram redovisar måluppfyllelse för hälso- och sjukvårdens 15 utförare i relation till regionens alla förvaltningar/verksamheter. Måltalet är procent av antal verksamheter och framgår i varje diagram. När gult (3) eller grönt (4-5) redovisats räknas målet som uppfyllt eller på väg att uppfyllas

- Gult/Ok = 3,0. Vi är på gång att nå våra mål. Vi är på rätt väg.
- Ljusgrönt/Bra = 4,0. Vi bedömer att vi når våra mål.
- Mörkgrönt/Utmärkt = 5,0. Vi överträffar våra mål. Våra resultat är utmärkta

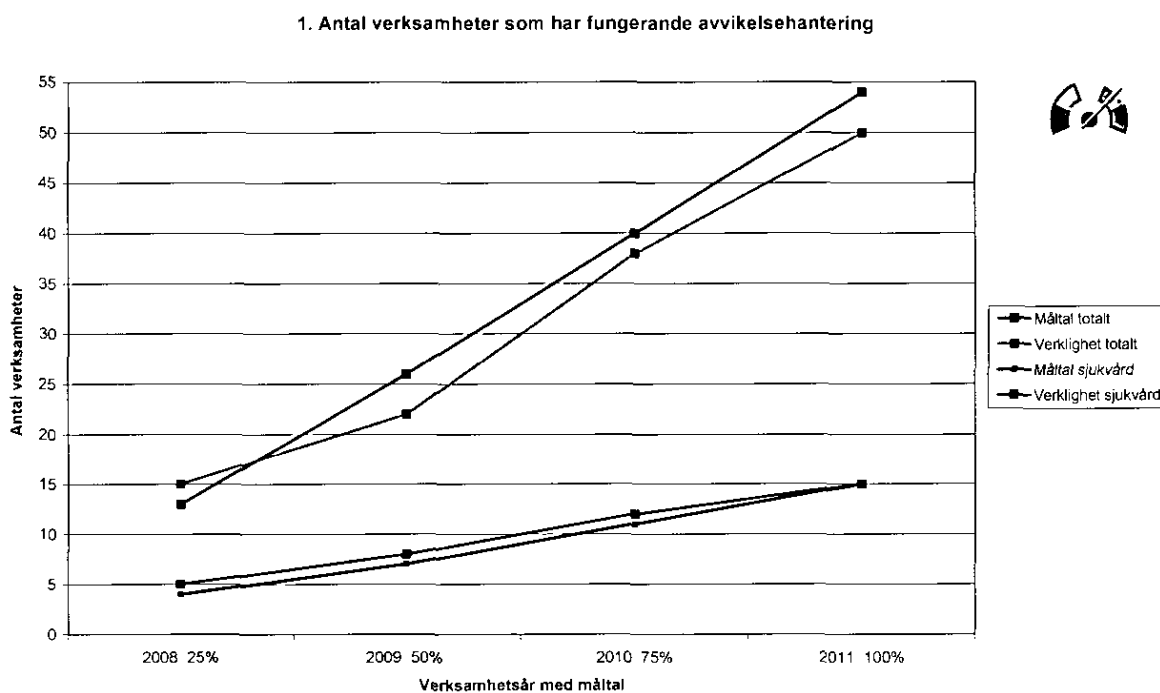
Efter varje fråga anges vilket strategiskt mål som är kopplat till frågan/styrmålet.

5.1 Fråga 1 - Hur många har en fungerande avvikelserapportering?

Mål 1 Att förebygga mänskligt lidande, skador, skadeverkningar och kostnader förorsakade av förluster, kriser och oönskade händelser.

Måltal 100 % för hälso- och sjukvård har uppnåtts med index 3,93. Genomsnittligt index för totalt är 3,57 och innebär att 93 % av alla förvaltningar/verksamheter har en fungerande avvikelshantering.

Måltal för hälso- och sjukvård har uppnåtts och måltal för totalt har nästan uppnåtts när svar på nivå 3 (gult) räknas med, se vidare figur 9.



Figur 9 Andel verksamheter som har fungerande avvikelshantering

5.2 Fråga 2 - Redovisas kostnader för oönskade händelser till förvaltningsledningen?

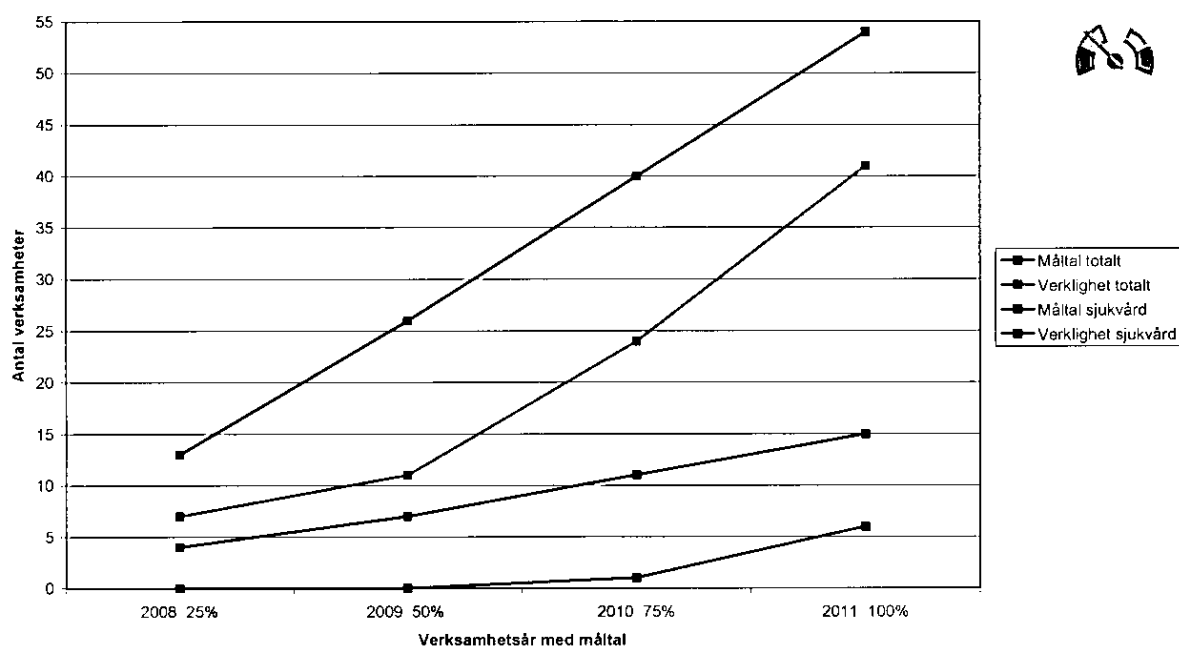
Mål 1 Att förebygga mänskligt lidande, skador, skadeverkningar och kostnader förorsakade av förluster, kriser och oönskade händelser.

Att följa antal verksamheter som redovisar kostnader för oönskade händelser är en del i det förebyggande arbetet under devisen "ingen spaning ingen aning". Kostnadsredovisning är ett fortsatt svagt säkerhetsområde och det finns förbättringspotential i förmågan att beräkna kostnader för oönskade händelser inom sjukvården.

Index för hälso- och sjukvård är 2,27 och SU, Alingsås lasarett, Primärvården Södra Älvsborg och Habilitering & Hälsa redovisar rött (1) på denna fråga vilket innebär att man är långt från att nå målet och att mycket arbete återstår. En förklaring till att målet inte har uppnåtts är att det saknas tillämpning av metod för hur kostnader ska beräknas. Genomsnittligt index för måltal totalt uppgår till 3,13.

Måltal för hälso- och sjukvård och måltal totalt har inte uppnåtts även om svar på nivå 3 (gul) räknas med, se vidare figur 10.

2. Antal förvaltningar som redovisar kostnader för oönskade händelser



Figur 10 Andel verksamheter som redovisar kostnader för oönskade händelser

5.3 Fråga 3 – Är behovet av personer utbildade i riskanalys, sårbarhetsanalys eller händelseanalys tillgodosett?

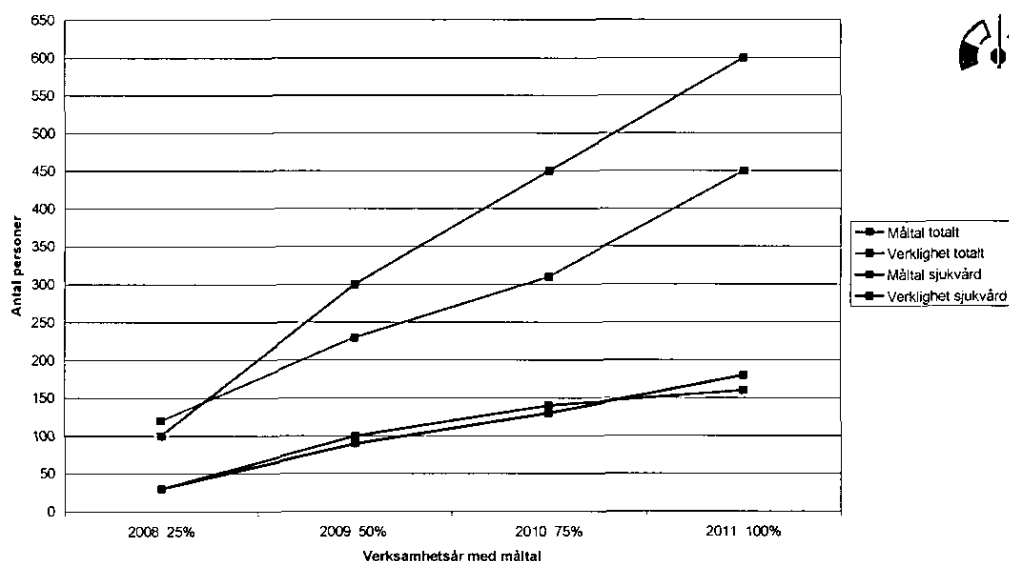
Mål 1 Att förebygga mänskligt lidande, skador, skadeverkningar och kostnader förorsakade av förluster, kriser och oönskade händelser.

Att följa antalet verksamheter som har tillgodosett behovet av utbildade personer i risk- och sårbarhetsanalys eller händelseanalys är en del i övergripande mål 1.

Mål för 2011 är att 600 personer är utbildade och hälso- och sjukvårdens verksamheter redovisar ett index om 3,13 och totalt genomsnittligt index för alla förvaltning/verksamheter uppgår till 3,02.

Måltal för hälso- och sjukvård och måltal totalt har inte uppnåtts även om svar på nivå 3 (gul) räknas med, se figur 11.

3. Utbildade personer i riskanalys (RSA), sårbarhetsanalys eller händelseanalys (HA)



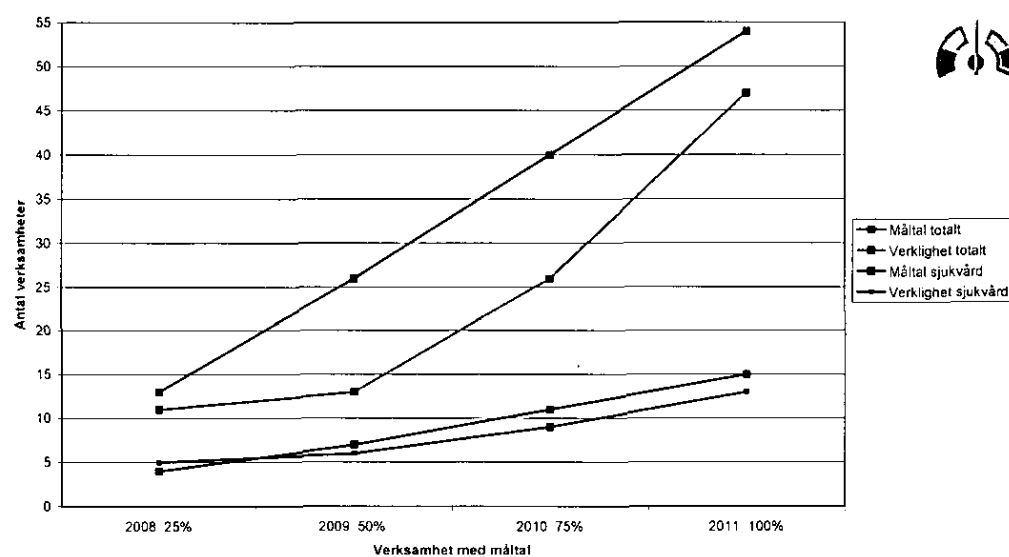
Figur 11 Andel verksamheter som redovisar att utbildningsbehovet är tillgodosett vad gäller RSA m.m.

5.4 Fråga 4 – Har förvaltnings- bolagsledning säkerhetsfrågorna regelbundet på agendan?

Mål 2 Att säkerhetsarbetet i regionens verksamheter blir en ledningsfråga och kopplas till en tydlig beslutsordning

Hälso- och sjukvård redovisar index 3,53 för 2011 och Alingsås lasarett och Primärvård Skaraborg redovisar lägre indextal än övriga inom gruppen. Index för totalt uppgår till 3,40 och är i princip oförändrat jämfört med 2010. Även om svar på nivå 3 (gul) räknas med har inte måltal för hälso- och sjukvård och måltal totalt uppnåtts, se vidare figur 12.

4. Antal förvaltningar som har säkerhetsfrågorna regelbundet på agendan



Figur 12 Andel verksamheter som har säkerhetsfrågorna regelbundet på sin agenda

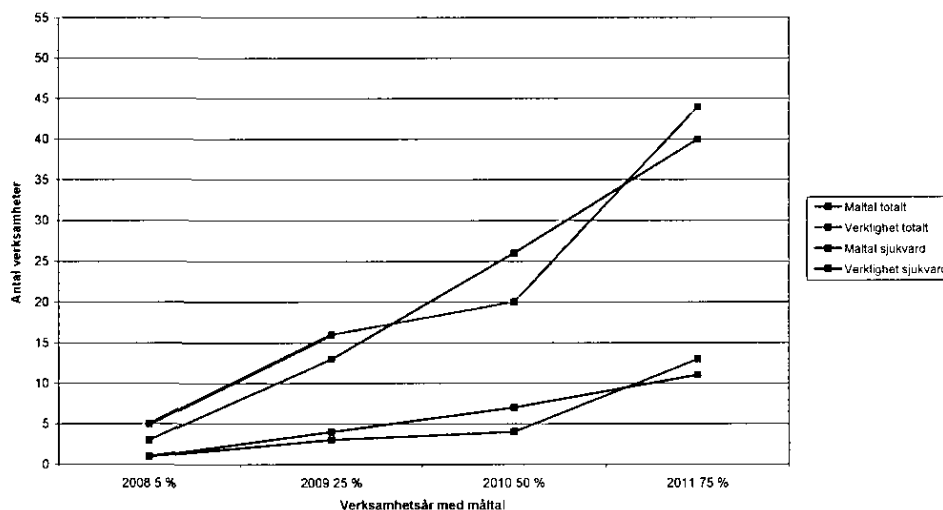
5.5 Fråga 5 – Har Västfastigheter fått ett utökat ansvar för säkerhetsanläggningar?

Mål 3 Att Västfastigheter ansvarar för fastighetsbunden teknisk säkerhet (ex.vis tekniska skyddsåtgärder avseende brand, inbrott, kameraövervakning m.m.) sam kontinuiteten och säkerheten i mediaförsörjningen till verksamheten (ex vis; el, vatten, värme, gas m.m.) i regionens och så långt det är möjligt i externt hyra lokaler.

Måltal för 2012 är att 75 % av alla förvaltningar gett Västfastigheter ett utökat ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar. Index för hälso- och sjukvården är 3,53 jämfört med 3,13 för 2010 och för alla förvaltningar/verksamheter är totalt index 3,57 jämfört med 3,28 för 2010. Totalt har 24 förvaltning eller verksamheter redovisat svar på nivå 4 och 5 varav 7 inom hälso- och sjukvård avseende 2011. För 2010 var motsvarande tal 20 varav 4 inom hälso- och sjukvård.

Måltal för 2011 har uppnåtts när svar på nivå 3 (gul) räknas med, se vidare figur 13.

5. Västfastigheters ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar



Figur 13 Andel verksamheter som har gett Västfastigheter ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar

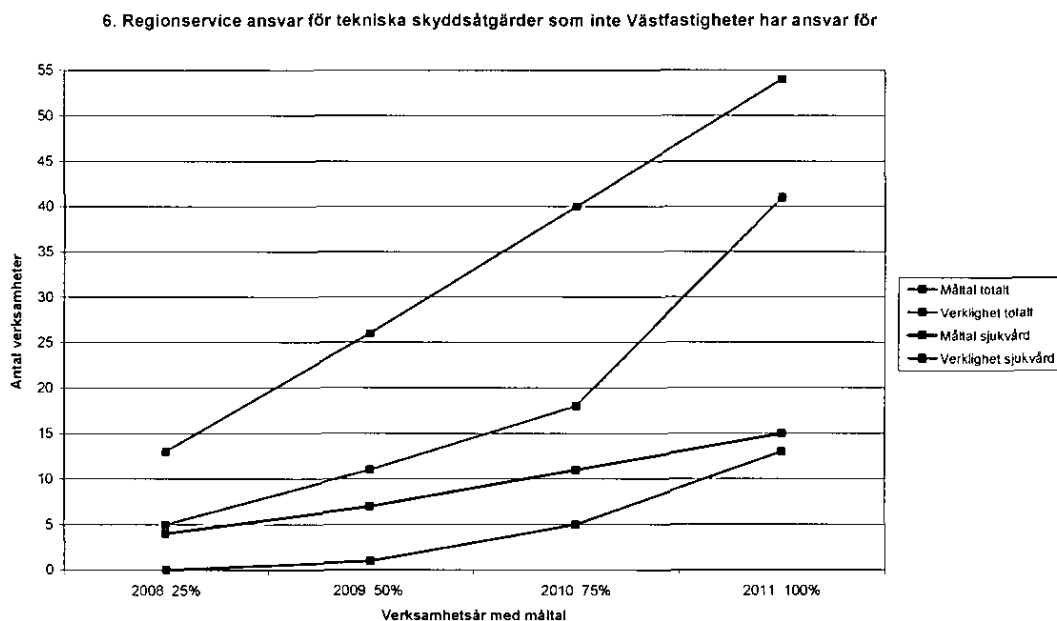
5.6 Fråga 6 – Har Regionens service ansvar för tekniska skyddsåtgärder?

Mål 4 Att Regionens service ansvarar för tekniska skyddsåtgärder och kontinuiteten, som inte Västfastigheter har ansvar för, i regionens och så långt det är möjligt, i externt hyrda lokaler, ex vis inom IT-området.

Alla regionens förvaltningar och/eller verksamheter kan ge Regionens service ansvar för tekniska skyddsåtgärder som inte Västfastigheter ansvarar för. Ensamt styrmål för mål 4. Redovisade svar från 53 verksamheter visar att överlåta och förändra ansvar är en komplicerad och tidskrävande process mellan berörd verksamhet och Regionens service.

Måltal för 2012 är att Regionens service har ansvar för alla verksamheter tekniska skyddsåtgärder som inte Västfastigheter har ansvar för. Index för hälso- och sjukvården är 3,20 jämfört med 2,93 för 2010 och för alla verksamheter är totalt index 3,34 jämfört med 3,02 för 2010. Totalt har 22 verksamheter redovisat svar på nivå 4 och 5 varav fyra inom hälso- och sjukvård avseende 2011. För 2010 var motsvarande tal 18 och 4 (oförändrat) för hälso- och sjukvård.

Måltal för 2011 har inte uppnåtts även när svar på nivå 3 (gul) räknas med, se vidare figur 14.



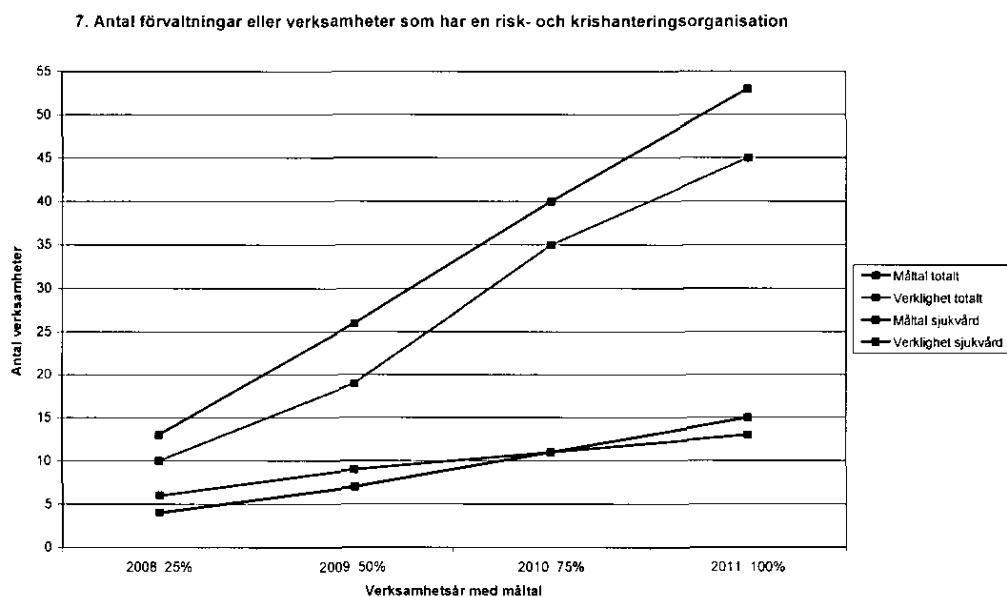
Figur 14 Andel verksamheter där Regionservice har ansvar för tekniska skyddsåtgärder

5.7 Fråga 7 – Har förvaltningen en risk- och krishanteringsorganisation?

Mål 5 Att alla förvaltningar etablerar en ändamålsenligt risk- och krishanteringsorganisation och upprättar handlingsplaner för att uppnå en relevant säkerhetsnivå.

Totalt index för 2011 uppgår till 3,64 jämfört med 3,58 för 2010. Hälso- och sjukvårdens utförare ligger i topp med index 4,07 jämfört med 3,67 för 2010. Totalt har 35 verksamheter redovisat svar på nivå 4 eller 5 varav 13 är utförare inom hälso- och sjukvården.

Måltal för 2011 har inte uppnåtts även när svar på nivå 3 (gul) räknas med, se vidare figur 15.



Figur 15 Andel verksamheter som har en risk- och krishanteringsorganisation

5.8 Fråga 8 - Hur många har en handlingsplan för säkerhetsarbetet fastställd av nämnd/styrelse?

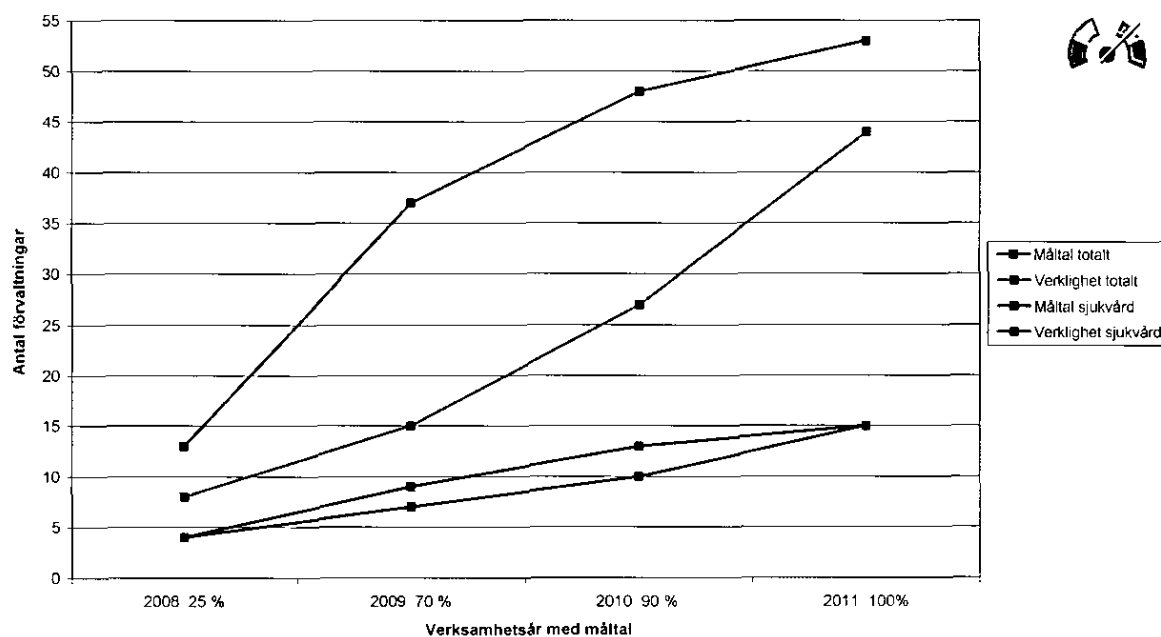
Mål 5 Att alla förvaltningar etablerar en ändamålsenligt risk- och krishanteringsorganisation och upprättar handlingsplaner för att uppnå en relevant säkerhetsnivå.

Handlingsplan för säkerhetsarbetet är en utgångspunkt i det systematiska säkerhetsarbetet och ska beskriva roller, ansvar, risk- och krishanteringsarbetet och hur ansvariga kommunicera en kris eller en oönskad händelse.

Totalt index för 2011 uppgår till 3,40 jämfört med 3,45 för 2010. Hälso- och sjukvårdens utförare ligger i topp med index 4,07 jämfört med 3,67 för 2010. Totalt har 35 verksamheter redovisat svar på nivå 4 eller 5 varav 13 är utförare inom hälso- och sjukvården.

Måltal för hälso- och sjukvård har uppnåtts men måltal för totalt har inte uppnåtts när svar på nivå 3 (gult) räknas med, se vidare figur 16.

8. Antal förvaltningar som har handlingsplan fastställd av nämnd/styrelse



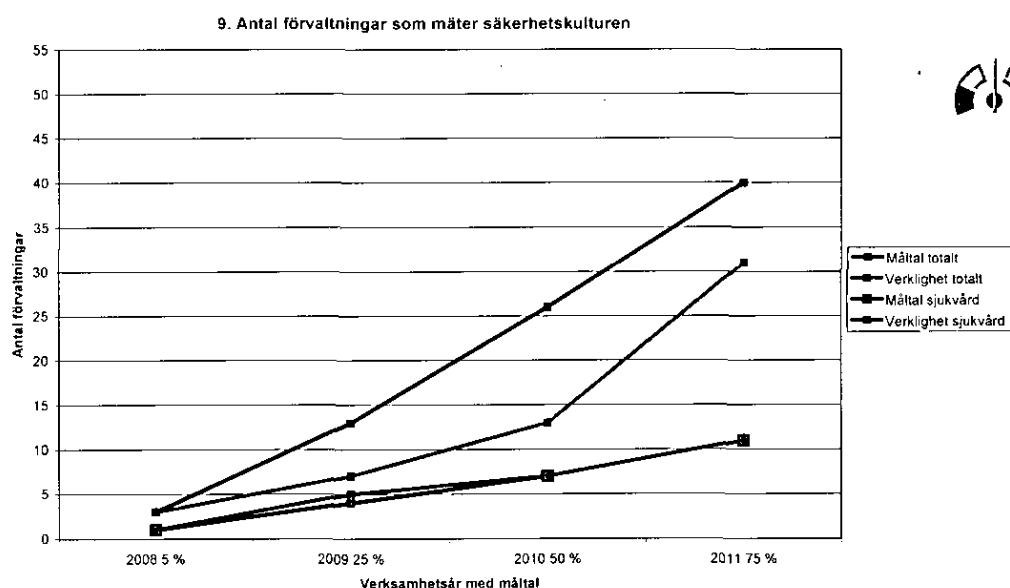
Figur 16 Andel verksamheter som har handlingsplan fastställd av nämnd/styrelse

5.9 Fråga 9 – Genomförs mätningar av säkerhetskulturen?

Mål 6 Att säkerhetskulturen förbättras och utvecklas i våra verksamheter

Totalt index för 2011 uppgår till 2,74 jämfört med 2,72 för 2010. Hälso- och sjukvårdens utförare redovisar ett index om 3,73 jämfört med 3,00 för 2010. Måltal för 2011 är att 75 % av regionens förvaltningar mäter säkerhetskulturen.

Måltal för hälso- och sjukvård har uppnåtts men måltal för totalt har inte uppnåtts när svar på nivå 3 (gult) räknas med, se vidare figur 17.



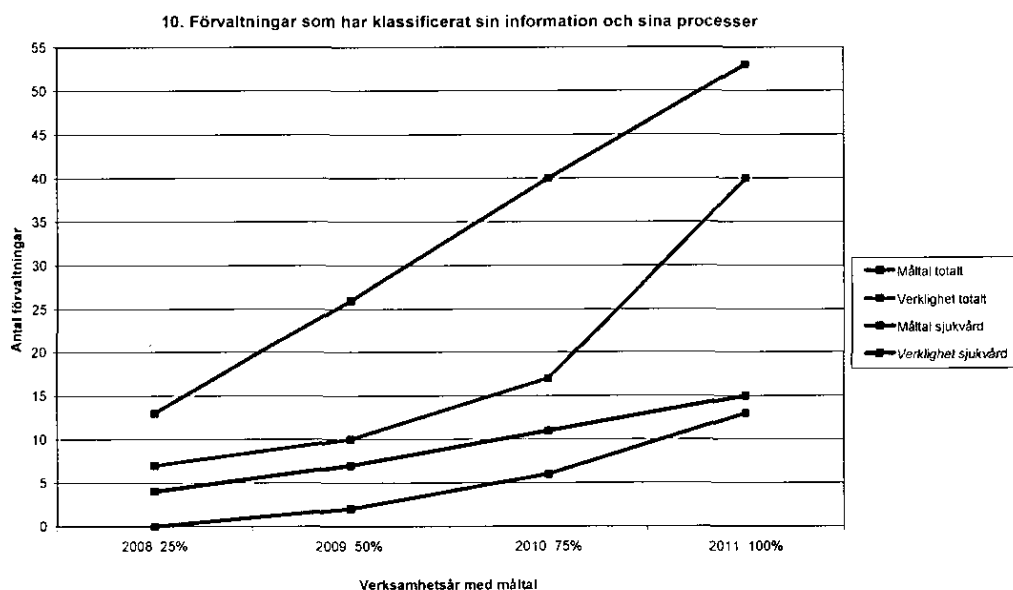
Figur 17 Andel verksamheter som mäter säkerhetskulturen

5.10 Fråga 10 – Är förvaltningsövergripande processer och digitala informationsmängder klassificerade utifrån sekretess, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet?

Mål 7 Att rätt och riktig information når rätt mottagare i rätt tid

Totalt index för 2011 är 3,17 jämfört med 3,08 för 2010. Hälso- och sjukvårdens utförare redovisar ett index om 3,27 jämfört med 3,00 för 2010.

Måltal för hälso- och sjukvård och måltal för totalt har inte uppnåtts även när svar på nivå 3 (gult) räknas med, se vidare figur 18.



Figur 18 Andel verksamheter som klassificerat sina informationsmängder

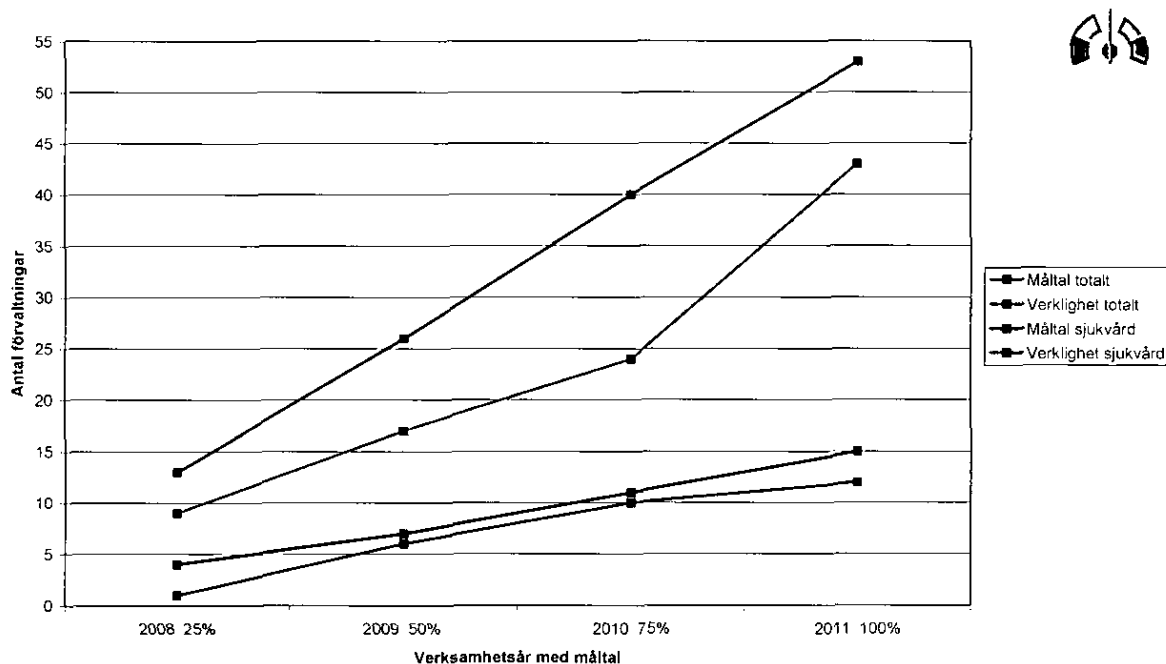
5.11 Fråga 11 – Tillämpas regelverk som beskriver krav på hur IT-stödet ska utvecklas?

Mål 7 Att rätt och riktig information når rätt mottagare i rätt tid

Totalt index för 2011 är 3,25 jämfört med 3,36 för 2010. Hälso- och sjukvårdens utförare redovisar ett index om 3,60 jämfört med 3,53 för 2010. För hälso- och sjukvården redovisar 10 förvaltningar på nivå 4.

Måltal för hälso- och sjukvård och måltal för totalt har inte uppnåtts även när svar på nivå 3 (gult) räknas med, se vidare figur 19.

11. Antal förvaltningar som tillämpar regelverk kring hur IT-stödet ska utvecklas



Figur 19 Andel verksamheter som tillämpar regler för hur IT-stödet ska utvecklas

5.12 Måluppfyllelse måltal och index – en sammanfattning

Följande tabell 3 är en jämförelse mellan verkligt index totalt och verkligt index för utförare inom hälso- och sjukvård. Indexantal kan jämföras med i vilken omfattning som måltal har uppfyllts.

Strategiskt Mål	Fråga	Verkligt index Varav sjukvård	Totalt	Plan	Verkligt måltal 2011	
				Måltal	Varav sjukvård	Totalt
Mål 1	Fråga 1 Avvikelsehantering	3,93	3,57	100%	100%	93%
	Fråga 2 Kostnadsredovisning	2,27	3,13	100%	40%	76%
	Fråga 3 Utbildning	3,13	3,02	600	89%	75%
Mål 2	Fråga 4 På ledningens agenda	3,53	3,40	100%	87%	87%
Mål 3	Fråga 5 Västfastigheters ansvar	3,53	3,57	75%	87%	81%
Mål 4	Fråga 6 Regionservice ansvar	3,20	3,34	100%	87%	76%
Mål 5	Fråga 7 Risk- och krishanteringssorg	4,07	3,64	100%	87%	85%
	Fråga 8 Handlingsplan	4,07	3,40	100%	100%	83%
Mål 6	Fråga 9 Säkerhetskulturmätning	3,73	2,74	75%	73%	58%
Mål 7	Fråga 10 Klassificering	3,27	3,17	100%	87%	75%
	Fråga 11 Regelverkstillämpning	3,60	3,25	100%	80%	81%

Tabell 3 En jämförelse mellan indexantal och måltal

6 Krishanteringsförmåga och informationssäkerhet

6.1 Svar på frågor 1-5 i frågemallen

Följande är en sammanställning av angivna svar på frågor 1-5 kring krishanteringsförmåga och informationssäkerhet

Fråga 1 – svar om RSA har genomförts under 2011

- 62 % av alla verksamheter anger att RSA har genomförts i syfte att förbättra krishanteringsförmågan. 67 % eller 10 av sjukvårdens 15 utförare anger att RSA har genomförts i syfte att förbättra krishanteringsförmågan.
- 51 % av alla verksamheter anger att RSA har genomförts i syfte att förbättra informationssäkerheten. 47 % eller 7 av sjukvårdens 15 utförare anger att RSA har genomförts i syfte att förbättra informationssäkerheten.

Fråga 2 - svar om antal RSA som har genomförts under 2011

- Totalt redovisar verksamheterna att 68 RSA har genomförts för att förbättra krishanteringsförmågan varav hälso- och sjukvårdens utförare svarar för 18 genomförda RSA.
- Totalt redovisar verksamheterna att 52 RSA har genomförts för att förbättra informationssäkerheten varav SU redovisar 8 och övrig hälso- och sjukvård ytterligare 8 genomförda RSA för att förbättra informationssäkerheten.

Fråga 3 – svar om vidtagna granskningar och åtgärder

- 68 % av alla verksamheter har redovisat att åtgärder vidtagits för att förbättra säkerheten vilket innebär att 32 % eller 18 verksamheter har redovisat att inga förbättringsåtgärder genomförts. Av sjukvårdens 15 utförare har 6 verksamheter (Alingsås lasarett, PV Skaraborg, PV Södra Älvsborg, PV Södra Bohuslän, Folk tandvården och Habilitering & hälsa) redovisat att inga förbättringsåtgärder har genomförts.
- Exempel på åtgärder som har genomförts är:
 - RSA och händelseanalyser (HA)
 - övningar
 - ökad kameraövervakning
 - översyn ledningscentraler
 - översyn brandskydd
 - upprätta handlings- och säkerhetsplaner
 - revidering av katastrofplaner
 - säkerhetstillsyn och tillgänglighetsanalyser har genomförts
 - säkerhetskartläggning har genomförts
 - åtgärder kring ökad elevsäkerhet och ytterligare satsningar på kameraövervakning
 - krishanteringsgrupper har bildats för att kontinuerligt följa säkerhetsarbetet

Fråga 4 – svar om åtgärder som påverkat krishanteringsförmågan och informationssäkerheten

- 74 % av alla verksamheter har redovisat att förbättringsåtgärder genomförts som påverkat krishanteringsförmågan. Av sjukvårdens 15 utförare har 12 förvaltningar genomfört åtgärder och verksamheterna PV Skaraborg, PV Södra Bohuslän och PV FyrBoDal har redovisat att inga åtgärder genomförts.
- 69 % av alla verksamheter har redovisat att förbättringsåtgärder genomförts som påverkat informationssäkerheten. Av sjukvårdens 15 utförare har 13 verksamheter genomfört åtgärder och verksamheterna Folk tandvården och Habilitering & hälsa har redovisat att inga åtgärder genomförts.

Fråga 5 - svar om åtgärder som påverkat säkerheten utöver krishanteringsförmågan och informationssäkerheten

- 72 % av alla verksamheter har redovisat att förbättringsåtgärder genomförts som påverkat säkerheten utöver krishanteringsförmågan och informationssäkerheten. Av sjukvårdens 15 utförare har 13 verksamheter genomfört åtgärder och endast PV Skaraborg och Habilitering & hälsa har redovisat att inga åtgärder har genomförts.

6.2 Svar på fråga 6 i frågemallen – krishanteringsförmåga inom 5 områden

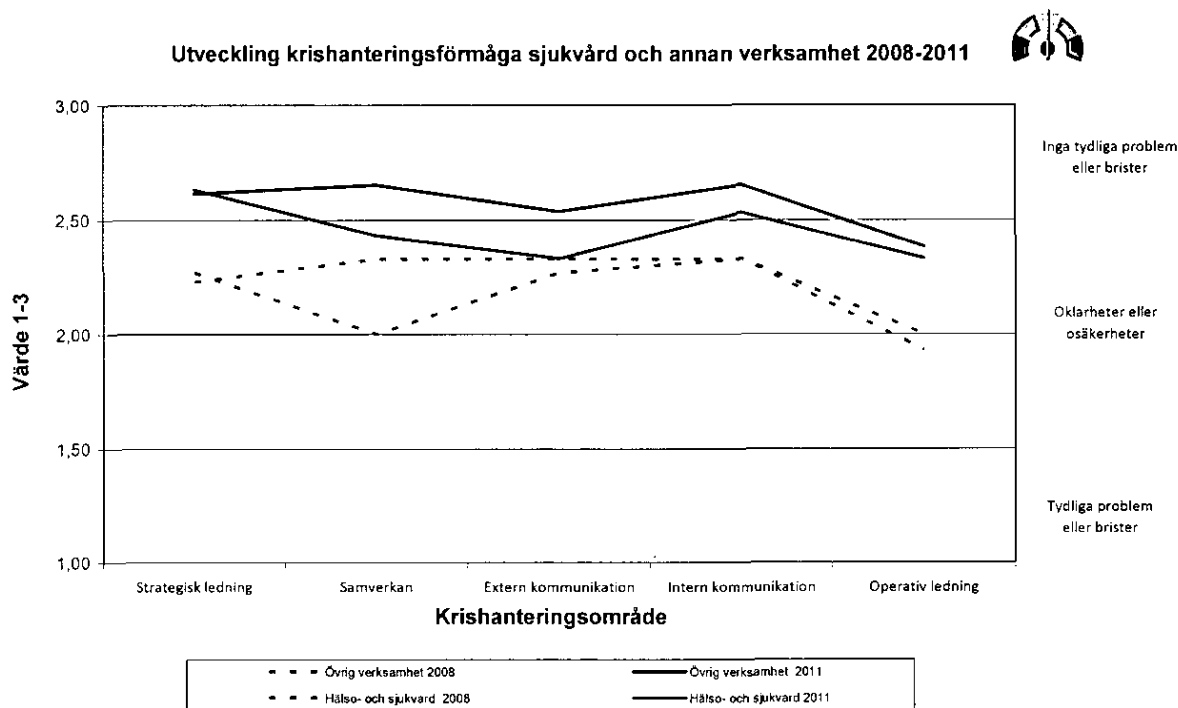
Följande är en sammanställning av angivna svar på fråga 6 kring bedömning av aktuellt läge för krishanteringsförmågan inom 5 områden. Verksamheterna har bedömt sin krishanteringsförmåga inom följande fem områden:

- Strategisk ledning
- Samverkan med andra aktörer
- Extern information/kommunikation
- Intern information/kommunikation
- Operativ ledning

Verksamheterna har bedömt sin krishanteringsförmåga på en tregradig skala:

- 1 = Tydliga brister/problem
- 2 = Oklarheter/osäkerheter
- 3 = Inga tydliga brister/problem

Av figur 20 framgår att alla verksamheter utvecklat förmågan att hantera kriser under perioden 2008-2011. Under rubriken Hälsa- och sjukvård ingår 15 utförarverksamheter och under rubriken Övrig verksamhet finns Tillväxt och utveckling och regiongemensamt, totalt 26 verksamheter. Det finns möjligheter till fortsatta förbättringar av krishanteringsförmågan inom hälso- och sjukvård främst vad gäller extern kommunikation och operativ ledning. Inom övriga verksamheter finns förbättringsmöjligheter främst inom operativ ledning.



Figur 20 Utveckling av krishanteringsförmågan för sjukvårdens utförare och övrig verksamhet

7 Övergripande och gemensamma risker

7.1 Svar på fråga 7 i frågemallen om övergripande och gemensamma risker

Utvecklingen i omvärlden har lett till att säkerhetsarbete och riskhantering blivit allt viktigare för att skapa säkerhet och trygghet i samhället liksom i Västra Götalandsregionens verksamheter. På fråga vilka övergripande och regiongemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser redovisar verksamheterna i huvudsak risker inom följande områden:

- IT-nätverk, IT-avbrott, IT-frågor, (14)
- IT-kommunikation, IT-system, gemensamma servrar och IT-infrastruktur (10)
- Telefoniavbrott (9)
- Störning i elförsörjning
- Vattenbrist eller förorenat vatten
- Journalsystem som kan stängas av efter krav från DI eller SoS
- Samverkan kritisk för e-handel, e-remiss, Pascal, Hamlet m.fl.
- Mediakontakter press, TV radio
- Transportproblem
- Installation av klienter i lokala system som innebär ökade risker
- Kontakt med Regionservice vid en krissituation
- Kvantifiering och prioritering av infrastruktur
- Ingen tydlig standard för Katalog i Väst
- Ny hantering för läkemedelsförsörjning
- Hot- och våldsituationer
- Katastrofplaner
- Flygolyckor, kemiindustrin, tågolyckor, ras vid Göta älv, kärnkraftsolycka
- Rättssäkerhet
- Patienträttigheter
- Kommunikation via mail måste bli säkrare

Vanligaste svar på fråga 7 är någon form av problem inom IT-området och 13 av 15 utförare inom hälso- och sjukvård anger IT som ett riskområde. Totalt 15 aktörer inom Tillväxt & utveckling och regiongemensamt anger dock att inget behöver hanteras.

7.2 Vanligaste övergripande risk handlar om IT

Det är svårt och näst intill omöjligt att gardera sig mot allt som kan hända med vår IT-teknik som alla verksamheter och i synnerhet vården är beroende av. Vi kan öka förmågan att hantera större tekniska missöden som ex.vis strömavbrott och virusangrepp genom fler och smartare IT-säkerhetssystem. Men vi måste också utbilda, öva och göra risk- och händelseanalyser. Vi måste ständigt förbättra våra rutiner så vi klara av oplanerade driftstopp i våra IT-system.

Fysisk säkerhet och IT-säkerhet är väsentliga delar inom området informationssäkerhet. Bristen på samordning och helhetssyn inom området IT-säkerhet har bidragit till kända problem inom IT-området. När det gäller roller och ansvar kopplat till det operativa och strategiska arbetet med regionens IT-säkerhet så behövs utveckling, systematisering, samordning och ökad tydlighet.

Det finns anledning att förvänta sig konstruktiva förändringar inom området IT-säkerhet under 2012 eftersom IT-verksamheten omorganiserats och ny IS/IT-direktör har rekryterats.

8 Personssäkerhet och avvikelser

8.1 Svar på fråga 8-9 i frågemallen om utbildningsinsatser

Under 2011 har det registrerats totalt 865 ärenden/händelser i MedControl som berör personssäkerhet varav 600 avser registrerade inträffade händelser avseende hot & våld. Följande är en sammanställning av svar på fråga 8 om utbildningsinsatser i personssäkerhet har inletts till anställda inom ramen för riktlinjer för personssäkerhet

Fråga 8 – svar om utbildningsinsatser

Totalt redovisar 36 verksamheter (67 %) att utbildningsinsatser i personssäkerhet har genomförts inom ramen för riktlinjer för personssäkerhet. Av hälso- och sjukvårdens utförare har 13 av 15 utförare genomfört utbildningsinsatser.

Fråga 9 – svar om antal personer som fått utbildning

Totalt redovisar 36 verksamheter att 2 540 personer medverkat i personssäkerhetsutbildning varav ca 2 000 personer är personer från hälso- och sjukvården. En stor andel personer som fått utbildning är chefer eller medarbetare som ska vidareutbilda egen personal. Enbart inom SkaS är målet att 4 300 medarbetare ska utbildas av egen utbildad personal. Inom SU ska 400 chefer och fackliga ombud utbilda egen personal.



8.2 Personssäkerhet – en angelägen fråga

Det finns ett personligt ansvar hos oss alla att vi bedriver våra verksamheter på ett säkert och tryggt sätt. Varje dag blir ett antal personer i VGR utsatta för hot och trakasserier och i värsta fall för våld. Som beslutsfattare och i synnerhet som förtroendevald finns det en risk att bli utsatt för otillåten påverkan, hot, våld eller korruption. Våld, hot eller stalking mot medarbetare och förtroendevalda är ett angrepp på regionen och ska förhindras så långt det är möjligt genom förebyggande arbete. Patienter, studerande, besökande, förtroendevalda och personal ska känna sig trygga och säkra i alla regionens lokaler och verksamheter.

En utgångspunkt är att hot och våld inte accepteras i regionens verksamheter. Utifrån de tre perspektiven ”före – under – efter” framgår av riktlinjerna vilka aktiviteter som bör och kan göras i samband med en hot- och våldsituation. En viktig aktivitet för verksamheterna är att det finns nedtecknat åtgärder i en handlingsplan som ska vidtas när medarbetare eller förtroendevalda blir utsatt för hot eller våld. Under 2010 och 2011 har kommunikation och spridning av dessa riktlinjer varit ett viktigt inslag och utgångspunkten har varit att hot och våld mot enskilda medarbetare eller förtroendevald är ett angrepp mot personen, ett angrepp på Västra Götalandsregionen och ytterst ett hot mot demokratin.



8.3 Registrerade avvikelser 2011 i MedControl Pro

MedControl Pro är regionens gemensamma system för registrering och uppföljning av avvikelser (inkl vårdskador) och klagomål. Ambitionen är att alla verksamheter i Västra Götalandsregionen ska redovisa avvikelser i MedControl. Antalet registrerade avvikelser ökar och 2011 registrerades totalt 48 053 avvikelser i MedControl Pro varav 2 688 avser ärenden där vårdskada inträffat.

9 Hälsa- och sjukvård – risker och informationssäkerhet

9.1 Svar på fråga 10a-10f i frågemallen om planer, RSA, IT-rutiner m.m.

Frågorna har riktats och besvarats enbart av 15 utförare inom hälso- och sjukvård. Frågor och svar i det som följer ska ses utifrån Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:14 kring informationshantering och journalföring. Enligt föreskriften ska återrapportering till vårdgivaren omfatta redovisning av genomförda granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse samt riskanalyser och redovisning av genomförda förbättringsåtgärder.

Fråga 10 a – svar om kontinuitetsplaner finns upprättade

- 87 % - totalt redovisar 13 utförare att kontinuitetsplaner finns upprättade på förvaltnings- eller verksamhetsnivå. Endast Angereds närsjukhus och PV FyrBoDal redovisar att kontinuitetsplaner inte finns upprättade.

Fråga 10 b – svar om kända rutiner kring förvaltning av behörigheter

- 100 % - alla utförare redovisar att det finns tydliga och kända rutiner kring förvaltning av behörigheter.

Fråga 10 c – svar om kända rutiner som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott

- 100 % - alla utförare redovisar att det finns tydliga och kända rutiner som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott.

Fråga 10 d – svar om genomförda granskningar i enlighet med säkerhetspolicyn

- 80 % - totalt 12 utförare redovisar att det har genomförts granskningar och/eller skyddsåtgärder av större betydelse i enlighet med säkerhetspolicyn. Alingsås lasarett, PV Södra Bohuslän och Habilitering & hälsa redovisar att inga granskningar eller skyddsåtgärder har genomförts.
- Exempel på granskningar och skyddsåtgärder som redovisats genomförts är:
 - övningar med SSL (Särskild Sjukvårds Ledning)
 - loggranskningar
 - granskning av rutiner för personal med skyddad ID
 - översyn av roller och ansvar inom IS/IT
 - lokala tillämpningsanvisningar för informationssäkerhet
 - LITA utbildning
 - serverkonsolidering

Fråga 10 e – svar om genomförda riskanalyser avseende informationssäkerheten

- 40 % - totalt 6 utförare redovisar att riskanalyser genomförts avseende informationssäkerheten
- Exempel på områden där riskanalyser som genomförts är:
 - IP-telefoni (NU)
 - remiss/svar, kem lab, mikrobiologen, Melior, hjärtjournal (SÅS)
 - RSA kring brister med informationssäkerheten (SkaS)
 - läkemedelsförsörjning (KS)
 - klassificering av sjukhusets IT-system (AS)

Fråga 10 f – svar om genomförda förbättringsåtgärder avseende informationssäkerheten

- 93 % - alla utförare utom Alingsås lasarett redovisar att förbättringsåtgärder genomförts i syfte att förbättra informationssäkerheten.
- Exempel på genomförda förbättringsåtgärder som genomförts är:
 - översyn ledningscentraler och ökad kameraövervakning (SU)
 - ombyggnad datanät enl. beslutad strategi (NU)
 - handlingsplan för säkerhetsarbetet 2012 med fokus klassning av information (SkaS)
 - inrättat grupp för olaga dataintrång och frågor kring PDL (KS)
 - säkerställa att alla har fungerande SITHS-kort (FSS)
 - utbildning av lokala IT-administratörer
 - utbildning sjukvårdsjuridik (inkl. PDL) till verksamhetschefer

10 Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) under 2011

10.1 Förvaltningar har skyldighet att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser

Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser¹³ ställer krav på att risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) ska genomföras. Regionens verksamheter ska analysera vilka extraordinära händelser som kan inträffa och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Syftet med att genomföra RSA är att förbättra förmågan att hantera olika typer av händelser och kriser samt att förbereda sig för en hantering av extra ordinära händelser. För Västra Götalandsregionen innebär detta att varje förvaltning som bedriver samhällsviktig verksamhet ska, utifrån genomförda RSA, vidta åtgärder som stärker krishanteringsförmågan. RSA är också en utgångspunkt när förvaltningar upprättar en samlad kontinuitetsplan för sina verksamheter.

Utöver ansvaret att genomföra RSA har regionen ansvar för att förtroendevalda och anställda får utbildning och övning för att kunna lösa sina uppgifter vid en extraordinär händelse. Lagen om skydd mot olyckor föreskriver att regionen ska ha ett handlingsprogram för förebyggande åtgärder.

Från och med 1 januari 2011 gäller Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) föreskrifter om kommuners och landstings risk och sårbarhetsanalyser (MSBFS 2010:6). I föreskriften anges att kommuner och landstingen årligen ska inrapportera det sammanställda resultatet utifrån identifierade risker och särskilt viktiga resurser som kommuner och landsting kan disponera för att hantera extraordinära händelser.

Se vidare regionens hemsida (Insidan) under rubrik Krisberedskap och säkerhet. Ytterligare lagar och föreskrifter finns samlade på MSB:s hemsida, www.msb.se.

10.2 Analysmetoden i VGR

Västra Götalandsregionen använder sig bl. a av MVA -metoden (Mångdimensionell verksamhetsanalys) i det regionövergripande analysarbetet. MVA -metoden är en processinriktad metod för att analysera organisationers och verksameters sårbarhet i ett brett perspektiv. Metoden innebär att organisationer och verksamheter bedömer hur sårbara de är mot oönskade händelser samt ett stöd i arbetet att ta fram underlag till förbättringar.

10.3 Genomförda risk- och sårbarhetsanalyser under 2011

Förutom förvaltnings- och verksamhetsspecifika risk- och sårbarhetsanalyser har Säkerhetsstrategiska enheten ansvarat genomförande av regional risk- och sårbarhetsanalys i enlighet med MSBFS 2010:6. Genomförande och efterföljande analys har baserat sig på:

- Västra Götalandsregionens förvaltningars/bolags inventering och gradering av identifierade och värderade risker, sårbarheter samt kritiska beroenden
- Genomförd regional risk- och sårbarhetsanalys utifrån scenario kärnkraftshaveri med efterföljande el-bortfall

Efter godkännande i regionstyrelsen skickas rapporten till Socialstyrelsen med kopia till Länsstyrelsen i Västra Götaland och Myndigheten för samhällsskydd och Beredskap. Rapporten tas fram i samverkan mellan samhällsviktiga förvaltningar och bolag.

¹³ Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap och Lag (2003:788) om skydd mot olyckor

10.4 Förmågan är god men har vissa brister

De inrapporterade svaren och genomförd regional risk- och sårbarhetsanalys (Kärnkraftsolycka) visar på att Västra Götalandsregionens förmåga att hantera inträffad eller hotande extraordinär händelse i huvudsak är god, men har vissa brister avseende:

- möjlighet till omlokalisering av samhällsviktiga verksamheter till annan plats
- osäkerhet vad gäller lagerhållning av läkemedel, kost, material etc.
- osäkerhet avseende kontinuitetsplanering för IT/teleavbrott
- tillgång till reservkraft utanför sjukhusen
- tillgång till reservvatten vid avbrott/förorening
- övningsverksamhet

10.5 Resultat av åtgärder utifrån genomförda analyser

Det fortsatta arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser har bidragit till att fler förvaltningar inlett/fortsatt arbetet med att utveckla formerna för risk och krishantering enligt följande:

- revidering av kris/katastrofplaner
- etablering av olika former av risk- och krishanteringsråd
- inrättande av ”lokal tjänsteman i beredskap” (L-TiB)
- genomförande av ytterligare risk och sårbarhetsanalyser inom egen förvaltning
- framtagande av regional krishanteringsplan
- framtagande av regional kriskommunikationsplan
- framtagande av regiondirektörens krisledningsstöd

10.6 RSA-aktiviteter ökar säkerheten

Det har genomförts fler RSA i regionens verksamheter under 2011 jämfört med tidigare år. Dessa RSA är utgångspunkt i analys av förmågan att upprätthålla och bedriva sin verksamhet när oönskade händelser inträffar, d.v.s. en aktivitet i arbetet med en kontinuitetsplan. Att känna till sina risker, arbetsprocesser och vad som är skyddsvärt är grunden i arbetet med att upprätta en kontinuitetsplan som beskriver hur arbetet ska bedrivas och upprätthållas oavsett vad som inträffar.

Sammantaget handlar säkerhetsarbetet om hantering av risker och mer resiliens¹⁴ vilket innebär en ökad förmåga att motstå och återhämta sig från störningar som påverkar säkerheten och driften av verksamheten. I sjukvården handlar säkerhetsarbetet om att öka säkerhet och trygghet för patienter och personal på sådant sätt att antalet undvikbara vårdskador minskar. Det finns ett samband mellan personalens säkerhet och trygghet och patienters säkerhet och trygghet. Sjukvårdens säkerhetsarbete utgår också från förutsättningar och krav som anges i patientsäkerhetslagen¹⁵.

¹⁴ Resiliens innebär här förmåga att motstå och återhämta sig från störningar

¹⁵ Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659

11 Säkerhetsstrategiska enhetens uppgifter och aktiviteter

Säkerhetsstrategiska enheten är en del av regionkansliets administrativa avdelning. Enheten ansvarar för arbetet med riktlinjer och säkerhetsstrategi för regionens säkerhetsarbete samt tillhörande uppföljningsarbete. Enheten förvaltar, föreslår förändringar och anpassar säkerhetspolicy, reglemente, riktlinjer och anvisningar för säkerhetsarbetet med hänsyn till omvärldens förändringar och nya legala krav. Enheten är också ett stöd till regionens förvaltningar i arbetet med utveckling av det lokala säkerhetsarbetet.

I huvudsak arbetar säkerhetsstrategiska enheten utifrån ett före-under-efter perspektiv inom följande fem huvudområden:

1. Förvaltning av styrdokument och regelverk
2. Revision, kontroll, granskningar och uppföljningar
3. Regionövergripande risk- och sårbarhetsanalyser
4. Bistå förvaltningar med råd, stöd och rekommendationer
5. Omvärldsbevakning

11.1 Säkerhetsstrategiska enhetens aktiviteter 2011

- Flera möten har genomförts med förvaltningarnas representanter för säkerhet och informationssäkerhet i säkerhets- och informationssäkerhetsrådet.
- Säkerhetsutbildning i 7 block tillsammans med Lunds universitet för säkerhetsansvariga i regionens förvaltningar har genomförts 2011 likt 2009 och 2010.
- En särskild utbildning kring informationssäkerhet har påbörjats under 2011 i samverkan med Högskolan i Skövde.
- En särskild förstudie kring LTC (Larm och Trygghetscentraler) har slutförts och avrapporterats till SU under 2011. Förstudien finansierades av MSB. Förstudien har inte rapporterats vidare till regionledningen. Förstudien som tillkom på initiativ av SU handlar om hur ett sjukhus kan öka trygghet och säkerhet för patienter och personal. Logiken med LTC är att ökad säkerhet och trygghet för personalen leder till färre misstag i vården, som i sin tur leder till färre vårdskador, som innebär minskade vårdkostnader och högre vårdkvalitet.
- Arbetet med en reviderad strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen 2012-2015 har tagits fram under 2011.
- Arbetet med sociala risker har fortsatt under 2011
- Löpande råd, stöd och rekommendationer till förvaltningar genom medverkan i operativa säkerhetsarbeten (RSA, händelseanalyser m.m.) på förvaltningsnivå har varit en viktig aktivitet.

11.2 IT-säkerheten

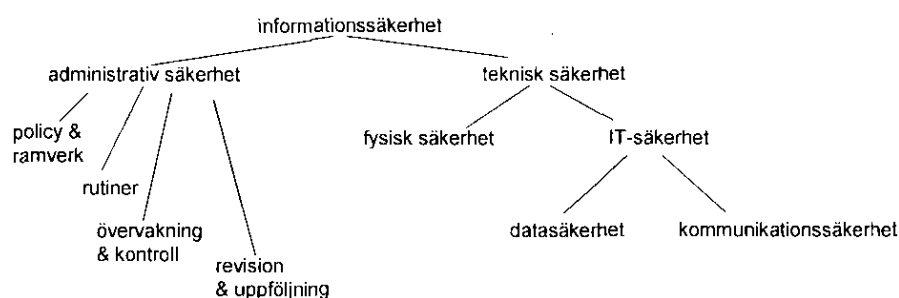
De vanligaste svaren på fråga om vilka övergripande och gemensamma risker som behöver hanteras handlar om problem med IT utifrån olika perspektiv. I svaren på fråga 7 i mallen (bilaga 1) anges problem med exempelvis; gemensamma nätverk, IT-avbrott, IT-frågor, gemensamma servrar, säkerheten i kommunikation av data/information m.m. Problemen är kända och har verifierats internt tidigare och senast i projektet Översyn av IT inom VGR och externt av Socialstyrelsen i granskning som har genomförts 2011. Socialstyrelsen granskade då SU och fem andra större sjukhus i Sverige och identifierade allvarliga brister i IT-säkerheten.

Ansvar för säkerheten inom IT kan utvecklas och effektiviseras. Det finns anledning att förvänta sig en utveckling inom området IT-säkerhet under 2012 eftersom IT-verksamheten omorganiserats och ny IS/IT-direktör har rekryterats.

11.3 Riktlinjer för informationssäkerhet behöver anpassas

Den 23 juni 2009 beslutade RS om reviderade riktlinjer för informationssäkerhet. Dessa riktlinjer är anpassade till patientdatalagen, Socialstyrelsens föreskrifter, SIS-standard och är regionens nya grundnivå för informationssäkerhet. Riktlinjer för informationssäkerhet bör anpassas till regionens nya roller och ansvar i den nya IS/IT organisationen.

Informationssäkerhet kan beskrivas i områdena administrativ och teknisk säkerhet. Området teknisk säkerhet kan i sin tur beskrivas i områdena fysisk säkerhet och IT-säkerhet. Området IT-säkerhet handlar i huvudsak om att skydda informationen i våra IT-system och skydda informationen när den kommuniceras. IT-ansvariga är tillsammans med verksamhetsledningarna, som ansvarar för patientsäkerheten, ansvariga för IT-säkerheten. Se vidare figur 21.



Figur 21 Illustration av begreppet informationssäkerhet

Informationssäkerhet handlar idag om förebyggande arbete, förståelse, öka förmågan att hantera oönskade händelser och att acceptera vissa risknivåer. Informationssäkerheten kan förbättras men absolut säkerhet är i praktiken omöjlig att uppnå. Socialstyrelsens riktlinjer (SOSFS 2008:14) kring informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården är överordnade svenska standarder för informationssäkerhet.

11.4 Regional strategi för säkerhetsarbetet 2012-2015

Förslag till regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens förvaltning/verksamheter för perioden 2012-2015 har tagits fram och kommer efter remisshantering till regionens alla nämnder och styrelse att överlämnas till regionstyrelsen.

11.5 Nya krav och ökade möjligheter ökar också riskerna

Nationella krav och ökade och/eller nya möjligheter att lagra och kommunicera information/data innebär en ökad komplexitet i ett säkerhetsperspektiv. Denna ökade komplexitet innebär att riskerna för att oönskade händelser inträffar ökat har ökat. Ett sätt att möta dessa ökade risker är att arbeta förebyggande och därmed öka sin egen motståndskraft.

Förebyggande arbete är en balansakt mellan å ena sidan ökade krav och effektiviseringar i det dagliga operativa arbetet och å andra sidan ökat antal säkerhetsförebyggande analyser och tillhörande aktiviteter. Inte minst ökade möjligheter med IT och kommunikation av data/information innebär ökade risker som påverkar säkerheten. Lagring av data i s.k. molnlösningar, tillgång till data via smarta telefoner, NPÖ (Nationell patientöversikt) och patienters ökade åtkomst till sin patientjournal innebär stora utmaningar men också nya problem och utmaningar i ett säkerhetsperspektiv. Balansakten innebär att det kan bli både för mycket eller för lite säkerhet om inte säkerhetsinsatserna vägs och står i rimlig proportion till risker, ökad effektivitet, ändamålsenlighet och högre service.

11.6 Krishanteringsplan

Krishanteringsplan för regionen fastställdes av RF den 1 februari 2011. Ett syfte med krishanteringsplanen är att tydliggöra koncernledningens roll och ansvar i händelse av en kris. Enligt krishanteringsplanen ska koncernledningen ha god kunskap om risker och sårbarheter som kan påverka regionens verksamheter.

11.7 Förstudie av LTC – en slutrapport¹⁶

Säkerhetsstrategiska enheten har genomfört en förstudie kring LTC (Larm och Trygghetscentraler) på uppdrag av SU. En slutrapport överlämnades våren 2011 till SU, MSB, regionens stabsledning och serviceförvaltningen. Konceptet från SU med LTC bedömdes så intressant att MSB svarade för finansiering av förstudien.

Förstudien handlar om hur ett sjukhus kan öka tryggheten och säkerheten för patienter och personal. Logiken med konceptet är att ökad säkerhet och trygghet för personalen leder till färre misstag i vården, som i sin tur leder till färre vårdskador, som innebär minskade vårdkostnader och högre vårdkvalitet. Rapporten kommer att överlämnas för kännedom till regionens nya koncernledningsgrupp för hälso- och sjukvård

11.8 Revisionsmodell för ökad säkerhet

En särskild revisionsmodell för säkerhetsrelaterat arbete och säkerhetsrelaterade projekt har tagits fram och kommer successivt att tillämpas i säkerhetsstrategiska enhetens revisionsarbete.

12 Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen godkänner upprättad rapport som redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter under 2011.
2. Regiondirektören får i uppdrag att, efter remiss till regionens nämnder och styrelser, lämna förslag på regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015.
3. Regiondirektören får i uppdrag att utifrån redovisade problem med IT-säkerheten göra en översyn av området informationssäkerhet och återkomma med åtgärdsförslag till regionstyrelsen.
4. Regiondirektören kommunicerar denna rapport kring säkerhetsläget i Västra Götalandsregionen till nämnder, styrelser och bolagsstyrelser i särskild ordning.
5. Regionstyrelsen överlämnar rapporten för kännedom till Socialstyrelsen, MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) och Länsstyrelsen i Västra Götalands län.

¹⁶ Förstudie av LTC – en slutrapport kring Larm- och Trygghetscentral 2011-03-31, dnr RSK 996-2009

2011-08-31


Bilaga 1

Redovisningsmall 1 (RM1) för redovisning av 2011 års säkerhetsarbete till Regionstyrelsen

Säkerhetsarbetet ska revideras varje år inom respektive nämnds, styrelses eller bolags verksamhet enligt punkt 1.8 i ramverk för säkerhetsarbete enligt dnr RSK 636-2006. Resultatet ska redovisas i respektive årsredovisning och till regionstyrelsen enligt mall nedan och tillhörande frågor.

För 2011 gäller att redovisning ska skickas till regionstyrelsen@vgregion.se senast den 13 februari 2012 med hänvisning till dnr RS 518-2011.

Mall för nämndens/styrelsens årliga redovisning till regionstyrelsen

<p>Rött/DÅLIGT: Vi är långt ifrån att uppnå uppsatta mål. Mycket arbete återstår.</p> <p>Orange/VARNING: Vi är inte riktigt nära att nå målen. En hel del arbete återstår</p> <p>Gult/OK: Vi är på gång att nå våra mål. Vi är på rätt väg</p> <p>Ljusgrönt/BRA: Vi bedömer att vi når våra mål.</p> <p>Mörkgrönt/UTMÄRKT: Vi överträffar våra mål. Våra resultat är utmärkta.</p>	 <p>Markera enligt balanserat styrkortsmetodik</p>
1. (Mål 1) Har din förvaltning en fungerande avvikelshantering?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. (Mål 1) Redovisas kostnader för inträffade händelser till förvaltningsledningen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. (Mål 1) Är behovet av personer utbildade i riskanalys, säkerhetsanalys eller händelseanalys tillgodosett?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. (Mål 2) Har förvaltnings-/bolagsledning säkerhetsfrågorna regelbundet på agendan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. (Mål 3) Har Västfastigheter fått ett utökat ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. (Mål 4) Har Regionsservice ansvar för tekniska skyddsåtgärder som inte Västfastigheter ansvarar för (inkl IT-säkerheten)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. (Mål 5) Har förvaltningen en risk- och krishanteringsorganisation (IT, tele, el vatten etc)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. (Mål 5) Finns en handlingsplan fastställd av nämnden/styrelsen för säkerhetsarbetet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. (Mål 6) Genomförs mätningar av säkerhetskulturen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. (Mål 7) Är förvaltnings övergripande processer och digitala informationsmängder klassificerade utifrån sekretess, riktighet, tillgänglighet, spårbarhet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. (Mål 7) Tillämpas regelverk som beskriver regionala krav på hur IT-stödet ska utvecklas i perspektiven verksamhet, informatik, teknik och säkerhet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Krishanteringsförmåga och Informationssäkerhet

Regionstyrelsen rapporterar årligen till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Socialstyrelsen och Länsstyrelsen vilka åtgärder som vidtagits för att minska risker och sårbarheter och därmed förbättrat krishanteringsförmågan inom regionen. Nedanstående ska därför redovisas årligen till regionstyrelsen.

1. Har risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) genomförts under 2011 i syfte att förbättra:
 - a) krishanteringsförmågan Svar: Ja Nej
 - b) informationssäkerheten Svar: Ja Nej

2. Redovisa antal risk- och sårbarhetsanalyser som har genomförts i syfte att förbättra:
 - a) krishanteringsförmågan Svar: Antal _____
 - b) informationssäkerheten Svar: Antal _____

3. Redovisa vilka granskningar, RSA och skyddsåtgärder av större betydelse som har utförts avseende säkerheten och vilka förbättringsåtgärder har vidtagits

Svar: Inget har genomförts

Svar: Följande har genomförts;

4. Har förbättringsåtgärder genomförts under 2011 som påverkat
 - a) krishanteringsförmågan Svar: Ja Nej
 - b) informationssäkerheten Svar: Ja Nej

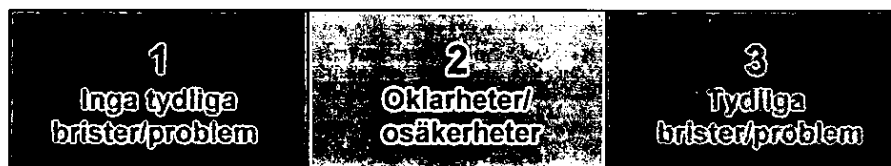
5. Har förbättringsåtgärder genomförts under 2011 som påverkat säkerheten utöver krishanteringsförmågan och informationssäkerheten?

Svar: Ja Nej

6. Bedömning av aktuellt läge för er förvaltning/verksamhets krishanteringsförmåga.

Svar: Använd mallen nedan.

Strategisk Ledning	Samverkan med andra aktörer	Extern information/kommunikation	Intern information/kommunikation	Operativ ledning
Långsiktig planering. Prioritering av resurser. Förtroendefrågor osv.	Andra förvaltningar, kommuner, polis, räddningstjänst etc			I förväg planerad och övad kris/katastrofledning



Övergripande och gemensamma risker

7. Ange övergripande regiongemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränserna inom VGR?

Svar: Inget behöver hanteras

Följande bör hanteras (kortfattad text):

Personsäkerhet

8. Har utbildningsinsatser i personsäkerhet inletts till anställda inom ramen för riktlinjer för personsäkerhet? Svar: Ja Nej
9. Hur många personer har medverkat i personsäkerhetsutbildning inom ramen för riktlinjer för personsäkerhet? Svar: Antal

Hälso- och sjukvård

10. Frågor för verksamheter inom hälso- och sjukvård
- a. Finns kontinuitetsplaner upprättade på förvaltnings- och/eller verksamhetsnivå? Svar: Ja Nej
- b. Finns tydliga och kända rutiner kring förvaltning av behörigheter? Svar: Ja Nej
- c. Finns tydliga och kända rutiner som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott? Svar: Ja Nej

Kompletterande svar till punkterna 1-3 enligt ovan. Enligt SOSFS 2008:14 ska återrapportering till vårdgivaren omfatta granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse, som gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn, samt riskanalyser och förbättringsåtgärder som vidtagits.

- d. Redovisa granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn
- e. Redovisa riskanalyser som har genomförts avseende informationssäkerheten
- f. Redovisa förbättringsåtgärder som har vidtagits avseende informationssäkerheten

SKARABORGS SJUKHUS	
2012 -06- 18	
Dnr	
Enhet	Handl.

Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015

Innehåll

1. Inledning
2. Utgångspunkter för strategin
 - 2.1. Vision och säkerhetspolicy för säkerhetsarbetet
 - 2.2. Helhetssyn på säkerhetsarbetet
 - 2.3. Säkerhetsprocessen
 - 2.3.1. Före
 - 2.3.2. Under
 - 2.3.3. Efter
 - 2.4. Säkerhetskultur
3. Viktiga säkerhetsfrågor
 - 3.1. Patientsäkerhet
 - 3.2. Krishanteringsförmåga
 - 3.3. Informationssäkerhet
 - 3.3.1. Administrativ säkerhet
 - 3.3.2. Teknisk säkerhet
4. Sju strategiska mål med styr- och måltal
 - Mål 1 Förebyggande arbete inkl klassificering av lokaler
 - Mål 2 Säkerhetsarbete är en ledningsfråga
 - Mål 3 Västfastigheter och fastighetsbunden säkerhet
 - Mål 4 Regionservice och administrativa säkerhetstjänster
 - Mål 5 Risk- och krishantering och handlingsplaner
 - Mål 6 Säkerhetskultur och personsäkerhet
 - Mål 7 Rätt och riktig information i rätt tid

1. Inledning

Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter för perioden 2008-2011¹ bygger på utgångspunkter som också är relevanta² för perioden 2012-2015. Denna uppdaterade regionala strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter är anpassad till senare års lagstiftning³, föreskrifter från Socialstyrelsen⁴ och föreskrifter från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)⁵.

I strategin finns som tidigare exempel på aktiviteter och framgångsfaktorer som leder mot sju strategiska mål eller målområden enligt regionens säkerhetspolicy. Till dessa sju målområden finns styr- och måltal som följs upp och redovisas årligen till regionstyrelsen.

Strategin är utformad i samverkan med verksamhetsföreträdare och ska vara ett stöd till verksamheter och deras säkerhetsarbete. Utifrån uppställda målområden i säkerhetspolicy beskriver strategin vägen och hur säkerhetsarbetet i regionens verksamheter är tänkt att fungera och bedrivs under perioden 2012-2015. Strategin är uppbyggd i två delar. Den första delen, kapitel 1-6, är beskrivande och innehåller avsnitt kring vision, utgångspunkter för strategin, patientsäkerhet, informationssäkerhet, risk- och sårbarhetsanalys och innebörden av säkerhetsprocessen. Den andra delen består av kapitel 7 och innehåller 7 strategiska mål eller målområden med aktiviteter, framgångsfaktorer samt 12 st styr- och måltal.

I fortsättningen benämns "Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015" enbart med begreppet Strategin. När begreppet verksamhet används avses både förvaltning och verksamhet. Med begreppen Västra Götalandsregionen eller regionen avses alltid organisationen.

2. Utgångspunkter för strategin

2.1. Vision och säkerhetspolicy för säkerhetsarbetet

Vision och säkerhetspolicy innebär att patienter, studerande, besökande, förtroendevalda, och personal ska vara trygga i regionens lokaler och verksamheter. Människor, egendom och miljö skall på bästa sätt skyddas mot hot och faror som kan innebära olyckor, skador eller förluster. Strategin är en vägbeskrivning i detta arbete.

2.2. Helhetssyn på säkerhetsarbetet

Helhetssyn på säkerhetsarbetet innebär en förståelse för att säkerhetsfrågor skär igenom alla verksamhetsområden och påverkar verksamhetsplaneringen. Säkerhetsfrågor kan beaktas var för sig eller i ett samlat s.k. objektperspektiv vilket ökar komplexiteten. Om objektet är en patient,

¹ Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionen 2008-2011, dnr RSK 636-2006, RS 2008-03-05 och RF 2008-04-11

² Lag (2006:544) om kommuners och landstingsåtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, Lag (2003:778) om skydd mot olyckor och Säkerhetsskyddslag, SFS 1996:627

³ Patientdatalagen (2008:355), Patientsäkerhetslagen (2010:659)

⁴ Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:1 och Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 och Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 (ersätter 2005:12) Socialstyrelsens publikation "God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården" ISBN: 91-85482-05-6,

⁵ MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) föreskrifter om kommuners och landstings risk- och sårbarhetsanalyser, MSBFS 2010:6, beslut den 28 september 2010

elev, besökare, personal eller politiker kan en säkerhetsbedömning bygga på hänsyn till säkerheten inom flera olika områden typ, miljö, brand, IT, administration, juridik och inom området person- och rättssäkerhet.

Säkerheten och kvaliteten i verksamheternas kärnprocesser är beroende av kvaliteten i regionövergripande service och support från driftorganisation för IT, Regionservice och Västfastigheter. Ett systematiskt säkerhetsarbete bygger på att denna service och support fungerar tillsammans med verksamheternas egna krav på hur säkerhetsarbetet ska bedrivas.

Det regiongemensamma säkerhetsarbetet regleras i säkerhetspolicy, reglemente, riktlinjer, anvisningar och instruktioner. På förvaltningsnivå kan det finnas verksamhetsspecifika föreskrifter och instruktioner. I sjukvården kan allt säkerhetsarbete betraktas som direkt eller indirekt patientsäkerhetsarbete.

2.3. Säkerhetsprocessen

En ledstjärna för säkerhetsarbetet är ett enhetligt arbetssätt vilket innebär en säkerhetsprocess där säkerhetsarbetet bedrivs i perspektiven före, under och efter en kris eller oönskad händelse. Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) används för att identifiera tänkbara oönskade händelser, bedöma sannolikheten att det ska hända och vilka konsekvenser det kan få om det händer igen. Att registrera avvikelser från det normala, oavsett om dessa kallas allvariga händelser, tillbud eller incidenter, är centralt i det systematiska säkerhetsarbetet. Se illustration av säkerhetsprocessen, bild 1

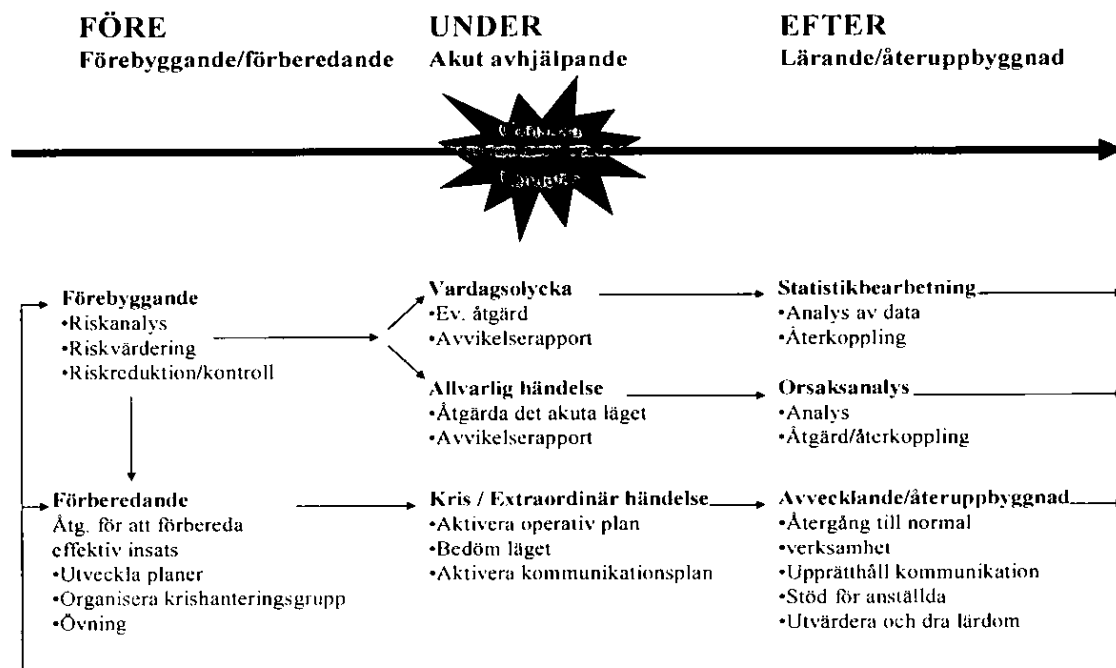


Bild 1 Illustration av säkerhetsprocessen i VGR

2.3.1. Före

Förebyggande säkerhetsarbete innebär riskanalys, riskvärdering och riskreduktion/kontroll av risker. En riskanalys är utgångspunkt i arbetet att förebygga, prioritera och åtgärda orsaker till identifierade risker. I det förberedande arbetet ska åtgärder vidtas som möjliggör en effektiv insats när det oönskade inträffar. Det handlar om att upprätta relevanta handlingsplaner, etablera en risk- och krishanteringsgrupp och genomföra övningar. Verksamheter ska ha en risk- och krishanteringsorganisation som samordnar RSA-arbete med övrigt förebyggande arbete som utförs i enlighet med lagen om skydd mot olyckor⁶ och föreskrift från MSB⁷. Förtroendevalda och personal ska regelbundet få sådan utbildning och övning som behövs för att kunna lösa sina uppgifter när oönskade händelser inträffar.

2.3.2. Under

När en kris, oönskad händelse eller en svår påfrestning inträffar handlar det om åtgärder för att hantera den akuta situationen. Vid en kris bedöms situationen av en krishanteringsgrupp och en operativ krishanterings- och kriskommunikationsplan aktiveras. En kris kännetecknas av att betydande värden står på spel eller hotas, begränsad tid står till förfogande och omständigheterna präglas av betydande osäkerhet.

2.3.3. Efter

Analys av inträffade händelser är grunden för ett lärande vilket i sin tur ger förutsättningar att genomföra åtgärder som förbättra säkerheten. Åtgärder i efterspelet till en kris eller svår påfrestning handlar om återuppbyggnad, återgång till normal verksamhet, upprätthålla kommunikationen, stöd för anställda, utvärdera vad som hända och lära av vad som hände.

2.4. Säkerhetskultur

Säkerhetskulturen påverkas av enskilda medarbetares värderingar och beteenden samt de formella och informella regler som finns i organisationen. En god säkerhetskultur innebär en icke bestraffande kultur och ett lärande av fel och misstag. Fokus är att identifiera hur det är, hur vi kan förbättra säkerheten och hur vi förhindra att inträffade oönskade händelser inträffar igen. En god säkerhetskultur innebär att säkerhetsperspektivet är en självklar del i det dagliga arbetet och en självklar del i ledningens arbete. Det råder god säkerhetskultur när alla anställda har kunskap och förståelse för risker och dess konsekvenser i den egna verksamheten. En god säkerhetskultur bidrar till ökad förmåga att hantera oönskade händelser som ändå inträffar.

Nyckelförd i en god säkerhetskultur är flexibilitet, rättvisa, attityder, beteenden, kommunikation, riskmedvetande och goda arbetsförhållanden.

- En god säkerhetskultur handlar om att alltid rapportera när något blivit fel
- En god säkerhetskultur handlar om organisationens och den enskildes förmåga att lära av fel, misstag och av oönskade händelser som inträffat
- Ett sätt att förbättra säkerhetskulturen är att mäta den, vidta åtgärder och mäta den igen.

⁶ Lag om skydd mot olyckor, SFS 2003:778

⁷ MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) föreskrifter om kommuners och landstings risk- och sårbarhetsanalyser, MSBFS 2010:6, beslut den 28 september 2010

3. Viktiga säkerhetsfrågor

3.1. Patientsäkerhet

För sjukvården är arbetet med patientsäkerhet centralt och en nolltolerans⁸ för vårdrelaterade skador gäller. I egenskap av vårdgivare upprättar Västra Götalandsregionen en årlig samlad patientsäkerhetsberättelse utifrån bestämmelserna i patientsäkerhetslagen⁹ och Socialstyrelsens föreskrift kring Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Regionens samlade patientsäkerhetsberättelse är en sammanfattning av patientsäkerhetsberättelser som upprättas av regionens utförarförvaltningar inom hälso- och sjukvård.

I patientsäkerhetsberättelsen redovisas bland annat inträffade vårdskador, antal tillfällen när vårdskada kunnat inträffa och aktiviteter för ökad patientsäkerhet. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår hur många händelser som har utretts enligt patientsäkerhetslagen, hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga och hur patientsäkerhetsarbetet i övrigt bedrivs.

En stor del av de informationssystem som används inom vården är per definition medicintekniska produkter¹⁰ som kan utgöra ett patientsäkerhetsproblem och särskilt vad gäller kommunikationen mellan olika system. När det gäller samverkan mellan säkerhetsfrågor och frågor kring patientsäkerhet är strävan att föra samman de mer allmänna säkerhetsfrågorna med det som av tradition betraktats som patientsäkerhetsfrågor även om det inte handlar om medicinsk säkerhet. Det står ju idag klart att brister inom t.ex. lift-säkerhet, brandskydd, mediaförsörjning i högsta grad även påverkar patientsäkerheten och därför bör dessa områden beaktas integrerat med medicintekniska produkter.

3.2. Krishanteringsförmåga

Föreskrift MSBFS 2010:6 från MSB reglerar vad, när och när regionen ska redovisa risk- och sårbarhetsanalyser till MSB. Regionens krishanteringsförmåga ska bedömas utifrån genomförda RSA, genomförda åtgärder inför och vid extraordinära händelser. Utgångspunkten är definitionen av en extraordinär händelse som är; "... en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting."

Att genomföra en risk- och sårbarhetsanalys är inget mål i sig utan ett medel för att identifiera brister och svagheter för att kunna genomföra lämpliga åtgärder som ökar robustheten att motstå oönskade händelser och ökar förmågan att driva verksamheten vidare på ett säkert sätt när oönskade händelser inträffar.

En utgångspunkt för regionens samlade säkerhetsbedömning är resultat från verksamheternas genomförda RSA kring risker som kan leda till en extraordinär händelse, indikatorer på krishanteringsförmåga och förmåga att motstå allvarliga störningar. Regionkansliet redovisar årligen regionens samlade säkerhetsarbete, säkerhetsläge, krishanteringsförmåga, person- och informationssäkerhetsarbete till regionstyrelsen och lämna rapport vidare till Länsstyrelsen, Socialstyrelsen och MSB.

⁸ Västra Götalandsregionens budget för 2012, sid. 23

⁹ Patientsäkerhetslagen (2010:659) gäller från den 1 januari 2011

¹⁰ Läkemedelsverket

3.3. Informations säkerhet

Arbetet med informations säkerhet är komplext och kräver samverkan mellan olika kompetenser och engagemang från ledning, informationsägare, systemägare, IS/IT-ansvariga, och alla medarbetare. Informations säkerhet¹¹ innebär skydd av information mot olika slags hot. Ett konstruktivt informations säkerhetsarbete innebär att säkerställa att information i alla dess former, finns tillgänglig när den behövs (tillgänglighet), att den är korrekt (riktighet), att obehöriga inte kan få tillgång till den (konfidentialitet) och att händelser i informationsbehandlingen kan spåras (spårbarhet). Begreppet informations säkerhet kan beskrivas i två huvudområden, teknisk och administrativ säkerhet och illustreras i bild 2

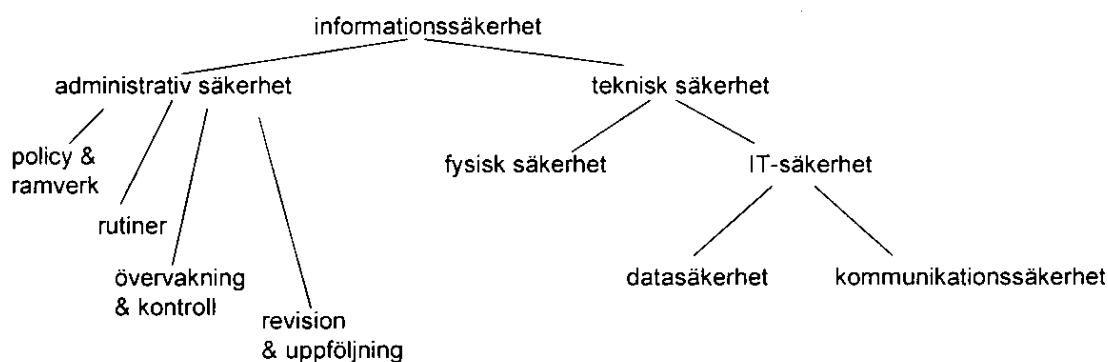


Bild 2 Illustration av begreppet informations säkerhet

3.3.1. Administrativ säkerhet

Administrativ säkerhet innebär ett säkerställande av regler, rutiner, processer och system som kontrollerar och följer upp att regler och rutiner följs dvs en kvalitetsgranskning. Intern kontroll, revision och riktlinjer för informations säkerhet ingår¹² i den administrativa säkerheten.

3.3.2. Teknisk säkerhet

Teknisk säkerhet handlar om fysisk säkerhet och IT-säkerhet. Fysisk säkerhet eller skallskyddet hanteras i huvudsak av Västfastigheter och syftar till att skydda den fysiska miljön där information och kommunikationsutrustning finns. IT-säkerhet hanteras i huvudsak av IS/IT organisationen i Västra Götalandsregionen och omfattar åtgärder för att skydda information som finns i våra IT-system och hur den kommuniceras.

IT-säkerhet handlar om att skydda informationen i våra IS/IT-system och hur den kommuniceras. IT-säkerhet är ett gemensamt ansvarsområde för IT-säkerhetsansvariga och verksamhetsansvariga och ska vara ett stöd och bidra till utveckling av verksamheten. IT-säkerheten har idag en direkt koppling till patientsäkerheten och för att stärka IT-säkerheten i vår IT-miljö under strategiperioden 2012-2015 behövs en särskild IT-säkerhetsstrategi.

¹¹ Informations säkerhet innebär säkerhet för informationstillgångar avseende förmågan att upprätthålla önskad konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet (även ansvarighet och oavvislighet) - SIS HB 550

¹² Riktlinjer för informations säkerhet i Västra Götalandsregionens verksamheter ver 1.0, Beslut RS 2009-06-23

4. Sju strategiska mål med styr- och måltal

Regionen har sju strategiska mål för säkerhetsarbetet i regionens verksamheter. De strategiska målen visar vägen mot ökad säkerhet och högre säkerhetsnivå i regionens verksamheter. Till vart och ett av de strategiska målen finns kopplade framgångsfaktorer, aktiviteter styr- och måltal enligt följande.

- **Framgångsfaktorer** för respektive mål beskriver förhållanden som underlättar att nå de strategiska målen.
- **Aktiviteter** för respektive mål beskriver vad som bör och kan göras för att nå de strategiska målen.
- **Styr- och måltal** för respektive strategiskt mål är utgångspunkt för årlig uppföljning och redovisning till regionstyrelsen. Styr- och måltal på verksamhetsnivå är en fråga för styrelser, nämnders och bolags handlingsplaner.

Mål 1 Förebyggande arbete inkl klassificering av lokaler

Mål 2 Säkerhetsarbete är en ledningsfråga

Mål 3 Västfastigheter och fastighetsbunden säkerhet

Mål 4 Regionservice och administrativa säkerhetstjänster

Mål 5 Risk- och krishantering och handlingsplaner

Mål 6 Säkerhetskultur och personsäkerhet

Mål 7 Rätt och riktig information i rätt tid

Mål 1 Att förebygga mänskligt lidande, skador, skadeverkningar och kostnader förorsakade av förluster, kriser och oönskade händelser samt att Västra Götalandsregionens egna och externt hyrda lokaler säkerhetsklassificeras enligt modell som Västfastigheter tillhandahåller

Framgångsfaktorer för Mål 1

1. Nämnd/styrelse är ansvarig för att:
 - a. incidenter, inträffade skador och risker för skador rapporteras, analyseras och dokumenteras på ett systematiskt sätt samt att relevanta åtgärder genomförs i verksamhet
 - b. verksamhet definierar skyddsvärden/kritiska funktioner/risker i lokaler som hyrs av Västfastigheter eller i externt hyrda lokaler
 - c. förvaltningschef/VD löpande redovisar till nämnd/styrelse verksamhetens säkerhetsarbete, antalet oönskade händelser/avvikelser och dess kostnader
2. Verksamhet
 - a. genomför händelseanalys när något oönskat har inträffat inkl kostnadsberäkning när större oönskade händelser har inträffat
 - b. har personer som är utbildade i risk- och sårbarhetsanalys och/eller händelseanalys
 - c. genomför säkerhetsklassificering av egna och externt hyrda lokaler enligt modell som Västfastigheter tillhandahåller

3. Västfastigheter ser till att:
 - a. samverkan sker kontinuerligt mellan verksamhet och Västfastigheter angående lokalklassificering och skalskydd
 - b. verksamhet och Västfastigheter avsätter tid och resurser för säkerhetsklassificering av egna och hyrda lokaler
 - c. säkerställa funktionalitet och enhetligt tillvägagångssätt vid tillämpning av modell för säkerhetsklassificering av lokaler

Styr- och måltal för Mål 1

1. Andel förvaltningar som har systematisk avvikelshantering
 - a. Måltal för 2012 är 75 %
 - b. Måltal för 2013 är 80 %
 - c. Måltal för 2014 är 90 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %
2. Andel förvaltningar som genomför förvaltningsövergripande RSA minst vartannat år och upprättar handlingsplaner för säkerhetshöjande åtgärder
 - a. Måltal för 2012 är 75 %
 - b. Måltal för 2013 är 80 %
 - c. Måltal för 2014 är 90 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %
3. Andel förvaltningar som har inlett eller genomfört en säkerhetskartläggning eller arbete med säkerhetsklassificering av verksamhetens lokaler enligt Västfastigheters s.k. zon-modell eller annan modell som Västfastigheter tillhandahåller
 - a. Måltal för 2012 är 25 %
 - b. Måltal för 2013 är 50 %
 - c. Måltal för 2014 är 75 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %

Aktiviteter för Mål 1

1. Nämnd/styrelse ska uppdraga till förvaltningschef att:
 - a. avsätta resurser för att genomföra uppgifter enligt denna strategi och återrapportera vidtagna åtgärder till nämnd/styrelse regelbundet varje år
 - b. genomföra relevanta övningar och risk- och sårbarhetsanalyser i verksamheten
 - c. säkerställa att avvikeleregistrering bedrivs i alla verksamheter och rapportering av skador, incidenter, avvikelser, oönskade händelser följs upp och rapporteras till nämnd/styrelse regelbundet varje år
2. Västfastigheter ansvarar för:
 - a. framtagning av en användarvänlig och enhetlig modell för säkerhetsklassificering av Västra Götalandsregionens lokaler och externt hyrda lokaler
 - b. att samverkansmöten mellan verksamhet och Västfastigheter angående lokalklassificeringen genomförs

Mål 2 Att säkerhetsarbetet i regionens verksamheter blir en ledningsfråga och kopplas till en tydlig beslutsordning i styrelser och nämnder
--

Framgångsfaktorer för Mål 2

1. Nämnd/styrelse säkerställer att regionfullmäktiges förväntningar i säkerhetsfrågor kan uppfyllas och att ansvar för säkerhetsfrågorna och den politiska beslutsordningen är tydlig
2. Risk- och krishanteringsfrågor hanteras integrerat med den löpande verksamhetsplaneringen

Styr- och måltal för Mål 2

1. Andel förvaltningar som har regelbunden ledningsgenomgång av säkerhetsfrågorna
 - a. Måltal för 2012 är 75 %
 - b. Måltal för 2013 är 80 %
 - c. Måltal för 2014 är 90 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %

Aktiviteter för Mål 2

1. Nämnd/styrelse ska
 - a. säkerställa att inventering görs av risker och sårbarheter samt
 - b. att handlingsplan upprättas med förslag på åtgärder som ökar motståndskraften (robustheten) att hantera risker och reducera sårbarheter
 - c. årligen rapportera verksamhetens säkerhetsarbete, säkerhetsläge, genomförda risk- och sårbarhetsanalyser och krishanteringsförmåga till regionstyrelsen
3. Förvaltningschef utser person eller funktion att följa upp aktiviteter, styr- och måltal i denna regionala strategi

Remissförslag

Mål 3 Att Västfastigheter ansvarar för fastighetsbunden säkerhet i Västra Götalandsregionens egna lokaler och i externt hyrda lokaler
--

Framgångsfaktorer för Mål 3

1. Västfastigheter ansvarar för att:
 - a. disponering av egna resurser sker på sådant sätt att ansvar kan tas för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar i regionens verksamheter
 - b. det finns tydliga rutiner avseende beställning, service, felanmälan, åtgärd av fel, återkoppling och uppdatering av IT-system
 - c. det finns en tydlig gränsdragningslista mellan verksamhetens ansvar och Västfastigheter ansvar vad gäller fastighetsbunden säkerhet

Styr- och måltal för Mål 3

1. Andel förvaltningar där Västfastigheter har tagit över ansvar för fastighetsbunden säkerhet
 - a. Måltal för 2012 är 75 %
 - b. Måltal för 2013 är 80 %
 - c. Måltal för 2014 är 90 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %

Aktiviteter för Mål 3

1. Västfastigheter ska
 - a) kartlägga och tydliggöra, i samarbete med verksamheter, vad som är fastighetsbundna säkerhetsanläggningar för verksamheter i regionens lokaler och i externt hyrda lokaler
 - b) säkerställa de ekonomiska förutsättningarna kopplat till ansvar för fastighetsbunden säkerhet
 - c) utveckla gränsdragningslista mellan Västfastigheter och berörda verksamheter avseende ansvar och inräbörd av fastighetsbunden säkerhet

Mål 4 Att Regionservice, på särskilda villkor, tillhandahåller administrativa säkerhetstjänster till verksamheter i regionens lokaler och i externt hyrda lokaler
--

Framgångsfaktorer för Mål 4

1. Servicenämnden har ett särskilt uppdrag att ta fram en handlingsplan med ekonomisk konsekvensbeskrivning vid genomförande av mål 4
2. Regionservice säkerställer att:
 - a. det råder samstämmighet på förvaltningsledningsnivå vad gäller ansvar, uppgifter och innebörd kring administrativa säkerhetstjänster
 - b. det finns enkla rutiner och tydliga instruktioner för beställning av administrativa säkerhetstjänster

Styr- och måltal för Mål 4

1. Andel förvaltningar dit Regionservice levererar och/eller erbjuder administrativa säkerhetstjänster exklusive tjänster som levereras av driftansvarig verksamhet för IS/IT
 - a. Måltal för 2012 är 75 %
 - b. Måltal för 2013 är 80 %
 - c. Måltal för 2014 är 90 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %

Aktiviteter för Mål 4

1. Servicenämnden fastställer en handlingsplan för erbjudande av administrativa säkerhetstjänster till regionens verksamheter
2. Regionservice ska i samarbete med verksamhetsansvariga kartlägga behovet av säkerhetstjänster och erbjuda administrativa säkerhetstjänster

Remissförslag

Mål 5 Att alla förvaltningar etablerar en ändamålsenlig risk- och krishanteringsorganisation och upprättar handlingsplaner för att uppnå en relevant säkerhetsnivå

Framgångsfaktorer för Mål 5

1. Nämnd/styrelse för respektive verksamhet ansvarar för etablering av en ändamålsenlig risk- och krishanteringsorganisation
2. Verksamheter genomför förvaltningsövergripande risk- och sårbarhetsanalyser särskilt inom områdena IS/IT och mediaförsörjning (el, vatten och gas) minst vartannat år och resultat från analyserna skrivs in i handlingsplaner med förslag på åtgärder som ökar säkerheten och/eller minskar sårbarheten

Styr- och måltal för Mål 5

1. Andel förvaltningar som har en beslutad handlingsplan för säkerhetsarbetet
 - a. Måltal för 2012 är 75 %
 - b. Måltal för 2013 är 80 %
 - c. Måltal för 2014 är 90 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %
2. Andel förvaltningar som har upprättat kontinuitetsplaner och/eller kris- och beredskapsplaner
 - a. Måltal för 2012 är 25 %
 - b. Måltal för 2013 är 50 %
 - c. Måltal för 2014 är 75 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %

Aktiviteter för Mål 5

1. Nämnd/styrelse beslutar om handlingsplan för säkerhetsarbetet med prioriterade säkerhetsaktiviteter
2. Förvaltningschef/VD ansvarar för att:
 - a. identifiera brister och svagheter i verksamheten
 - b. åtgärder vidtas som skyddar verksamhetens identifierade skyddsvärda objekt och grundläggande värden
 - c. plan finns för kontinuerlig drift av verksamheten när IT slutar att fungera eller när annan oönskad händelse inträffar

Mål 6 Att säkerhetskultur och utbildning i personsäkerhet utvecklas i Västra Götalandsregionens verksamheter

Framgångsfaktorer för Mål 6

1. Verksamheten:
 - a. mäter säkerhetskulturen integrerat med medarbetarenkäter
 - b. har ett lärande utifrån händelseanalyser och risk- och sårbarhetsanalyser
 - c. genomför kontinuerliga utbildningsinsatser kring säkerhetskultur och säkerställer att all personal har kunskap om vad som bidrar till en god säkerhetskultur
2. Varje arbetsplats i regionen stävar efter ett öppet och tillåtande psykosocialt klimat där medarbetare vågar och vill rapportera brister och risker i säkerheten samt föreslå åtgärder

Styr- och måltal för Mål 6

1. Andel förvaltningar som utbildar sin personal i personsäkerhet
 - a) Måltal för 2012 är 75 %
 - b) Måltal för 2013 är 80 %
 - c) Måltal för 2014 är 90 %
 - d) Måltal för 2015 är 100 %
2. Andel förvaltningar som mäter säkerhetskulturen
 - e) Måltal för 2012 är 75 %
 - f) Måltal för 2013 är 80 %
 - g) Måltal för 2014 är 90 %
 - h) Måltal för 2015 är 100 %

Aktiviteter för Mål 6

1. Alla medarbetare i regionens verksamheter ska
 - a) ges möjlighet att föreslå åtgärder på hur säkerhetskulturen kan förbättras
 - b) få utbildning kring säkerhetskultur och regionala och förvaltningsspecifika säkerhetsregelverk

Mål 7 Att rätt och riktig information når rätt mottagare i rätt tid
--

Framgångsfaktorer för Mål 7

1. Verksamheten:
 - a. har en tydlig ansvarsfördelning, dokumenterade och kända rutiner vid användning av IS/IT-system
 - b. har kompetens att identifiera och formulera säkerhetskrav genom informationsklassificering och risk- och sårbarhetsanalys i verksamheten
 - c. beaktar krav-, funktions- och säkerhetsspecifikation och riskanalys vid upphandling av IS/IT-system och medicintekniska informationssystem¹³
 - d. mäter tillsammans med driftansvarig för IS/IT mäter regelbundet kvaliteten på leveranser av IT-tjänster med hjälp av ex vis nyckeltal
2. Verksamheten kartlägger och identifiera vilka IS/IT-system som ska kravställas utifrån det medicinska produktdirektivet (MDD) vilket innebär identifiering av vilka system som
 - a. är CE-märkta
 - b. är egentillverkade
 - c. behöver åtgärdas för att uppfylla kraven i MDD som exempel integrationer mellan Melior och andra system

Styr- och måltal för Mål 7

1. Andel förvaltningar som har identifierat och klassificerat sina kritiska informationsmängder
 - a. Måltal för 2012 är 50 %
 - b. Måltal för 2013 är 75 %
 - c. Måltal för 2014 är 85 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %
2. Andel förvaltningar som har kända rutiner som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott
 - a. Måltal för 2012 är 50 %
 - b. Måltal för 2013 är 75 %
 - c. Måltal för 2014 är 85 %
 - d. Måltal för 2015 är 100 %

Aktiviteter för Mål 7

1. Nämnd/styrelse/informationsägare ska
 - a) säkerställa att verksamhetens processer identifieras och informationen klassificeras
 - b) identifiera vilka IS/IT-system som är att betrakta som medicintekniska produkter
 - c) säkerställa att det finns tydliga och kända rutiner som kan tillämpas i händelse av IT-avbrott i verksamheten
2. Förvaltningschef/VD/verksamhetschef ska säkerställa att brister, risker, funktionsfel och incidenter/avvikelse som påverkar tillgänglighet, riktighet, insynsskydd och spårbarhet avvikelserapporteras, åtgärdas och följs upp
3. IS/IT-direktör ska utifrån verksamhetens klassificering och formulerade säkerhetskrav på IS/IT-system och medicintekniska produkter utforma en plan och genomföra åtgärder för utveckling av teknisk säkerhet

¹³ se vidare ex.vis SS-EN 80001-1 vid förändringar i IS/IT-miljön, och ISO 20000

Ärende 8

Sjukhusdirektörens muntliga redovisning.

Ärende 9

Anmälnings- och delegationsärenden

Anmälningssärenden för tiden 2012-06-05 – 2012-09-11

Regionstyrelsen

- § 135 Styr- och måltal avseende budget 2013, RS 16-2012, SkaS 241-2011
- § 136 Förslag till planeringsdirektiv, RS 16-2011, SkaS 241-2011
- § 143 Redovisning av uppdrag: Införandet av läsplattor i regionstyrelsen. RS 210-2011, SkaS 177-2012
- § 163 Förlängd tid för serviceöverenskommelser, RS 12-2012, SkaS 88-2012

Regionfullmäktige

- § 100 Förtydliganden av vissa patientavgifter mm. RS 22-2012, SkaS 68-2012
- § 122 Kompletteringar/justeringar av Krav- och kvalitetsboken för VG Primärvård inför 2013, RS 55-2012, SkaS 135-2011
- § 130 Budget 2013, RS 16-2012, SkaS 241-2011

Hälso- och sjukvårdsutskottet

- § 117 Statsbidraget för en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2011, RS 739-2011, SkaS 59-2012
- § 121 Regional förteckning över kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvård med regionala måltal, RS 150-2008, SkaS 220-2010

Servicenämnden

- § 29 Införande av servicepaket och fortsatt utveckling av Västra Götalandsregionens måltidsprocess, SN 489-2011 och 506-2009, SkaS 110-2012

Regionkansliet

- Svar från Skaraborgs Sjukhus Uppföljning av förvaltningarnas arbete med resepolicy, RS 1201-2012, SkaS 157-2012

Handlingarna finns tillgängliga under sammanträdet

Ärende 10

Övriga frågor.