

# Handlingar

till mötet med  
styrelsen för NU-sjukvården

21 september 2012



# Ärende 4

Ärende 4



**Tjänsteutlåtande**

Datum 2012-09-04  
Diarienummer NU 126/2012

**Ledningskansliet**

Handläggare Mattias Hagelberg  
E-post mattias.hagelberg@vgregion.se

---

Styrelsen för NU-sjukvården

## **Strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015**

Regionkansliet har remitterat förslag till regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2012-2015. Remissförslaget ersätter strategi för säkerhetsarbetet 2008-2011.

I förslaget till strategi för säkerhetsarbetet finns väletablerade och pedagogiskt förklarande modeller för säkerhetsprocessen i VGR. De arrangemang som förutsätts med information, utbildning och medverkan i skilda mätningar ska rymmas vid sidan om annat, t ex införandeprojekt som bestämts inom VGR eller i riket. Det här ska fungera inom de resurser som styrelsen tilldelats av sina huvudmän. NU-sjukvården konstaterar att man inom förvaltningens alla verksamheter ställs inför krav om prioriteringar vid implementering av koncernens strategier.

Vad gäller Mål 6 så kan vi inte av formuleringarna utläsa om patientsäkerhet innefattas i strategins definition av personsäkerhet - framgångsfaktorer etc för detta mål beskrivs på sid 13.

En påtaglig utveckling vad gäller hantering journalinformation är intresset för verksamheterna att ta vara på de möjligheter som öppnats genom tillkomsten av patientdatalagen. Begränsningen av dessa möjligheter finns bl a i bristfälliga arrangemang för informationssäkerhet på vårdgivar- eller koncernnivå. Vi delar därför strategins bedömning (avsnitt 2.2) att "säkerhet och kvalitet är beroende av kvaliteten i regionövergripande service...". Till detta vill vi lägga att problem visserligen finns i driftsorganisationen, men att bristerna i kvalitet och tempo i utveckling och anpassning av IT-system är lika uppenbara som kännbara. En förhoppning är att den IS/IT-organisation som nu implementeras kan hantera både nödvändiga prioriteringar och bredd i dessa strävanden. Regionens riktlinjer för informationssäkerhet måste naturligtvis uppdateras så att verksamheterna kan se en helhet i dessa riktlinjer, i den nu aktuella strategin och i den organisation och arbetsfördelning inom koncernen som nu etableras.

Vid realiseringen av Mål 7 finns ett behov av och utrymme för överläggning om möjligheter via de tjänster som förutskickas i Mål 4. I Mål 4 tecknas en möjlig väg för förvaltningen att tillgodose ett behov av specialiserade tjänster.

**Förslag till beslut**

Styrelsen tillstyrker förslaget till strategi för säkerhetsarbetet med ovan  
framförda synpunkter.

Lars Helldin  
Sjukhusdirektör

2012-06-09

Ledningskansliet för NU-sjukvården Ankom 2012-06-13 D nr. 145:10/2012	1(2)
--	------

Dnr RS 572-2011

Till  
regionens nämnder, styrelser  
och bolagsstyrelser

Handläggare: Säkerhetsenheten (M1) ✓
Kopia: Sjukvården (LH) ✓ Säkerhetsstyrelsen (AE) ✓ Säkerhetsenheten (M1) ✓

## 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 utformas 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](mailto: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



Ledningskansliet för NU-sjukvården Ankom  2012-06-13  D nr. 145:20/2012
--

Handläggare: Säkerhetsenheten (MH) ✓
Kopia: Sjukhusdir (LH) ✓ Sakerstyr (AE) ✓ Säkerhetsenheten (M) ✓

# 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 2008-2011<sup>1</sup> bygger på utgångspunkter som också är relevanta<sup>2</sup> för perioden 2012-2015. Denna uppdaterade regionala strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter är anpassad till senare års lagstiftning<sup>3</sup>, föreskrifter från Socialstyrelsen<sup>4</sup> och föreskrifter från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)<sup>5</sup>.

I strategin finns som tidigare exempel på aktiviteter och framgångsfaktorer som leder mot sju strategiska mål eller målområden i 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,

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> Patientdatalagen (2008:355), Patientsäkerhetslagen (2010:659)

<sup>4</sup> 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,

<sup>5</sup> 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 allvarliga händelser, tillbud eller incidenter, är centralt i det systematiska säkerhetsarbetet. Se illustration av säkerhetsprocessen, bild 1

## SÄKERHETSPROCESS I VGR

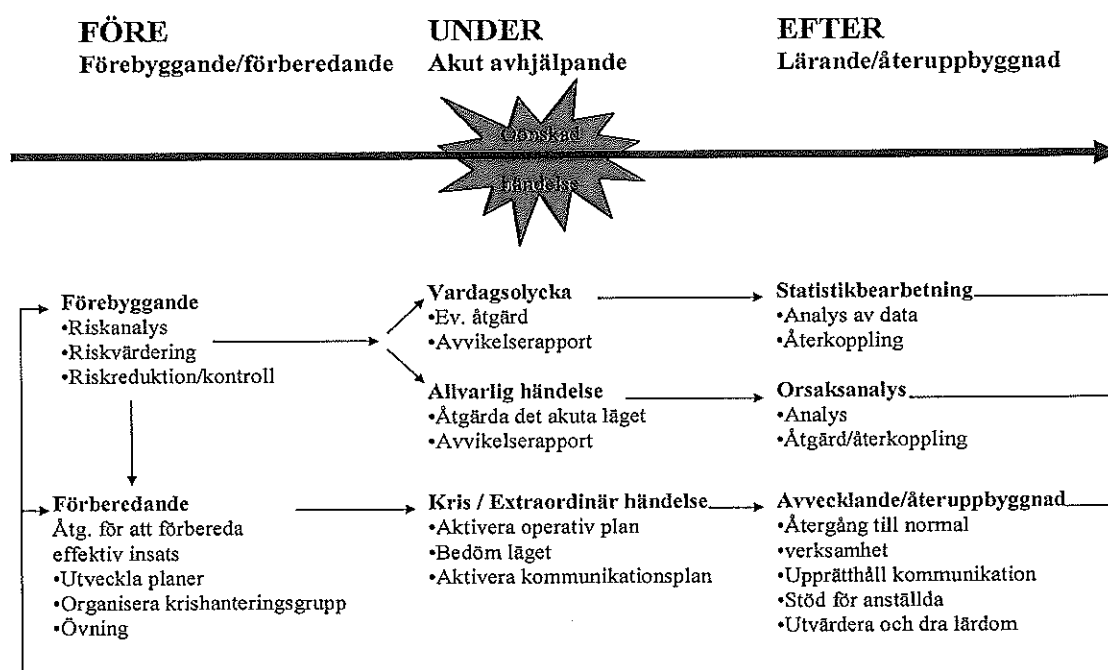


Bild 1 Illustration av säkerhetsprocessen i VGR

### **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 olyckor<sup>6</sup> och föreskrift från MSB<sup>7</sup>. 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.

Nyckelord 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.

<sup>6</sup> Lag om skydd mot olyckor, SFS 2003:778

<sup>7</sup> MSB (Myndigheten för samhällskydd 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 nolltolerans<sup>8</sup> för vårdrelaterade skador gäller. I egenskap av vårdgivare upprättar Västra Götalandsregionen en årlig samlad patientsäkerhetsberättelse utifrån bestämmelserna i patientsäkerhetslagen<sup>9</sup> 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 produkter<sup>10</sup> 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. IT-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, hur 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.

<sup>8</sup> Västra Götalandsregionens budget för 2012, sid. 23

<sup>9</sup> Patientsäkerhetslagen (2010:659) gäller från den 1 januari 2011

<sup>10</sup> Läkemedelsverket

### 3.3. Informationssäkerhet

Arbetet med informationssäkerhet är komplext och kräver samverkan mellan olika kompetenser och engagemang från ledning, informationsägare, systemägare, IS/IT-ansvariga, och alla medarbetare. Informationssäkerhet<sup>11</sup> innebär skydd av information mot olika slags hot. Ett konstruktivt informationssäkerhetsarbete 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 informationssäkerhet kan beskrivas i två huvudområden, teknisk och administrativ säkerhet och illustreras i bild 2

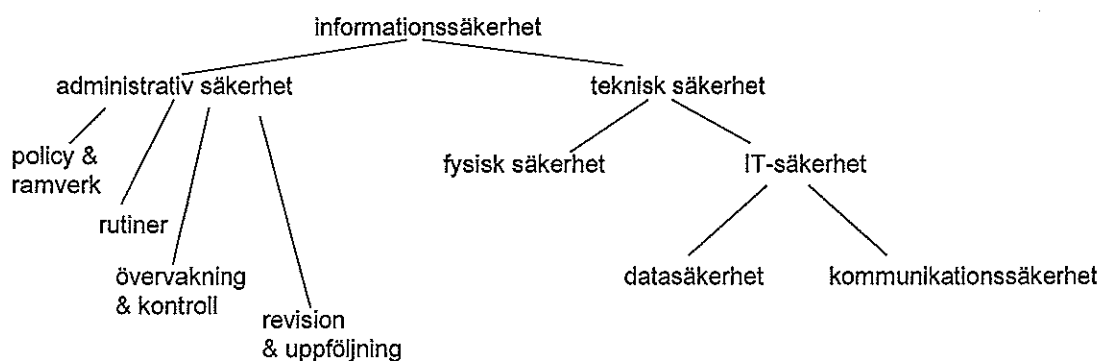


Bild 2 Illustration av begreppet informationssäkerhet

#### 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 informationssäkerhet ingår<sup>12</sup> 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.

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

<sup>12</sup> Riktlinjer för informationssäkerhet 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 styrelsers, 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 uppdra 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 avvikelregistreering 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



<b>Mål 2</b> 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

<b>Mål 3</b> 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 gränsdragning 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 innebörd av fastighetsbunden säkerhet

<b>Mål 4</b> 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

**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

<b>Mål 6</b> 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 förvaltnings specifika 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 informationssystem<sup>13</sup>
  - 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

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

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

Handläggare:  
Säkerhetsen  
(MH) ✓  
Kopia:  
Sjukvårdir (LH)  
Sekr. styr (AE)  
Säkerhetsen (G)

§ 114  
**Redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i  
Västra Götalandsregionens verksamheter 2011**  
Dnr RS 618-2011

**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 samfliga nämnder, styrelser och bolagsstyrelser



Regionkansliet  
Jan S Svensson  
0708-630 642

2012-06-09

Dnr RS 518-2011

Till  
regionens nämnder, styrelser  
och bolagsstyrelser

Handläggare: Säkerhetsenheten (MH) ✓
Kopia: Sjukvårdsdir (LH) ✓ Sekrater (AE) ✓ Säkerhetsenheten (MT) ✓

## 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](mailto:birgit.bratt@vgregion.se) eller säkerhetsstrateg Jan S Svensson [jan.s.svensson@vgregion.se](mailto: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

# K O P I A



Handläggare: Säkerhetsenheten (MH)
Kopia: Sjukhusdir (LH) Selekstyr (AE) Säkerhetsenheten (MH)

Ledningskansliet för NS-sjukvården Anken
2012-05-13
D nr. 225:50/2011

Sida 1(2)

**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](mailto: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.

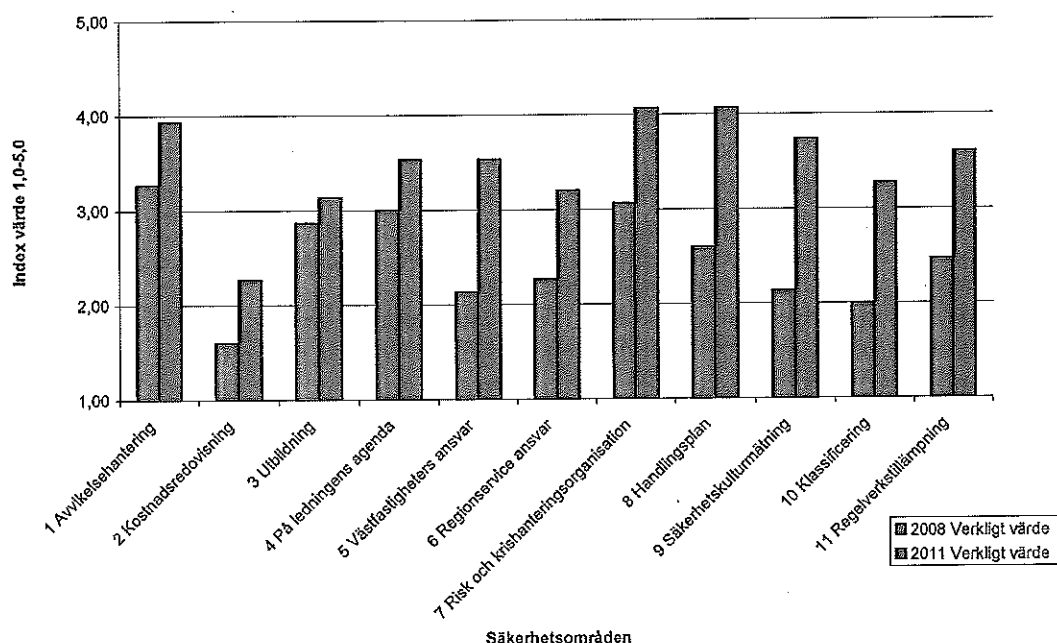
Regionkansliet

Ann-Sofi Lodin  
Regiondirektör

Birgit Bratt  
Administrativ direktör

## Redovisning av säkerhetsarbetet och säkerhetsläget i Västra Götalandsregionens verksamheter 2011

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

**Innehåll**

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. Hälso- 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, RMI	34

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>4</b>
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
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>7</b>
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
<b>3</b>	<b>UTGÅNGSPUNKTER FÖR SÄKERHETSREDOVISNING 2011</b> .....	<b>8</b>
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
<b>4</b>	<b>UTVECKLING AV SÄKERHETSINDEX 2008-2011</b> .....	<b>13</b>
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
<b>5</b>	<b>UTVECKLING INOM 11 SÄKERHETSOMRÅDEN 2008-2010</b> .....	<b>16</b>
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 UTBILDADA PERSONER ETILLGODOSETT?.....	17
5.4	FRÅGA 4 - HAR FÖRVALTNINGS- BOLAGSLEDNING SÄKERHETSFRÅGORNA REGELBUNDEN PÅ AGENDAN? .....	18
5.5	FRÅGA 5 - HAR VÄSTFASTIGHETER FÅTT ETT UTÖKAT ANSVAR FÖR SÄKERHETSANLÄGGNINGAR? .....	19
5.6	FRÅGA 6 - HAR REGIONSERVICE ANSVAR FÖR TEKNISKA SKYDDÅTGÄRDER?.....	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
<b>6</b>	<b>KRISHANTERINGSFÖRMÅGA OCH INFORMATIONSSÄKERHET</b> .....	<b>24</b>
6.1	SVAR PÅ FRÅGOR 1-5 I FRÅGEMALLEN.....	24
6.2	SVAR PÅ FRÅGA 6 I FRÅGEMALLEN - KRISHANTERINGSFÖRMÅGA INOM 5 OMRÅDEN .....	25
<b>7</b>	<b>ÖVERGRIPANDE OCH GEMENSAMMA RISKER</b> .....	<b>26</b>
7.1	SVAR PÅ FRÅGA 7 I FRÅGEMALLEN OM ÖVERGRIPANDE OCH GEMENSAMMA RISKER .....	26
7.2	VANLIGASTE ÖVERGRIPANDE RISK HANDLAR OM IT .....	26
<b>8</b>	<b>PERSONSÄKERHET OCH AVVIKELSER</b> .....	<b>27</b>
8.1	SVAR PÅ FRÅGA 8-9 I FRÅGEMALLEN OM UTBILDNINGSSÄTTER .....	27
8.2	PERSONSÄKERHET - EN ANGELÄGEN FRÅGA .....	27
8.3	REGISTRERADE AVVIKELSER 2011 I MEDCONTROL PRO .....	27

<b>9</b>	<b>HÄLSO- OCH SJUKVÅRD – RISKER OCH INFORMATIONSSÄKERHET</b> .....	<b>28</b>
9.1	SVAR PÅ FRÅGA 10A-10F I FRÅGEMALLEN OM PLANER, RSA, IT-RUTINER M.M. ....	28
<b>10</b>	<b>RISK- OCH SÅRBARHETSANALYSER (RSA) UNDER 2011</b> .....	<b>29</b>
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
<b>11</b>	<b>SÄKERHETSSTRATEGISKA ENHETENS UPPGIFTER OCH AKTIVITETER</b> .....	<b>31</b>
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
<b>12</b>	<b>FÖRSLAG TILL BESLUT</b> .....	<b>33</b>

# 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

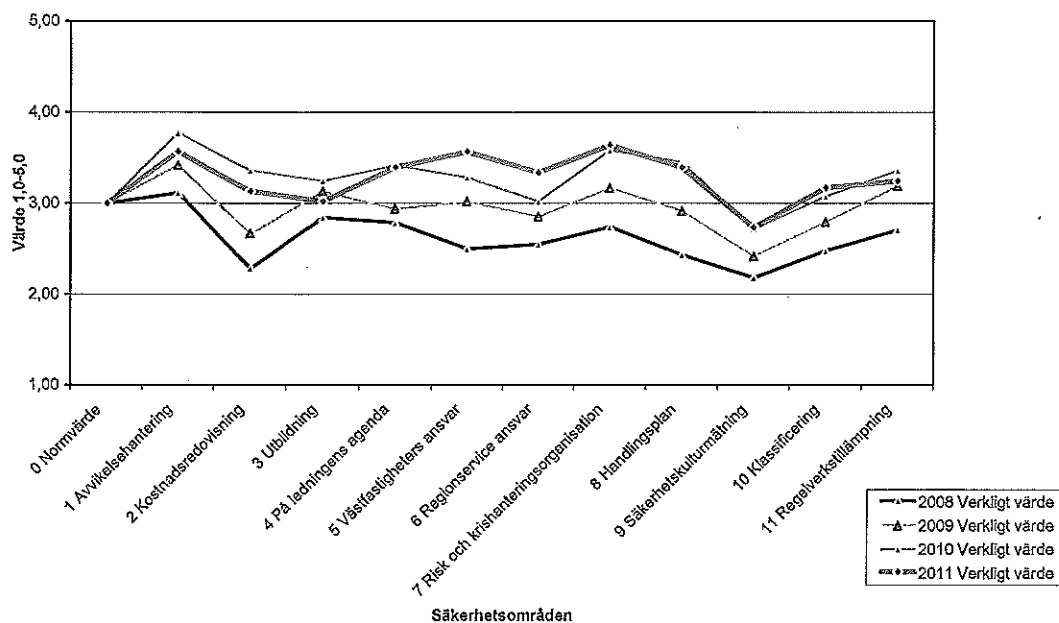
- hälso- och sjukvården har 2008-2011 en stark utveckling av index inom 11 säkerhetsområden
- det finns problem med IT-säkerheten
- funktionen tjänsteman i beredskap (TIB) i allt fler förvaltningar
- förmågan har ökat vad gäller hantering av kriser och oförutsedda händelser
- fler risk- och sårbarhetsanalyser (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

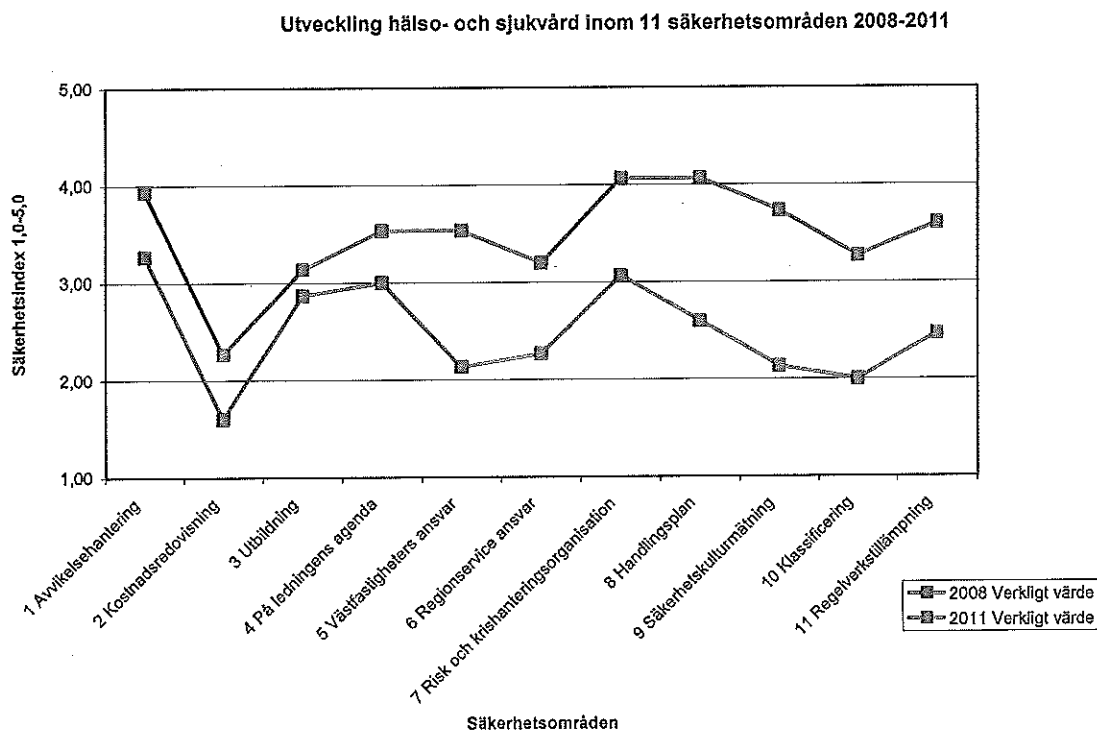


Figur 1 är en illustration över utveckling av säkerhetsindex inom 11 säkerhetsområden 2008-2011



## 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 skador<sup>1</sup> 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 vårdkvalitet<sup>2</sup>.

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.). Patientsäkerhetslagen<sup>3</sup> 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 Patientsäkerhetsberättelse<sup>4</sup> för 2011 utifrån bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrift kring ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

<sup>1</sup> Västra Götalandsregionens budget för 2012, sid 23

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

<sup>3</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659) gäller från den 1 januari 2011

<sup>4</sup> 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.

Ansvaret 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, måttal 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](mailto: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 regionfullmäktige<sup>5</sup> 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"<sup>6</sup>. 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 skyddsvärt. 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 arbete<sup>7</sup>. Från den 1 januari gäller Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9<sup>8</sup> kring ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och denna föreskrift ska tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdigvare ska bedriva enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Från den 1 januari 2011 gäller föreskrift<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> Strategin syftar till att skapa ett samhälle med förbättrad förmåga att motstå och återhämta sig från allvarliga störningar i samhällsviktig verksamhet.

<sup>5</sup> Dnr RSK 636-2006, RF 2008-04-22, § 62

<sup>6</sup> 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

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

<sup>8</sup> SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete upphäver SOSFS 2005:12

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

<sup>10</sup> 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 säkerhetspolicyn 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%
<b>Totalt 3)</b>		<b>54</b>	<b>43</b>	<b>36</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>75%</b>	<b>67%</b>	<b>100%</b>	<b>98%</b>	<b>47</b>	<b>87%</b>

Not 1 Inkl SICAB

Not 2 Kollektivtrafiknämnd har tillkommit och ingår i Västtrafiks redovisning

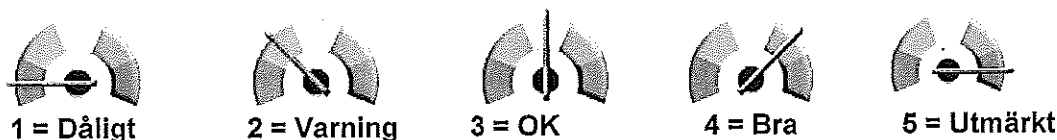
Not 3 Revisorskollegiet som redovisade 2008 har undantagits i redovisningen 2009, 2010 och 2011

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.



### 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 styrtalet följs upp. Styrsmål kring incidentorganisation är undantaget. Alla styrmål 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 normvärden 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.

<b>Hälso- och sjukvård</b>	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, Mittenälvsborg	25.	Primärvård FyrBoDal	42.	Västarvet
7. HSN 7, Södra Bohuslän	26.	Folktandvården Västra Götaland	43.	GöteborgsOperan AB
8. HSN 8, Sjuhäradsbygden	27.	Habillering & Hälsa	44.	Göteborgs Symfoniker AB
9. HSN 9, Västra Skaraborg	28.	SICAB	45.	Film i Väst AB
10. HSN 10, Östra Skaraborg		<b>Tillväxt och utveckling</b>	46.	Regioteater Väst AB
11. HSN 11, Göteborg Hisingen		<i>Företrädare</i>	47.	Västtrafik AB
12. HSN 12, Göteborg Nordöstra	29.	Regionutvecklingsnämnden		<b>Regiongemensamt</b>
<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.

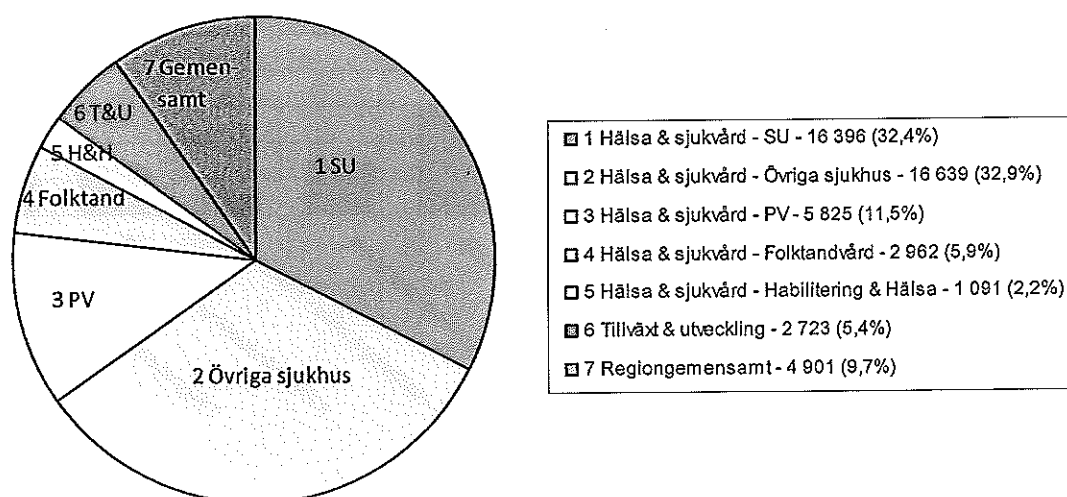
### 3.8 Sjukvården sysselsätter ca 85 % av alla anställda i VGR

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 Rehabilitering 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

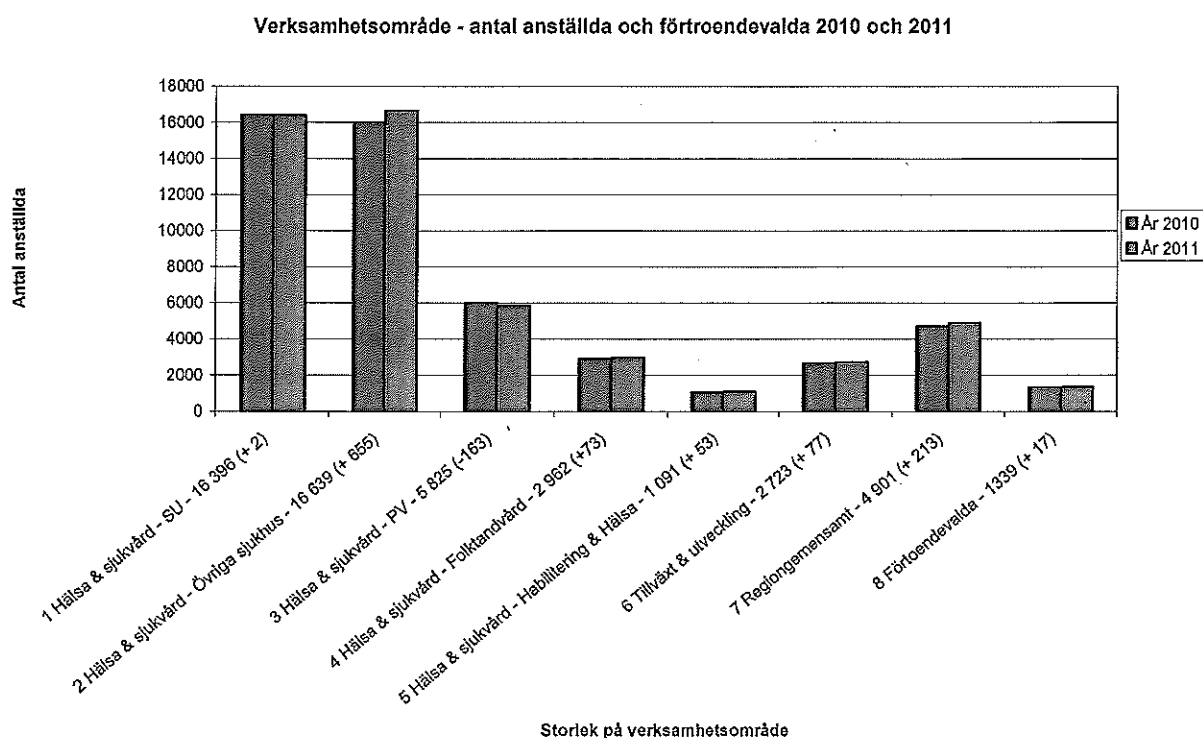


Figur 3 Antal anställda uppdelat på verksamhetsområden

### 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.



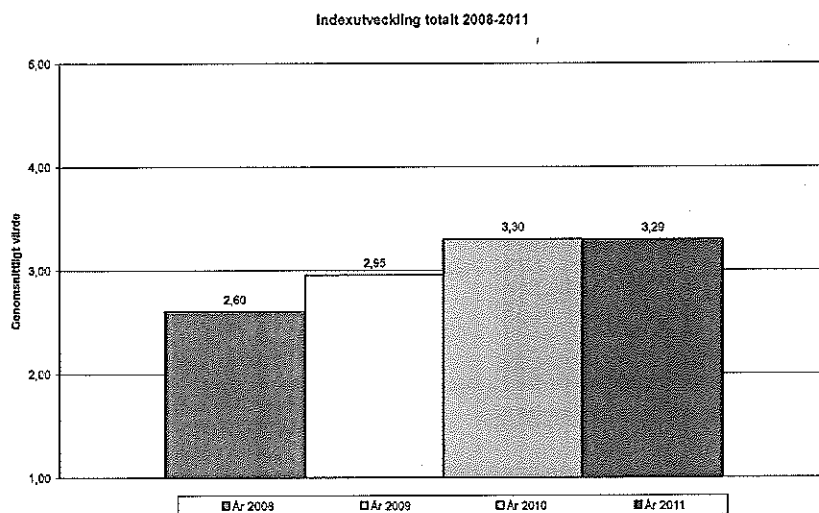
Figur 4 Förändring av antal anställda inom olika verksamhetsområden



## 4 Utveckling av säkerhetsindex 2008-2011

### 4.1 Förändring av totalt säkerhetsindex 2008-2011

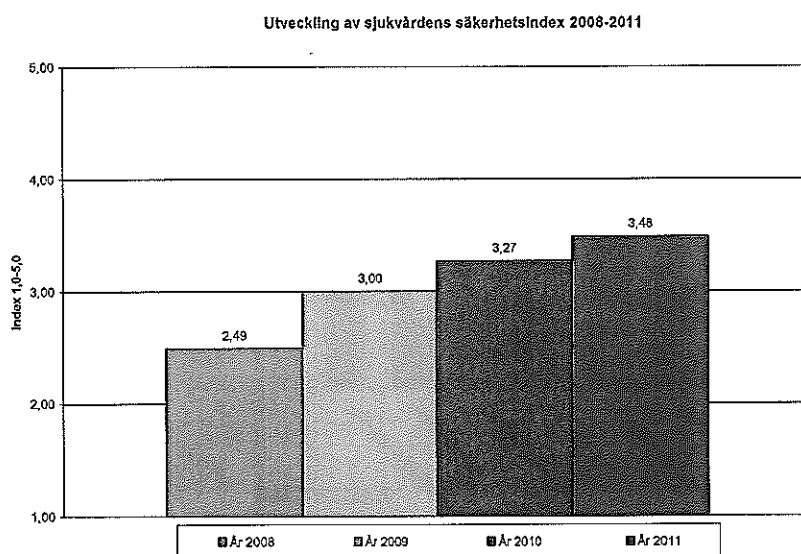
Figur 5 illustrerar att säkerhetsindex<sup>11</sup> för 2011 (3,29) ligger i nivå med 2010 (3,30). Oförändrat index för 2011 kan förklaras med att 10 verksamheter/förvaltningar varav 5 inom hälso- och sjukvård redovisat lägre värde inom områden avvikelshantering, kostnadsredovisning och utbildning och 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.

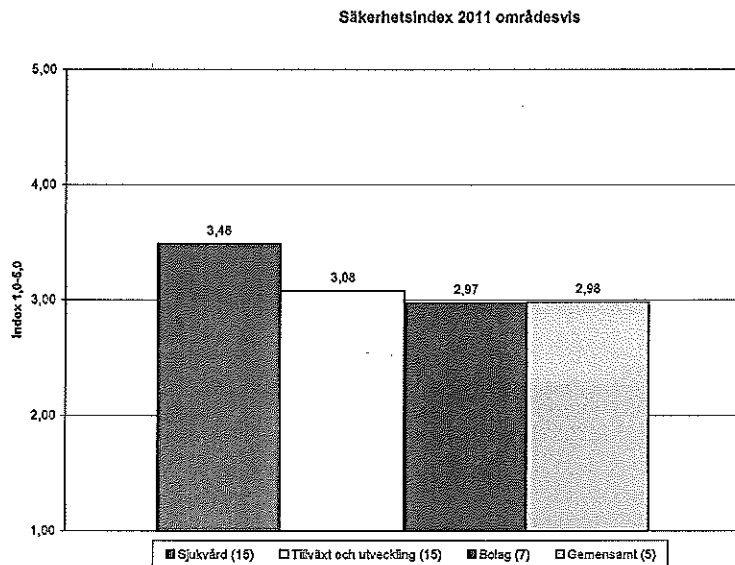


Figur 6 Utveckling av hälso- och sjukvårdens index för säkerhet 2008-2011

<sup>11</sup> 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

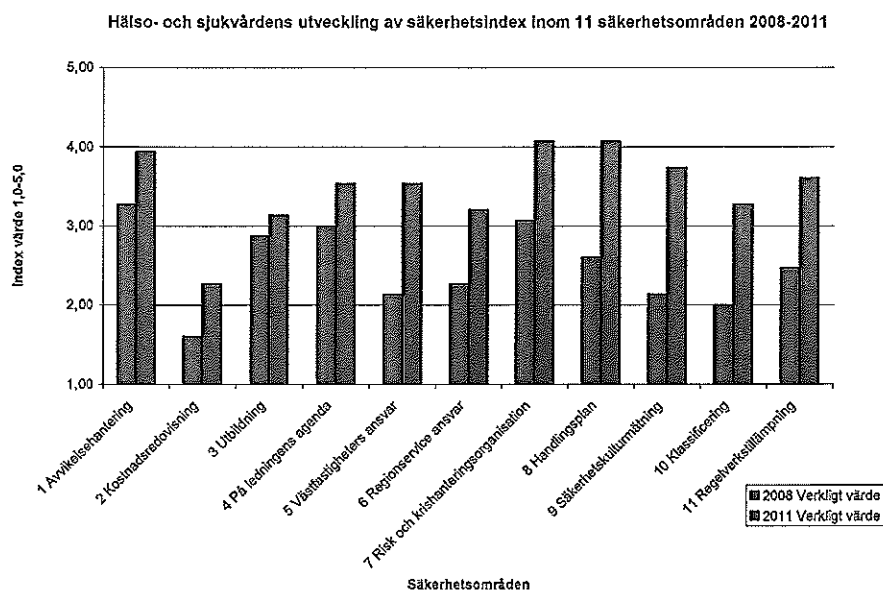
Figur 7 är en jämförelse av säkerhetsindex uppdelat i områdena sjukvård med 15 utförarförvaltningar 3,48 (3,42), tillväxt och utveckling med 15 förvaltningar/verksamheter 3,08 (2,76), 7 bolag 2,97 (3,01) och 5 regiongemensamma verksamheter 2,98 (2,94). Siffran inom parantes avser index för 2010.



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 2010



#### 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 revisionsrapport<sup>12</sup> 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 parantes anger placering 2010.

- 1:a med index 4,27 är SÅS (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.

<sup>12</sup> 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

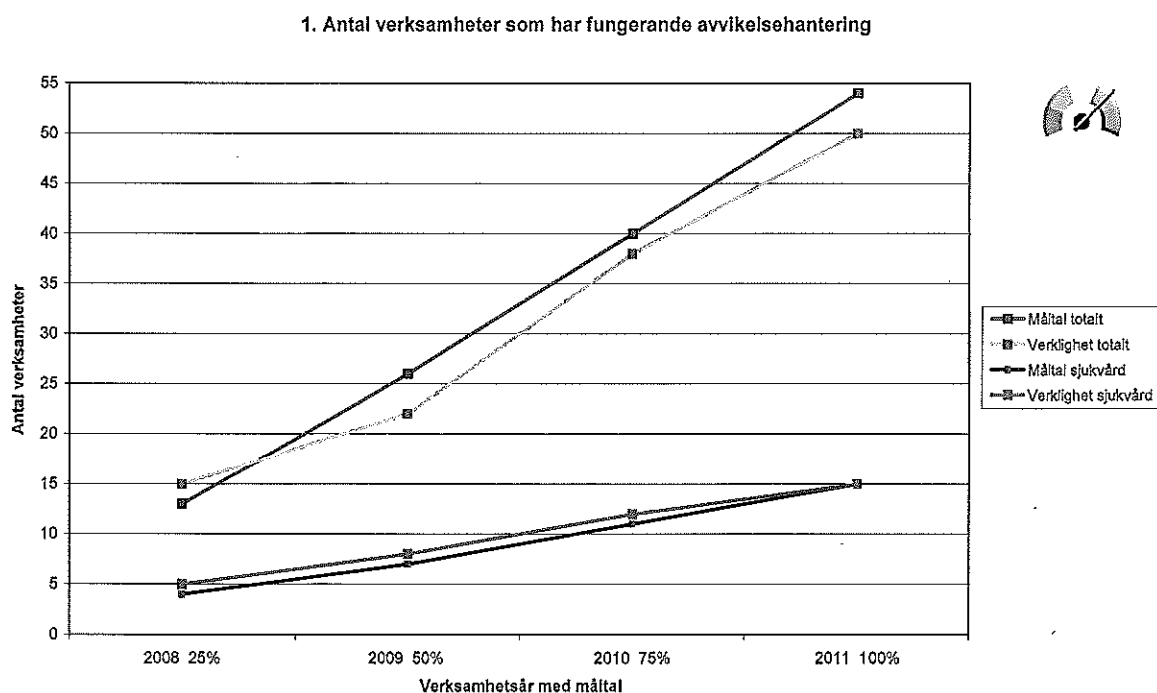
Efter varje fråga anges vilket strategiskt mål som är kopplat till frågan/styrmålet.

### 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?

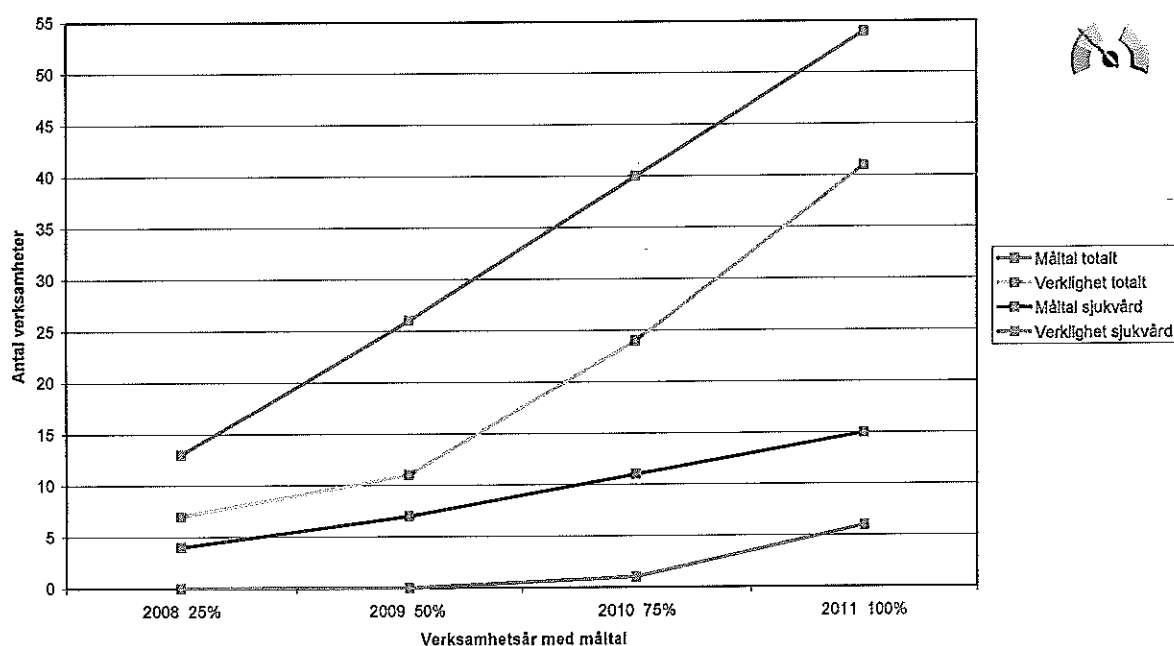
**Mål 1** Att förebygga mänskligt lidande, skador, skadeverkningar och kostnader förorsakade av förluster, kriser och oönskade händelser.

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?

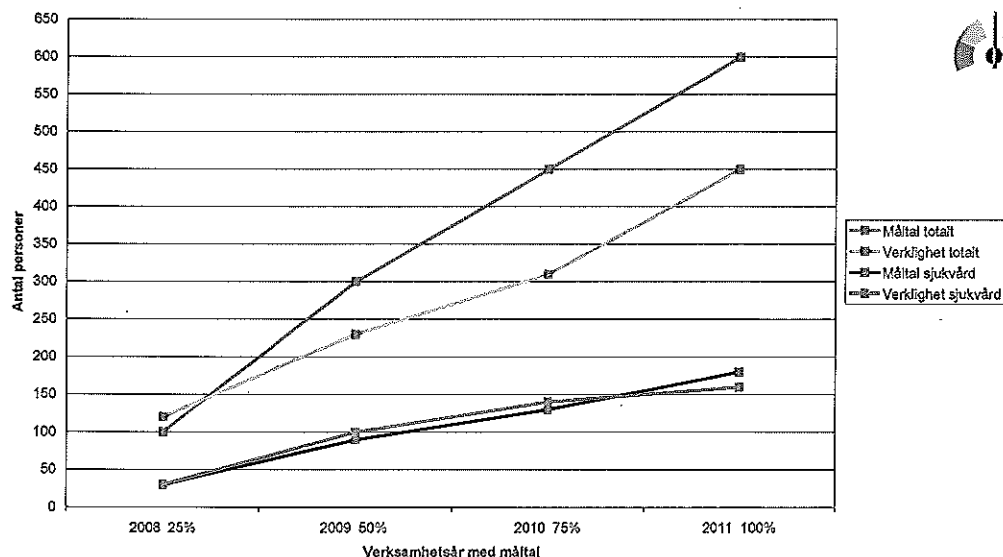
**Mål 1** Att förebygga mänskligt lidande, skador, skadeverkningar och kostnader förorsakade av förluster, kriser och oönskade händelser.

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)



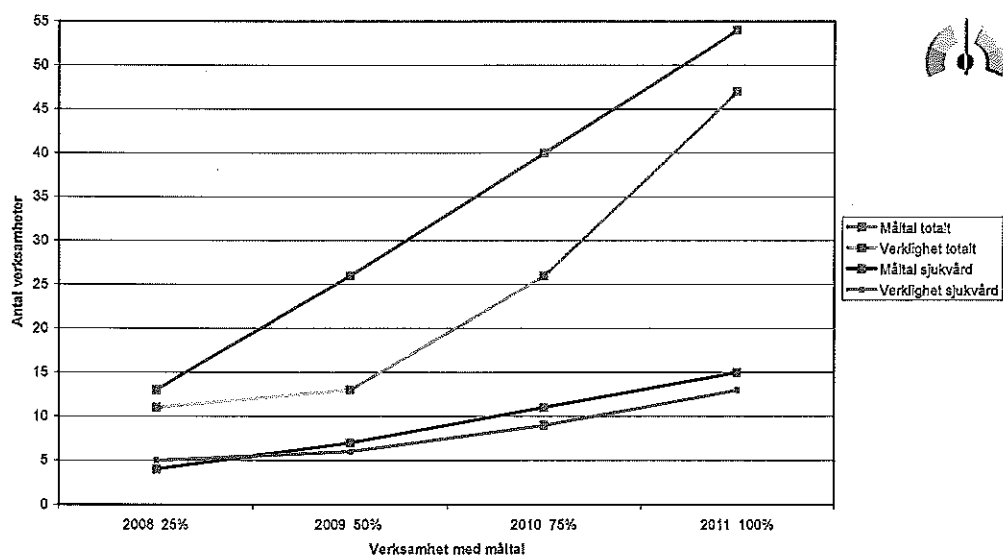
Figur 11 Andel verksamheter som redovisar att utbildningsbehovet är tillgodosett vad gäller RSA m.m.

## 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

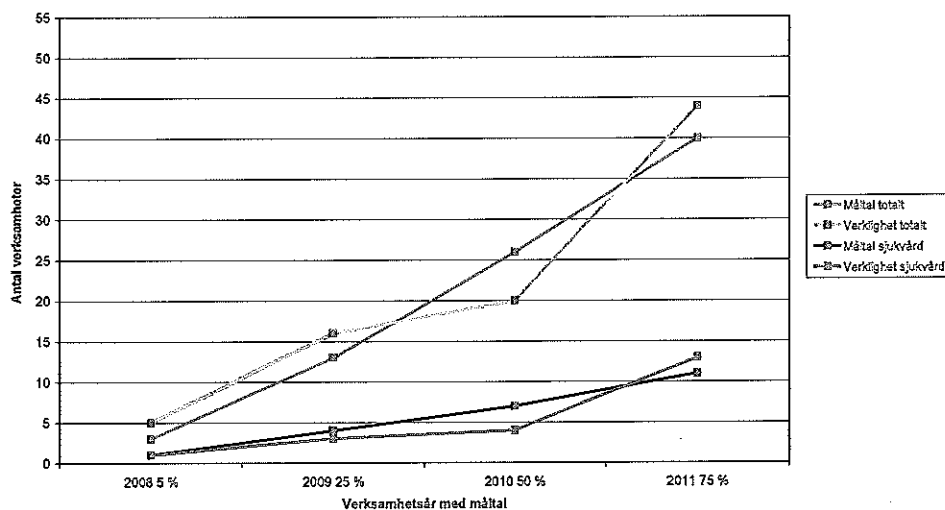
## 5.5 Fråga 5 – Har Västfastigheter fått ett utökat ansvar för säkerhetsanläggningar?

**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

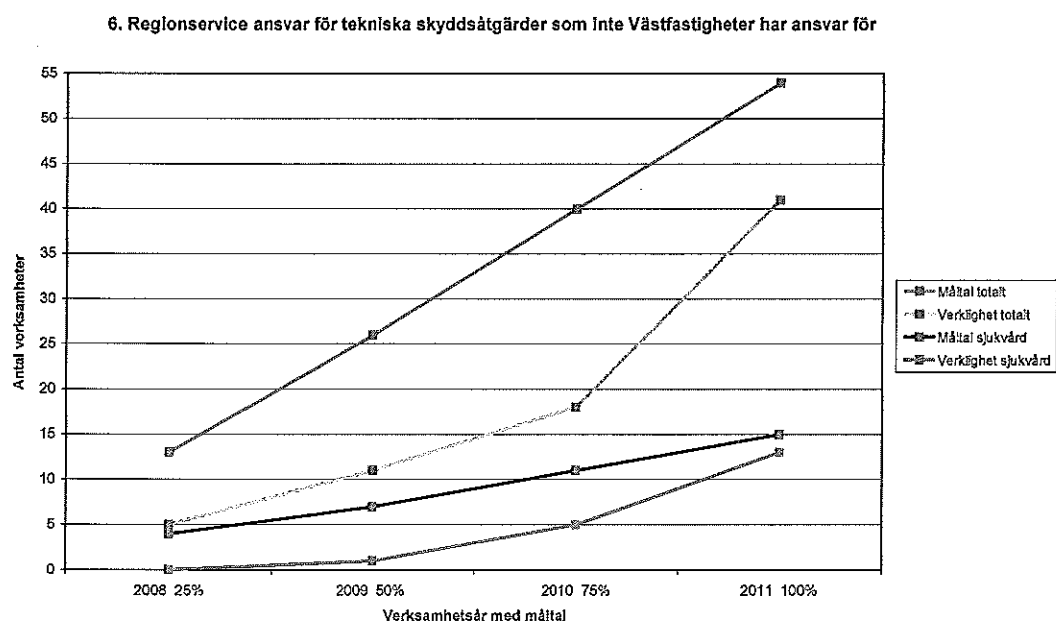
## 5.6 Fråga 6 – Har Regionservice ansvar för tekniska skyddsåtgärder?

**Mål 4** Att Regionservice 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 Regionservice 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 Regionservice.

Måltal för 2012 är att Regionservice har ansvar för alla verksameters 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.



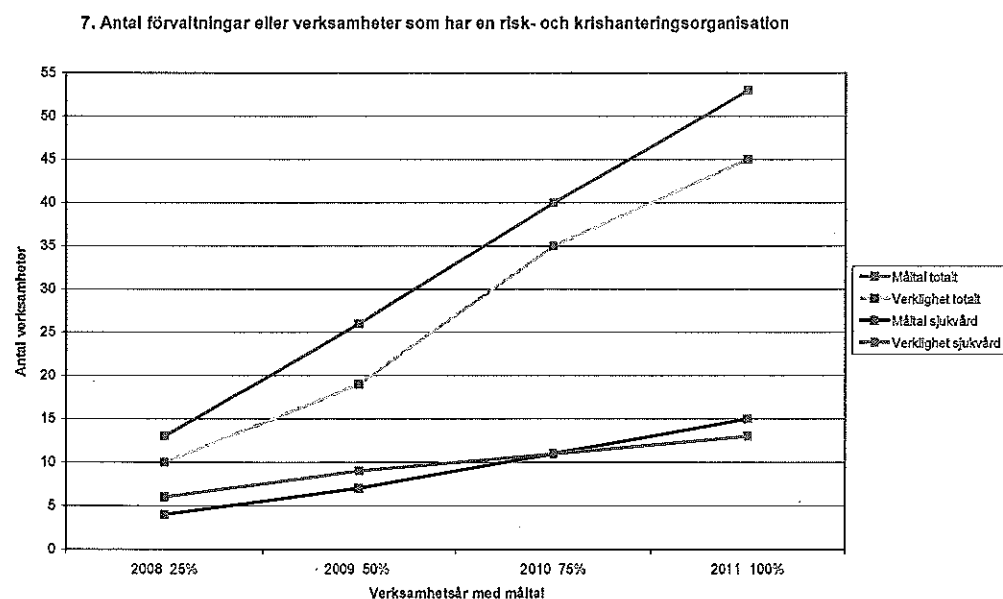
Figur 14 Andel verksamheter där Regionservice har ansvar för tekniska skyddsåtgärder

## 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?

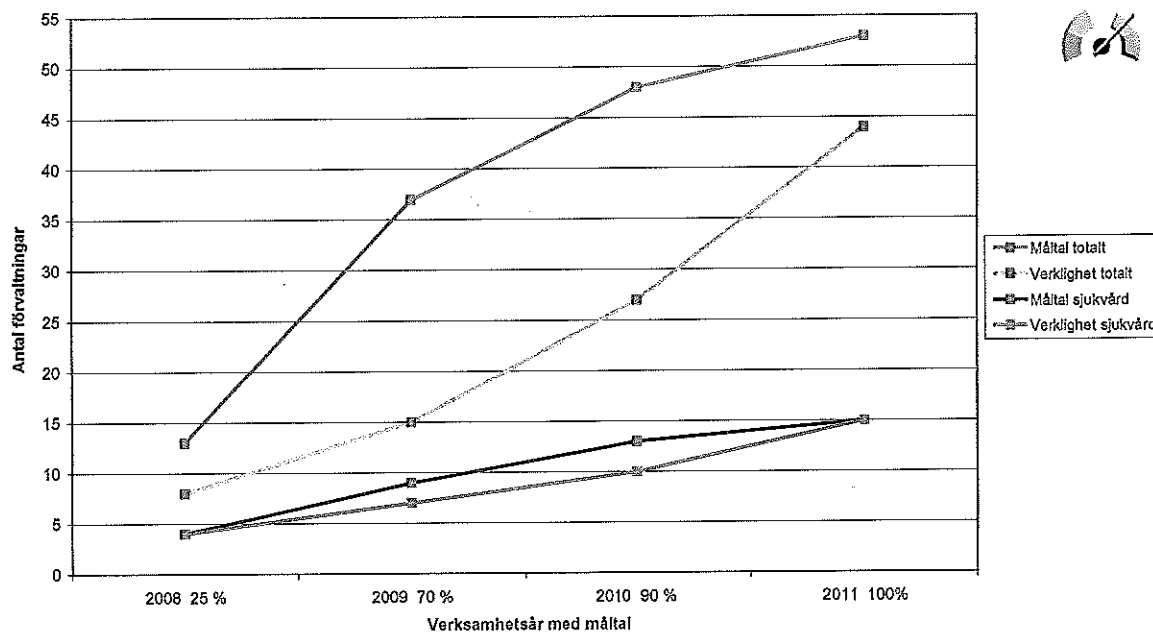
**Mål 5** Att alla förvaltningar etablerar en ändamålsenligt risk- och krishanteringsorganisation och upprättar handlingsplaner för att uppnå en relevant säkerhetsnivå.

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



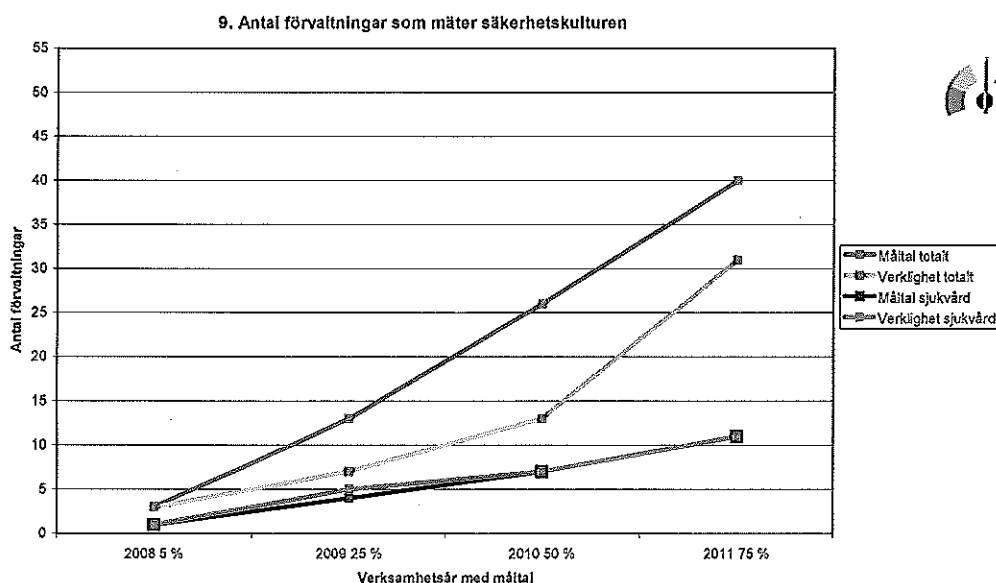
Figur 16 Andel verksamheter som har handlingsplan fastställd av nämnd/styrelse

## 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.



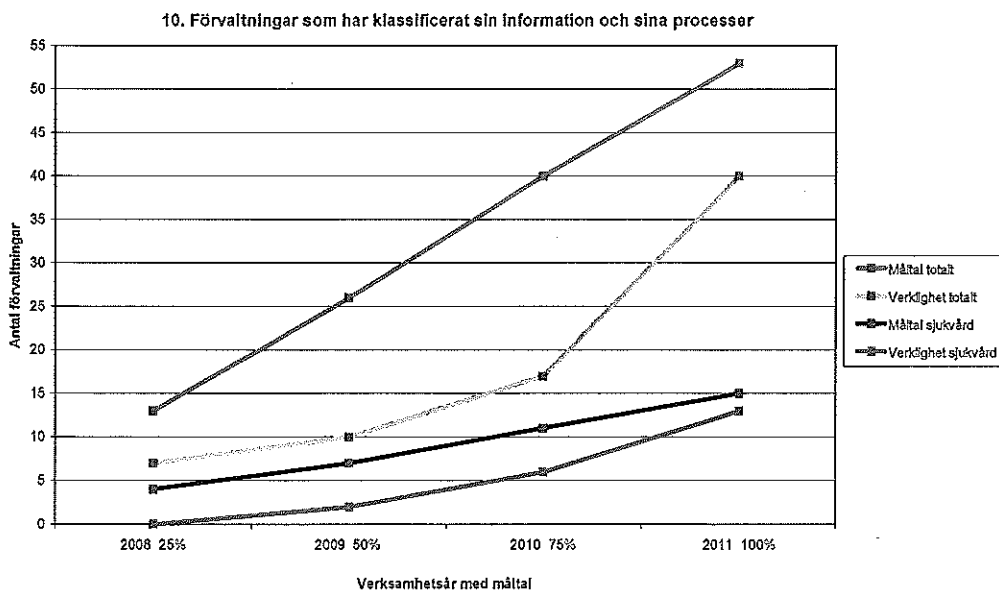
Figur 17 Andel verksamheter som mäter säkerhetskulturen

### 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

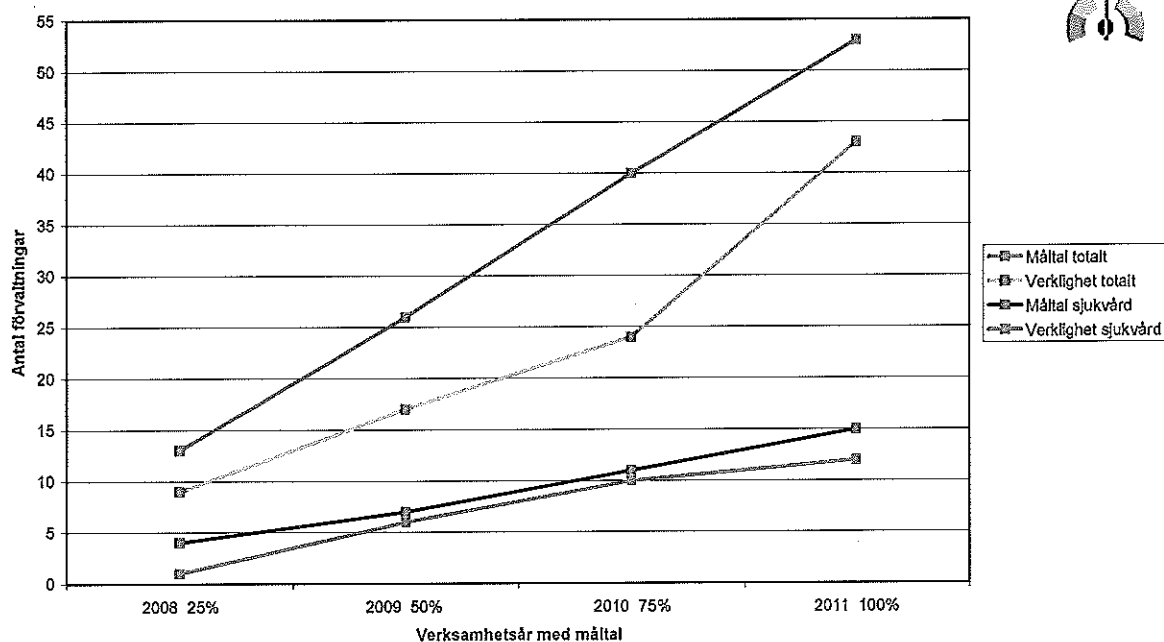
## 5.11 Fråga 11 – Tillämpas regelverk som beskriver krav på hur IT-stödet ska utvecklas?

**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	Plan		Verkligt måltal 2011	
			Totalt	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 krishanteringsorg	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 Rehabilitering & hälsa har redovisat att inga åtgärder har genomförts.

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

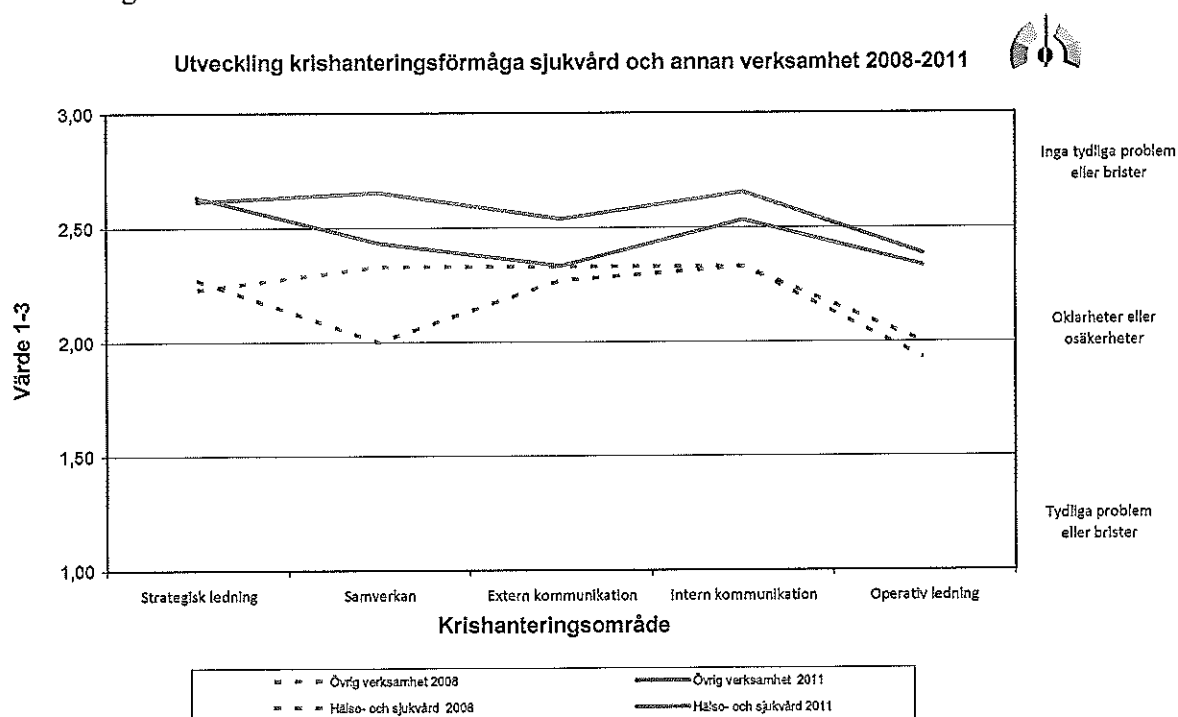
Följande är en sammanställning av angivna svar på fråga 6 kring bedömning av aktuellt läge för krishanteringsförmågan inom 5 områden. Verksamheterna har bedömt sin krishanteringsförmåga inom följande fem områden:

- 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 informations säkerhet. 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 våldssituation. 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 Hälso- 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 (SÄS)
  - 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 händelser<sup>13</sup> 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](http://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 verksamheters 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.

---

<sup>13</sup> 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 resiliens<sup>14</sup> 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 patientsäkerhetslagen<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Resiliens innebär här förmåga att motstå och återhämta sig från störningar

<sup>15</sup> 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

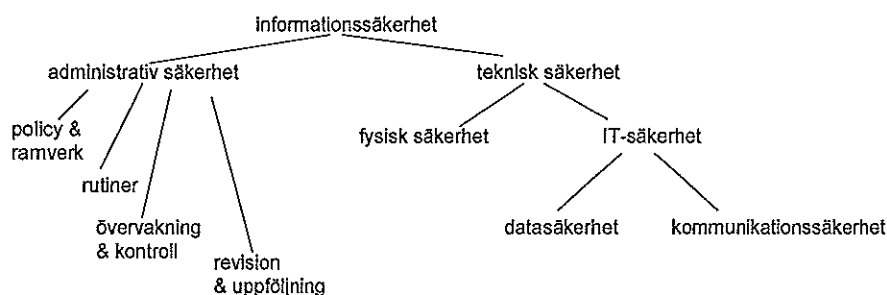
De vanligaste svaren på fråga om vilka övergripande och gemensamma risker som behöver hanteras handlar om problem med IT utifrån olika perspektiv. I svaren på fråga 7 i mallen (bilaga 1) anges problem med exempelvis; gemensamma nätverk, IT-avbrott, IT-frågor, gemensamma servrar, säkerheten i kommunikation 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.

Ansvaret 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 slutrapport<sup>16</sup>

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.

---

<sup>16</sup> 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><b>Rött/DÄLIGT:</b> Vi är långt ifrån att uppnå uppsatta mål. Mycket arbete återstår.</p> <p><b>Orange/VARNING:</b> Vi är inte riktigt nära att nå målen. En hel del arbete återstår</p> <p><b>Gult/OK:</b> Vi är på gång att nå våra mål. Vi är på rätt väg</p> <p><b>Ljusgrönt/BRA:</b> Vi bedömer att vi når våra mål.</p> <p><b>Mörkgrönt/UTMÄRKT:</b> 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

<b>1</b> Inga tydliga brister/problem	<b>2</b> Oklarheter/ osäkerheter	<b>3</b> Tydliga brister/problem
---	--	--

### 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):

### Personssäkerhet

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

### Hälsa- och sjukvård

10. Frågor för verksamheter inom hälso- och sjukvård
- Finns kontinuitetsplaner upprättade på förvaltnings- och/eller verksamhetsnivå? Svar: Ja  Nej
  - Finns tydliga och kända rutiner kring förvaltning av behörigheter? Svar: Ja  Nej
  - 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.

- Redovisa granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn
- Redovisa riskanalyser som har genomförts avseende informationssäkerheten
- Redovisa förbättringsåtgärder som har vidtagits avseende informations-säkerheten



# Ärende 5

Ärende 5



**Tjänsteutlåtande**

Datum 2012-09-03  
Diarienummer NU 126/2012

**Ledningskansliet**

Handläggare Anne Elfving  
E-post [anne.elfving@vgregion.se](mailto:anne.elfving@vgregion.se)

---

Styrelsen för NU-sjukvården

## Motion om kultur i vården

Regionstyrelsen har remitterat en motion från Karin Greenberg (c) om kultur i vården till styrelsen för NU-sjukvården för yttrande.

Motionen har beretts av chefsjuksköterska och chefen för NU-biblioteket.

### Nuvarande kulturverksamhet

NU-sjukvården har tidigare, genom biblioteket och andra samarbetspartners, bedrivit en omfattande kulturverksamhet under åren 1989-2007. Bibliotekets verksamhet är sedan 2008 inriktat till att vara medicinskt fackbibliotek.

Den verksamhet som bedrivs idag gentemot patient är tillgången till biblioteksrummet med möjlighet till dagstidningar, tidskrifter, datorer, musik och film. I Uddevalla bedrivs ett antal bokvagnsronder. Biblioteket har service för utlån av hjälpmedel för funktionshindrade ex. DAISY, storstil. Biblioteket lånar också ut CD-spelare, DVD-spelare.

Personalen i NU-sjukvården har tillgång till delar av ovan beskrivna verksamhet.

Biblioteket bedriver i dagsläget ingen typ av kulturarrangemang, biblioteksrummet har dock använts av HFS (Hälsofrämjande sjukvård) med aktiviteter för NU-sjukvårdens personal. Vid dessa tillfällen är NU-sjukvårdens hälsocoach ansvarig.

### *Psykiatrin*

NU-sjukvården har relativt nyligen startat upp den nya rättspsykiatriska avdelningen på Brinkåsen. Centralt för det kulturella innehållet i vården är aktivitetshuset som bland annat innehåller bibliotek och musikrum. I planeringen finns också att starta teatergrupp/grupper. Genom de lärare som anställts kommer det också att anordnas besök på museer, som en del av studiecirkel.

### *Barn- och ungdomssjukvården*

Clowner kommer från Göteborg fem gånger/termin, där tre av tillfällena bekostas av barncancerföreningen Västra Sverige och två av stiftelsen "Min Stora Dag".

Julfest för alla diabetiker upp till 10 år anordnas varje år i början av december, vilket bekostas av Diabetesföreningen i Norra Älvsborg och av NU-sjukvården.

Julgransplundring varje år som bekostas av lekterapins budget.

Teaterföreställningar genomförs några gånger per år. Detta bekostas med pengar som skänks till Barn- och ungdomskliniken.

Till alla fester inbjuds kroniskt sjuka barn, som det finns många av. Det är både bra och väldigt roligt för dessa barn att få komma till sjukhuset utan att träffa doktorn och ta prover.

### **Möjlig verksamhet**

Det är möjligt att utveckla verksamheten på olika sätt, att göra projekt och olika arrangemang, som både främjar patienters tillfrisknande och är personalbefrämjande. Det finns dock inte resurser till att kunna genomföra detta idag.

Kerstin Mattsson  
Chefsjuksköterska

Christina Hurtig  
Bibliotekschef

Handläggare: (KH) ✓ Chofsjukstörskan
Kopia: Sjukvårdir (LH) ✓ Soc sty (AE) ✓

Ledningskansliet för NU-sjukvården Ankom 2012-05-11 D nr. 12610/2012
---

Avdelning:

Handläggare:

**Britt-Marie Gustafsson**

Datum:

2012-05-09

Diarienummer:

RS 1005-2012

Till  
Hälso- och sjukvårdsutskottet  
Kulturnämnden  
Styrelsen för NU-sjukvården  
Styrelsen för SKAS

## Motion av Karin Greenberg (C) om kultur i vården

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

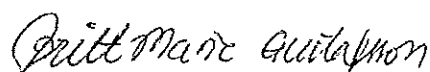
Av motionssvaret skall framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras. I svaret ska också anges om det redan nu pågår verksamhet eller motsvarande i enlighet med motionens intentioner. Någon mer omfattande utredning i sakfrågorna ska inte göras i samband med besvarandet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

Motionssvaret tillsammans med protokollutdraget ska vara regionkansliet tillhanda senast den 30 september 2012. Ange vårt diarienummer när svaret sänds in.

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

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

Med vänlig hälsning

  
Britt-Marie Gustafsson

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN Vänersborg
Inkom 2012 -04- 17
Dnr RS 1005-2012(1)



Motion till Västra Götalands regionfullmäktige

## Kultur i vården

Det finns ett tydligt samband mellan kultur och hälsa. Kultur är lika avgörande för hälsan som motion och kulturupplevelser kan aktivt bidra till hälsa. Alla invånare i Västra Götaland ska ha möjlighet att delta i kulturlivet eftersom det gör oss gladare och friskare. Kulturupplevelser och kulturaktiviteter är nycklar till god folkhälsa.

För att möta morgondagens behov av vård och omsorg är det viktigt att förebyggande och rehabiliterande terapier med ett salutogent synsätt prioriteras. Kultur främjar det salutogena perspektivet som bör genomsyra vård och omsorg. Centerpartiet vill utveckla samarbetet med kulturlivet och samtidigt förbättra vården i Västra Götaland genom att erbjuda kulturupplevelser för vårdtagare i vård och omsorg.

Kultur i vården innebär en helhetssyn på människan, där kultur ses som ett komplement till den medicinska vården och syftar till kommunikation, sinnlig stimulans och livsglädje i vården. Främst bör kulturaktiviteter i vården rikta sig till vårdtagare som har långvariga kontakter och vistelser på sjukhus och särskilda boenden som psykiatri, stroke, barnsjukvård, habilitering och äldreomsorg. Exempel på kulturaktiviteter är bild, musik, litteratur, trädgårdsterapi, djur i vården, massage och dans.

Goda exempel från kultur i vården är många. Både i Stockholm och i region Skåne arbetar man framgångsrikt med kultur i vården. I Stockholms län kan alla enheter med vårdtagare som vistas en längre tid inom vården boka kulturprogram till ett subventionerat pris. Det finns drygt 100 kulturprogram att välja bland som presenteras i två programkataloger, en för barn och en för ungdomar, vuxna. Urvalet har gjorts genom audition och en jury som består av beställare inom vården samt kultur i vårdens personal. Landstingets enheter kan kostnadsfritt beställa ett program per månad och avdelning. Kommunala och privata servicehus/sjukhem betalar 50 procent av priset. Kulturnämnden i Stockholm delar även ut projektstöd till återkommande kulturverksamhet inom vården. Verksamheten ska komplettera utbudet i katalogerna, t.ex. musikverkstäder för barn. Årligen beviljas stöd till cirka 10 projekt. Detta stöd gäller endast vårdenheter inom Stockholms läns landsting.

Kulturrådet har genom ett regleringsbrev från regeringen fått uppdraget att lyfta fram sambandet mellan kultur och hälsa och har tagit fram en strategi Kultur och Hälsa 2010—2012 där även kultur i vården lyfts fram (läs mer på <http://www.kulturradet.se/sv/verksamhet/Kultur-och-halsa/>).

Med anledning av ovan yrkar jag

- att Västra Götalandsregionen ska satsa på kultur i vården genom att ta fram en katalog för kulturprogram,
- att i vården prioritera kulturprojekt riktat mot vården

Göteborg 120417

Karin Greenberg (C)  
Regionfullmäktigeledamot

Mr  
B-M  
Gustafsson

# Ärende 7

Ärende 7

## **Anmälningssärenden**

### **Inkomna skrivelser**

Kommittén för Dalslands sjukhus, skrivelse om operationsverksamheten vid Dalslands sjukhus 2012-08-09.

Regiondirektören, rekommendation angående principer för två-åriga överenskommelser mellan beställare och utförare, 2012-09-06

### **Regionstyrelsen**

Förlängd tid för serviceöverenskommelser, beslut 2012-09-04, § 163



# Ärende 8

Ärende 8

2012-09-12

Dnr 2012/8

## Anmälan av delegationsbeslut

*Inga delegationsärenden för anmälan till styrelsens sammanträde 21 september 2012 har rapporterats in.*



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN  
NU-SJUKVÅRDEN

# Ärende 7

Ärende 7



## **Anmälningssärenden**

### **Inkomna skrivelser**

Kommittén för Dalslands sjukhus, skrivelse om operationsverksamheten vid Dalslands sjukhus 2012-08-09.

Regiondirektören, rekommendation angående principer för två-åriga överenskommelser mellan beställare och utförare, 2012-09-06

### **Regionstyrelsen**

Förlängd tid för serviceöverenskommelser, beslut 2012-09-04, § 163



# Ärende 8

Ärende 8





2012-09-12

Dnr 2012/8

## **Anmälan av delegationsbeslut**

*Inga delegationsärenden för anmälan till styrelsens sammanträde 21 september 2012 har rapporterats in.*

