

Kvalitets- och verksamhetsberättelse 2022



Lisa Fält, VD
Johan Lindblom, Regionchef Östergötland
Eva Jansson Wendefors, Regionchef Västergötland

Bakgrund

Bolagets verksamhet omfattar boende jämlikt Socialtjänstlagen (SoL) med inriktning mot vuxna män och kvinnor med psykiska funktionshinder samt boende och daglig verksamhet jämlikt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheter bedrivs i Rimforsa i Östergötland samt i Nossebro i Västergötland.

Ägarförhållanden

Bolaget är helägt dotterbolag till Södra Innergården AB, 556598-9091.

Väsentliga händelser under verksamhetsåret

Våra ledord, lika värde, individuella behov, jämställdhet, kvalitet, öppenhet och transparens, miljö arbetas med kontinuerligt och följs upp årligen. Ledorden ska genomsyra hela verksamheten och det medför att olika arbetsgrupper under året arbetar med att bryta ner de övergripande målen till detaljerade mål för verksamheten.

2022 har Schedevi Psykiatri AB firat 80 år som privat familjeägd vårdgivare i Sverige. Detta 80-årsjubileum har firats både i Östergötland och Västergötland samt uppmärksammats i lokala tidningar. Både äppelmusten och honungen som producerats på Schedevi var några av innehållet på buffébordet för både boende och personal.

I slutet av året var våra båda LSS-enheter i Västergötland fullbelagda och har så varit under större delen av året med en beläggningsgrad på 94,7 %. Fortsatt fokus har varit beläggningsgraden på korttidsboendet samt omvårdnadsenheterna i Västergötland, och det har gett resultat. Årets beläggningsgrad var 88,3 % mot föregående års beläggningsgrad på 74,1 %. Vi har under året vunnit ramavtalsupphandlingar med Göteborgs Stad BmSS enligt LSS och SoL - bostad med särskild service samt Bostad med särskild service enligt LSS och SoL samt daglig verksamhet enligt LSS med Kungsbacka kommun.

Schedevi HVB i Östergötland har en fortsatt mycket stabil beläggning och med en målgrupp som har omfattande behov av stödinsatser. Beläggningsgraden under året var 90,6 %. Vi har under året vunnit en ramavtalsupphandling med Linköpings kommun, HVB-platser för individer med psykisk funktionsnedsättning.

Miljöarbetet inom fastighets- och vårdbolagen fortlöper med engagerade medlemmar både från Östergötland och Västergötland. 2022 års miljöledningssystem fokuserar på följande områden: el- och energianvändning, utsläpp, transporter, avfall/återbruk, matkonsumtion och att engagera klienter och personal. Detta år har vi som en del av miljöarbetet producerat egen äppelmust från vår äppelodling samt honung från eget bisamhälle.

Hösten 2022 förvärvade fastighetsbolaget vårdfastigheten Sävrarp 1:112 i samhället Rydaholm, utanför Värnamo av Värnamo kommun. Fastigheten lämpar sig mycket bra för vår verksamhet och är på drygt 1600 kvadratmeter. Bolaget räknar med att så fort som möjligt påbörja den smärre ombyggnationen av byggnaden och då även inkludera taket. Tanken är att det ska vara en egen region inom vårdföretaget, region Syd, med ca 35 platser.

Bolagets förväntade framtida utveckling

Vår uppfattning är att det är fortsatt efterfrågan på platser av mer komplex karaktär vilket naturligtvis påverkar beslut för vår verksamhet samt inriktning framåt.

Fortsatt kvalitetsarbete med fokus på mål, vision och styrdokument ger oss en gemensam målbild inom bolaget som följs upp årligen i verksamheten.

Det uppstartade mer strukturerade miljöarbetet i Schedevi kommer att fortgå och förhoppningsvis även utvecklas ytterligare, vilket påverkar både miljön och Schedevi i positiv bemärkelse.

Utöka vår verksamhet på ny ort, Värnamo. Vilken inriktning och hur många platser samt tjänster ligger i närtid att utarbeta. Vi är mycket stolta över vår verksamhet och vill sprida ”Schedevikvalité”.

Trenden att det är svårt med kompetensförsörjningen i vår bransch fortlöper. Vi har vidtagit diverse åtgärder som vi hoppas ska hjälpa oss i rekryteringsarbetet. I Västergötland har vi sedan några år tillbaka startat upp ett samarbete med Campus Lidköping för validering av personal.

Schedevis vision

Schedevi skall vara en kvalitativ och marknadsledande vårdgivare i Sverige för psykiskt och fysiskt funktionsnedsatta med ett komplext och varaktigt behov av stöd, tillsyn och omvårdnad.

Schedevis ledord

lika värde

individuella behov

jämställdhet

kvalitet

öppenhet

transparens

miljö

Ekonomisk ställning 2022 - flerårsjämförelse

	2022	2021	2020	2019	2018
Nettoomslutning	125 133 909	114 167 696	108 731 698	106 750 244	93 718 615
Res e finansiella poster	17 542 744	12 258 649	8 810 447	8 452 560	4 645 265
Balansomslutning	64 444 853	57 110 761	45 071 762	37 304 381	30 630 409
Soliditet (%)	58,96	42,39	73,03	70,11	67,58

Produktion av boende, stöd och omvårdnad 2022.

Schedevi producerade totalt 23 140 vård dygn 2022 och hade en beläggningsgrad på 90,6 %. Av dessa producerades 11 900 i Östergötland med en beläggningsgrad på 90,6 % och 11 240 i Västergötland samt en beläggningsgrad på 90,6 %.

Schedevis kvalitetsarbete

Rutiner, policys och processbeskrivningar utvecklas och tillhandahålls i ett digitalt arkiv. Det innebär att samtliga enheter och medarbetare ständigt har tillgång till den mest aktuella versionen av ledningssystemet.

Ledningsansvar för kvalitetsarbetet

Huvudman (vårdgivare) för verksamheten är Schedevi Psykiatri Aktiebolag och ytterst ansvarig för att det finns ett ledningssystem för verksamheten är VD.

Respektive verksamhets föreståndare har ett delegerat ansvar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Föreståndaren är enligt verksamhetens ledningssystem ålagd att utföra ett stort antal uppgifter inom ramen för ledningssystemet. Dessa uppgifter finns definierade i befattningsbeskrivning, rutiner och annan dokumentation. Arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet rapporterar föreståndaren fortlöpande till vårdgivare.

Föreståndare

Schedevi HVB – Maria Bäcklund

Schedevi LSS (Graniten, Sturegatan) – Jennie Andersson

Schedevi SoL (Korttidsboendet, Omvårdnadspsykiatriskt boende) – Niclas Svensson

Kvalitetspolicy

Schedevi Psykiatri AB ska vara en vård- och omsorgsgivare som kännetecknas av en kontinuerlig utveckling och där ständiga förbättringar införs i verksamheten till nytta för klienter, medarbetare, kunder och ledning samt övriga intressenter.

Detta skall vi uppnå genom ett ledningssystem som ger stöd för vår planering, ledning, kontroll, uppföljning, utvärdering och förbättring av våra verksamheter.

Vidare skall ledningssystemet klargöra fördelning av ansvar och arbetsuppgifter.

Kvalitetsmål

Verksamheterna har använt sig av mätbara kvalitetsmål under lång tid nu. Under 2022 har vi bland annat arbetat med att mäta antalet aktivitetsinsatser per klient och år mot genomförandeplanen. Vi har även analyserat och kartlagt anledningarna till läkemedelsavvikelsena.

Systematiskt förbättringsarbete

Erfarenheter från här nedan nämnda aktiviteter ligger till grund för ständiga förbättringar av ledningssystemet och verksamheterna inom Schedevi Psykiatri:

- Riskanalys
- Egenkontroll
- Hantering av klagomål och synpunkter
- Hantering av rapporter från rapporteringskyldiga

Risakanalys

Arbetsledningen genomför fortlöpande riskanalyser inom flera områden av verksamheten till exempel inom patientsäkerhetsområdet och som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det förenade syftet med dessa riskanalyser är att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att vår verksamhet inte skulle leva upp till de krav och mål som ställs i de lagar och föreskrifter som reglerar vår verksamhet. Målet är att vi ska kunna uppskatta sannolikheten för att en viss händelse ska inträffa samt att vi gör en bedömning av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Vi utför vår riskanalys i patientsäkerhetsarbetet regelbundet vid de tillfällen som genomförandeplanen revideras vilket sker på bestämda tillfällen med mellan 3 och 6 månaders mellanrum. Riskanalysen dokumenteras väl i journal. Utöver detta görs kontinuerliga riskbedömningar på en daglig basis och som utgår från de insatser som ska genomföras. Dessa bedömningar görs av medarbetarna som kan ta stöd av andra professioner som sjuksköterska, arbetsterapeut, föreståndare eller läkare.

Risakanalysen blickar mot framtiden och riskbedömningen är en färskvara.

Risakanalysen genomförs som rutin redan vid en placeringsförfrågan. Under introduktionsprocessen fördjupas analysen och breddas till att även omfatta revideringar av risker hos befintliga klienter vid det boendet den nya klienten ska placeras. Sammanfattningsvis kan sägas att individuella risker läggs samman och utgör en sammanvägd bedömning av en enhets totala risk.

Föreståndaren kan besluta om att riskanalyser ska genomföras med ett intervall som avviker från rutinen. Detta kan vara fallet vid utåtagerande beteende eller ett allvarligt somatiskt sjukdomstillstånd.

Vid risk för utåtagerande beteende använder sig verksamheten av våldsriskskalan Bröset violence checklist (BVC). Det är en metod att förutsäga en klients risk för aggressivt utbrott eller våldsamt beteende under kommande 24 timmar, en typ av farlighetsbedömning. Metoden har tagits fram genom vetenskaplig metod på ett rättspsykiatriskt sjukhus i Norge. Syftet har varit att bättre ta till vara de observationer vårdpersonalen gjort när det gäller klienters riskbeteenden kopplade till våld. Skattningen ger en poängsumma som ger vårdpersonalen direktiv om nästkommande åtgärd.

Egenkontroll

Egenkontrollen syftar till att kontrollera hur väl verksamheterna följer uppställda rutiner, policies och processer i enlighet med de lagar och förordningar som styr våra respektive verksamheter. Egenkontrollerna initieras vanligtvis av huvudmannen och kan vara planerade såväl som oplanerade då orsaker till avvikelser behöver analyseras. Egenkontrollen är således ett instrument för att granska tidigare händelser och skeenden.

Under 2022 har egenkontroller avseende Narkotikahandtering utförts vid samtliga enheter hos huvudmannen. Vid dessa kontroller kunde vi konstatera de rutiner och arbetsmodeller som är aktuella följs i det närmaste helt utan anmärkning.

Hantering av klagomål och synpunkter

Företaget har tydliga rutiner för såväl muntliga som för skriftliga klagomål och synpunkter på enheterna. Det finns en brevlåda på samtliga enheter där klienter och anhöriga kan lämna synpunkter anonymt om så önskas. Inkomna synpunkter och klagomål distribueras till respektive föreståndare som beslutar om vidare åtgärd.

Under 2022 har de inkommit 15 synpunkter och klagomål

Dessa områden är

- Bemötande mot klient
- Vår tillgänglighet gällande telefon

Hantering av rapporter från rapporteringsskyldiga och andra avvikelser

Rutinen för avvikelshantering avser till att vi kan ta emot och utreda avvikelser och synpunkter på vår verksamhet som kan påverka kvalitet och arbetsmiljö. Denna rutin inklusive rutiner för synpunkter och klagomål samt rutiner för Lex Sarah och Lex Maria, har som målsättning att kunna ta emot och utreda situationer och händelser från de som är rapporteringsskyldiga likaväl som klagomål.

Lex Maria

2 ärenden har utretts enligt rutinen för Lex Maria men inte bedömts föranleda vidare åtgärd.

Lex Sarah

4 ärende har utretts enligt rutinen för Lex Sarah men inte bedömts som anmälningspliktig.

Avvikelsehantering

Schedevi registrerar avvikelser i ett datorprogram för att underlätta analys och återkoppling. Under 2022 har systemet mottagit 304 interna avvikelser fördelade inom sex områden. Dessa områden innefattar arbetsmiljö, incident, HSL, fall, klagomål och synpunkter samt alla övriga avvikelser. I tabellen nedan går att utläsa att på Sturegatans LSS boende i Västergötland förekommer det flest registrerade incidenter (bla hot och våld) per boendeplats. Schedevi HVB har en utmärkande del avvikelser kopplat till läkemedel vilket till stor del kan förklaras med att flera klienter som är placerade där i större utsträckning motsatt sig att ta sina ordinerade läkemedel.

Schedevi	Arbetsmiljö	Incident	HSL	Avvikelse övrigt	Fall	Klagomål Synpunkter
Schedevi HVB	1	11	53	5	21	0
Graniten LSS	9	5	5	6	0	0
Sturegatan LSS	5	73	6	6	3	0
Omv. Psyk., Furubacken	6	3	2	6	3	0
Korttids., Furubacken	13	8	10	1	7	0
Omv. Psyk., Rågvägen	10	1	7	15	0	3

Arbetsmiljö

Inom det här området varierar det väldigt mycket om vad avvikelserna handlar om. Exempel på områden som beskrivs är hög ljudnivå hos klient, icke fungerade akutlarm och personalbrist med mera.

Alla avvikelser inom detta område har lösts utan dröjsmål.

Incident

Under denna rubrik samlas negativa händelser och tillbud som orsakas av klientens sjukdomsbild och/eller eget beteende. Exempelvis registreras utåtagerande beteende, hot, kränkningar mm. Under 2022 registrerades det jämnt antal jämfört med föregående år.

HSL

Här registreras alla avvikelser som är kopplat till HSL området. Det är bland annat läkemedel, kateter, provtagningar och allt annat kopplat till behandling och omvårdnad kring det. Under 2022 minskade läkemedelsavvikelserna med 25 %. Personalen på de olika enheterna utförde totalt ca 62 000 läkemedelsdelningar under 2022. 83 avvikelser registrerades så procentuellt sätt en oerhört låg differens.

Avvikelse Övrigt

Under denna rubrik samlas alla negativa händelser eller tillbud där orsaken handlar om brister i verksamheten som exempelvis bristande rutiner, bemanning, organisation med mera.

Kvalitetsindexmätning 2022

SSIL har arbetat med kvalitetsenkäter/intervjuer sedan 1999. På uppdrag av Schedevi har man intervjuat ansvariga placerare med syfte att fånga upp synpunkter, erfarenheter och bedömningar av verksamheter. Data och information samlas in genom telefonintervjuer med ansvarig placerare. Ansvarig placerare, respondent, får svara på ett förutbestämt och enhetligt frågeformulär/enkät. Frågornas formulering redovisas i avsnitt i den fullständiga rapporten.

Alla aktuella/pågående placeringar under den senaste 12-månaders perioden utgör underlaget för att genomföra intervjuerna. Det eventuella bortfall som blir orsakas av att ansvarig placerare har slutat eller bytt jobb och en ny person kanske inte har blivit tillräckligt insatt i placeringen för att kunna svara på frågorna vid intervjutillfället.

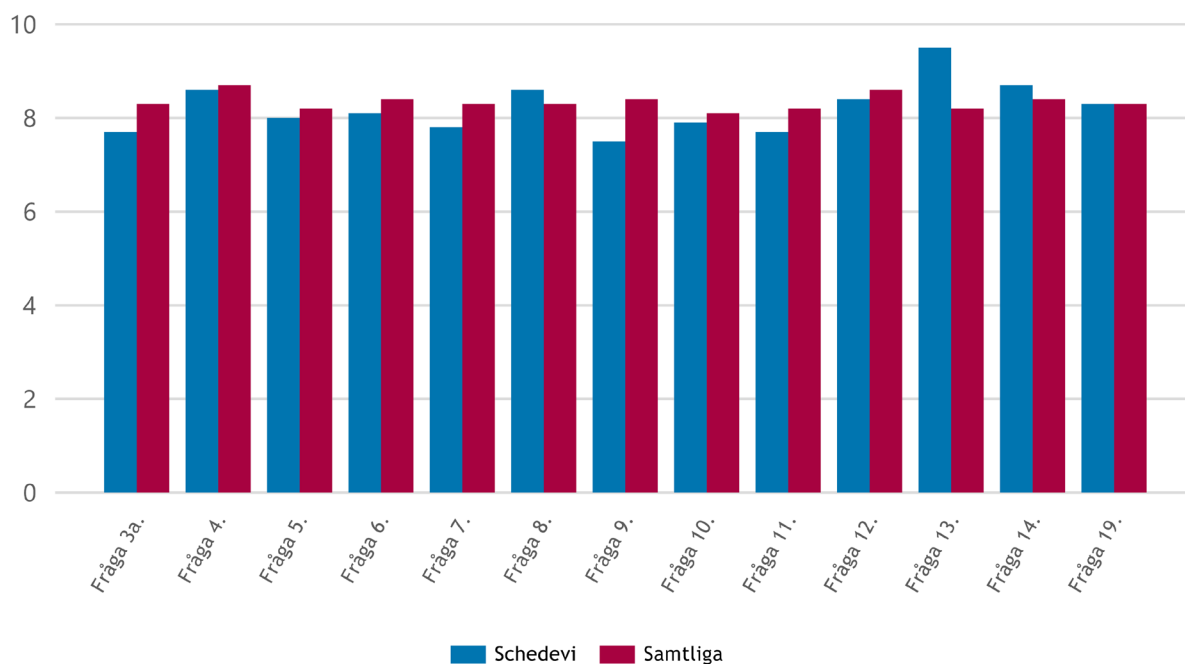
När samtliga intervjuer har genomförts sammanställs hela rapporten. Till den bifogas en separat rapport med uppgifter om ev. bortfall.

Schedevis fullständiga rapporter finns för handläggare här; <http://www.ssil.se/sök-verksamhet-och-kvalitetsindex>

Nedan finns sammanfattningar av de undersökningar som gjorts under 2022 för de aktuella verksamheterna.

Schedevi Västergötland SoL

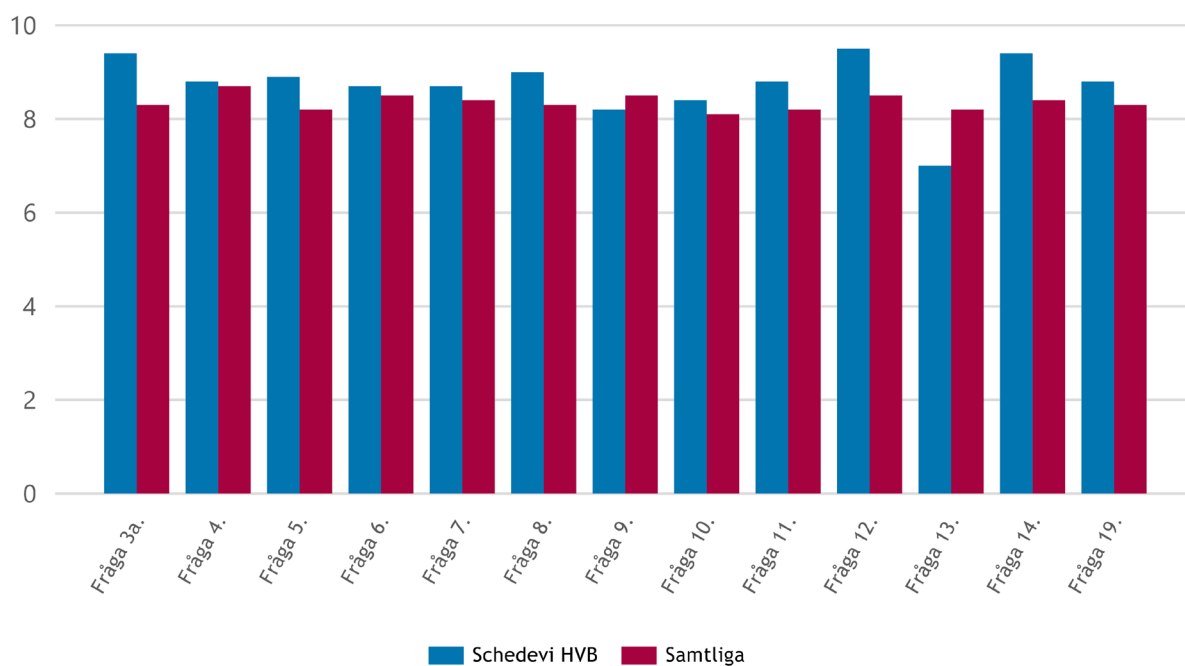
Jämförelse mellan den aktuella verksamheten och samtliga intervjuade verksamheter



Medelbetygen bygger på intervjuer genomförda:	2022-04-21 - 2023-04-20	2022-04-01 - 2023-03-31
Antal intervjuer:	16	2787
Medelbetygen för samtliga frågor (av 13 möjliga):	8,2	8,3
Antal bortfall:	10	
Fråga 3a. Information om verksamheten	7,7	(8,3)
Fråga 4. Mottagande och introduktion	8,6	(8,7)
Fråga 5. Verksamhetens arbete kring genomförandeplanen	8,0	(8,2)
Fråga 6. Verksamhetens omvårdnadsinsatser	8,1	(8,4)
Fråga 7. Verksamhetens arbete med att motivera klienten	7,8	(8,3)
Fråga 8. Social kontroll	8,6	(8,3)
Fråga 9. Arbete och studier	7,5	(8,4)
Fråga 10. Fritidsaktiviteter	7,9	(8,1)
Fråga 11. Nätverksarbete	7,7	(8,2)
Fråga 12. Uppföljning och rapportering kring klienten	8,4	(8,6)
Fråga 13. Utslussning	9,5	(8,2)
Fråga 14. Placeringens lämplighet	8,7	(8,4)
Fråga 19. Helhetsbedömning	8,3	(8,3)

Schedevi Östergötland HVB

Jämförelse mellan den aktuella verksamheten och samtliga intervjuade verksamheter



Medelbetygen bygger på intervjuer genomförda:

2021-07-14 - 2022-07-13

2021-07-01 - 2022-06-30

Antal intervjuer:

24

2941

Medelbetygen för samtliga frågor (av 12 möjliga):

8,7

8,4

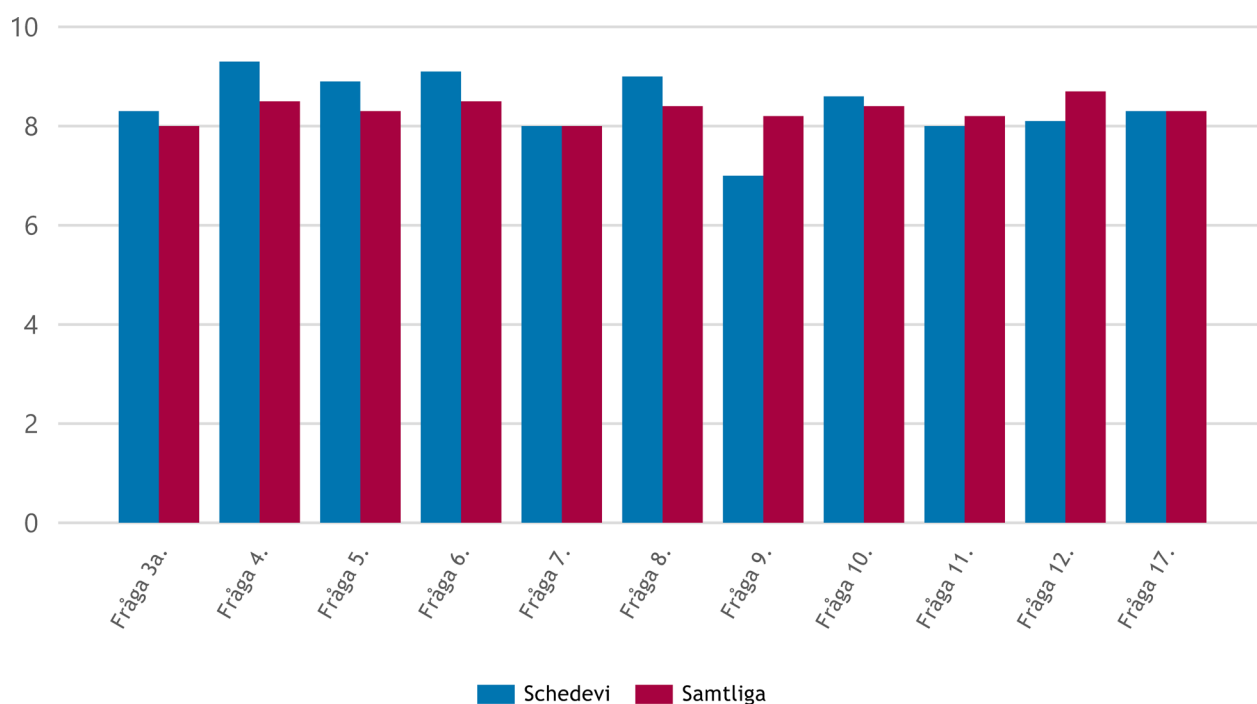
Antal bortfall:

27

Fråga 3a.	Information om verksamheten	9,4	(8,3)
Fråga 4.	Mottagande och introduktion	8,8	(8,7)
Fråga 5.	Verksamhetens arbete kring genomförandeplanen	8,9	(8,2)
Fråga 6.	Verksamhetens omvårdnadsinsatser	8,7	(8,5)
Fråga 7.	Verksamhetens arbete med att motivera klienten	8,7	(8,4)
Fråga 8.	Social kontroll	9,0	(8,3)
Fråga 9.	Arbete och studier	8,2	(8,5)
Fråga 10.	Fritidsaktiviteter	8,4	(8,1)
Fråga 11.	Nätverksarbete	8,8	(8,2)
Fråga 12.	Uppföljning och rapportering kring klienten	9,5	(8,5)
Fråga 13.	Utslussning	7,0	(8,2)
Fråga 14.	Placeringens lämplighet	9,4	(8,4)
Fråga 19.	Helhetsbedömning	8,8	(8,3)

Schedevi Västergötland LSS

Jämförelse mellan den aktuella verksamheten och samtliga intervjuade verksamheter



Medelbetygen bygger på intervjuer genomförda:	2020-04-20 - 2021-04-19	2020-04-01 - 2021-03-31
Antal intervjuer:	8	136
Medelbetygen för samtliga frågor (av 11 möjliga):	8,4	8,3
Antal bortfall:	2	
Fråga 3a. Information om verksamheten	8,3	(8,0)
Fråga 4. Mottagande och introduktion	9,3	(8,5)
Fråga 5. Verksamhetens arbete med uppdraget	8,9	(8,3)
Fråga 6. Verksamhetens omvårdnadsinsatser	9,1	(8,5)
Fråga 7. Fritidsaktiviteter	8,0	(8,0)
Fråga 8. Motivationsarbete	9,0	(8,4)
Fråga 9. Daglig verksamhet	7,0	(8,2)
Fråga 10. Nätverksarbete	8,6	(8,4)
Fråga 11. Uppföljning och rapportering	8,0	(8,2)
Fråga 12. Placeringens lämplighet	8,1	(8,7)
Fråga 17. Helhetsbedömning	8,3	(8,3)

Dataskyddsrapport Schedevi Psykiatri AB 2022

Skriven av dataskyddsombud Peter Ribba

Sammanfattning

Dataskyddsarbetet har fortsatt under 2022 med regelbundna möten. Det är ett otroligt stort arbete att följa alla föreskrifter och att vara beredd på, och ha rutiner för, allt som rör dataskydd. Och att dataskyddsarbetet är väl dokumenterat så att man kan visa att dataskyddsförordningen följs. Det är naturligtvis svårbedömt om Schedevi prioriterar rätt saker och ligger på en acceptabel nivå. Man kan i alla fall konstatera att det regelbundna arbetet är etablerat och att förbättringar sker. Ett exempel på förbättring är det under året inköpta verktyget GDPR Hero. En del brister och förbättringsförslag finns angivna i rapporten. Bristerna som beskrevs i förra årets rapport finns till största delen kvar.

Innehåll

Bakgrund	3
Beskrivning av arbetet	3
Fokus under året	3
Enkät	3
GDPR Hero	4
Övrigt	4
Rapporteringsområden	4
Registerförteckning	4
Styrdokument	4
Tekniska och organisatoriska åtgärder för personuppgiftsbehandlingar	5
Konsekvensbedömningar	5
Individens rättigheter	5
Personuppgiftsincidenter	6
Risker inom dataskydd	6
Planerat för nästa år	6

Bakgrund

Dataskyddsförordningen (General Data Protection Regulation, GDPR på engelska) antogs den 27 april 2016 och började gälla fullt ut den 25 maj 2018 i hela EU. Denna reglerar dataskyddet på ett delvis annorlunda och mer uttömmande sätt än tidigare lagstiftning.

Centralt begrepp i lagstiftningen är personuppgiftsbehandling, som innebär att hantera en personuppgift. Till exempel samla in, lagra, lämna ut, radera. En personuppgift är "varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person" enligt dataskyddsförordningen.

Personuppgiftsbehandlingen måste ha ett tydligt specificerat syfte och får endast utföras i detta syfte. När detta syfte inte längre föreligger måste behandlingen upphöra och uppgifterna raderas.

Personuppgiftsbehandlingen måste ha en av följande sex rättsliga grunder, samtycke, avtal, rättslig förpliktelse, intresseavvägning, skydd för den registrerades intressen och allmänt intresse.

Schedevi Psykiatri AB är personuppgiftsansvarig för de personuppgiftsbehandlingar som sker i företagets regi. Och är skyldigt att kunna visa att man efterlever dataskyddsförordningen.

Denna rapport från dataskyddsbudet beskriver dataskyddsarbetet under 2022 för att kunna visa hur verksamheten efterlever dataskyddsförordningen. Den följer upplägget från förra året med viss inspiration från andra dataskyddsrapporter.

Beskrivning av arbetet

Ett dataskyddsråd är inrättat och har möte varje månad. Under 2022 blev det 6 möten. Där ingår VD, regionchefer och administrativ chef. Dataskyddsbudet är även med på mötena. Arbetet med tillhörande dokument är organiserat i Microsoft Teams. Det blir fler och fler fysiska möten med, ibland någon enstaka deltagare som ansluter virtuellt i Teams plattformen. Och färre och färre helt digitala möten. Dataskyddsrådet behandlar frågor som kommer upp, nya personuppgiftsbehandlingar med mera. Det uppdaterar och publicerar styrdokumenterna på intranätet. Även en del allmänna IT frågor som inte direkt har med dataskydd att göra behandlas under dessa möten.

Fokus under året

Arbetet 2022 startade med höga ambitioner, kanske på grund av att ett nytt upplägg på Dataskyddsrapporten för 2021 tydligare pekade ut brister i dataskyddsarbetet.

Enkät

En enkät skickades ut till vissa medarbetare, ej avdelningspersonal, med fyra fokusområden: direktskanning, personuppgifter via email, gallring och hur man använder företagets elektroniska utrustning.

Sammanfattning och tolkning av svaren i enkäten:

Generellt sett så kan man lite grovt konstatera att hälften av de som svarar har en god övergripande koll på det mesta. Det finns en del säkerhetshål och kunskapsluckor som 4 behöver täppas till. Det finns risker för dataskyddet i områdena gallring och scanning. I personalens hantering av IT utrustningen finns risker för att olika system blottas för attacker, även personuppgiftsincidenter. Det är naturligtvis svårbedömt hur väl en självskattning stämmer överens med den verkliga situationen.

Det är oklart om resultaten av enkäten lett till åtgärder som ökat medvetandet om dataskyddsarbetet i organisationen.

GDPR Hero

Framåt våren övergick ambitionen till att köpa in ett verktyg för att styra upp dataskyddsarbetet. Resten av året fokuserades på det. GDPR Hero har köpts in. Arbetet med att föra över dataskyddsarbetet till detta verktyg är påbörjat. Verktyget och arbetet med att lägga in data spås höja kvaliteten på dataskyddsarbetet rejält. Arbetet med att föra in, kontrollera och korrigera uppgifterna kommer även att erbjuda en stor arbetsinsats.

Övrigt

På Schedevi i väst har bedrivits IT utvecklingsprojekt som inte har varit föremål för diskussion i Dataskyddsrådet.

Ett utkast till rutin för inköp av nya system har tillkommit.

Rapporteringsområden

För att kunna anses leda och styra dataskyddsarbetet så som Dataskyddsförordningen avser bör en Personuppgiftsansvarig informera sig om följande områden årligen: registerförteckning, styrdokument, tekniska och organisatoriska åtgärder för personuppgiftsbehandlingar, konsekvensbedömningar, individens rättigheter och personuppgiftsincidenter.

Registerförteckning

Det är ett krav enligt Dataskyddsförordningen artikel 30 att ha en förteckning över alla aktuella personuppgiftsbehandlingar, Registerförteckningen.

Den finns i ett Excel dokument, *Personuppgiftinventering och registerförteckning*, och det innehåller vid årets slut 56 personuppgiftsbehandlingar. Dokumentet bedöms i allt väsentligt omfatta de personuppgifter som behandlas. Hela registerförteckningen revideras kontinuerligt men inte som en separat punkt under året.

Schedevi har som tidigare nämnts köpt in ett system, GDPR Hero för att hantera dataskyddsarbetet. Detta kommer på sikt att höja kvaliteten på registerförteckningen. Registerförteckningen kommer att finnas i GDPR Hero och ligga till grund för olika rapporter.

Styrdokument

Enligt Dataskyddsförordningen artikel 5 ska den personuppgiftsansvarige kunna visa att förordningens principer för behandling av personuppgifter följs. Viktiga arbetsätt och rutiner ska därför vara dokumenterade, lätta att följa och väl förankrade hos medarbetarna.

Viktiga arbetsätt och rutiner finns dokumenterade i *GDPR – Rutiner och riktlinjer för chefer och andra befattningshavare* och det finns även rutiner beskrivna i andra dokument. Dataskyddsrådets arbete finns beskrivet i Ledningssystemet. Några rutiner finns även beskrivna i Blankettbiblioteket i själva blanketten. Till exempel: Samtycke till personuppgiftsbehandling, personuppgiftsincident – avvikelser. Inga rutiner verkar finnas i Personalhandboken. Enkäten som genomförts under året visar att ca 40% av medarbetarna utom avdelningspersonalen, vet var styrdokumentet för dataskyddsarbetet finns. Troligtvis är siffran ännu lägre ute på avdelningarna.

Arbetet fortsätter med att säkerställa att de dokument som finns är kända och tillämpas. Omstrukturering av intranätet är påbörjad, detta kommer troligtvis att underlätta överblicken även över styrdokumentet för dataskyddet. GDPR Hero kan även här höja kvaliteten.

Det skulle kunna finnas fler styrdokument och checklistor. Förteckningen över rutiner och dokument skulle kunna förbättras och innehålla direkta länkar till de olika resurserna. Alla dokument skulle kunna samlas på ett mer lättöverskådligt sätt och ha ägare som ansvarar för dem.

Tekniska och organisatoriska åtgärder för personuppgiftsbehandlingar

För att kunna skydda information med rätt säkerhet kan man informationsklassa den. Personuppgifter eller annan information har inte klassats med hjälp av något system. Men bedömningen känslig eller icke känslig finns angivet för personuppgiftsbehandlingarna i Registerförteckningen. Naturligtvis tas hänsyn till säkerheten i de olika systemen beroende på vad som lagras i dem. Men det finns inget dokumenterat. 22 system som behandlar personuppgifter finns förtecknade.

På detta område finns det alltså stora brister i dokumentationen. Och eventuellt finns information i organisationen, inte bara personuppgifter, som lagras med för låg (eller onödigt hög) säkerhet.

Att kartlägga och åtgärda bristerna underlättas inte av att dataskyddsombudet saknar kompetens att ge råd inom området informationsklassificeringssystem.

Konsekvensbedömningar

Det är ett krav enligt dataskyddsförordningens artikel 35.1 att en konsekvensbedömning skall utföras för alla personuppgiftsbehandlings som "sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter". Det finns beskrivet i artikel 35.

Några formella riskanalyser för om en konsekvensbedömning behöver göras har inte dokumenterats. Säkert sker detta informellt till viss del. Inga konsekvensbedömningar har gjorts. En extra modul, DPIA, har köpts till i GDPR Hero för att vägleda och underlätta dokumentationen av detta. Denna har inte kommit till användning ännu.

Dataskyddsombudet har inte kunnat ge några råd för när riskanalyser inför eventuella konsekvensbedömningar bör göras.

Individens rättigheter

Registrerade personer har enligt dataskyddsförordningen, artikel 12 – 22, ett antal rättigheter som på olika sätt ska garantera att den registrerade personen har insyn i hur dennes personuppgifter hanteras samt har en viss kontroll över personuppgiftsbehandlingen.

Informationstexter finns för de anställda i Personalhandboken och i Ledningssystemet. Och för kunder på hemsidan. Samt för arbetssökande i ett automatiskt svar vid ansökan via e-post.

Det finns en blankett för de anställda om det vill få ett registerutdrag. Det har inte förekommit någon begäran om registerutdrag.

Man skulle kunna informera mer vid anställning och följa upp regelbundet. Man skulle kunna dokumentera insatserna som gjorts för att informera personalen.

Personuppgiftsincidenter

Definitionen på personuppgiftsincident är enligt dataskyddsförordningen artikel 4.12 "en säkerhetsincident som leder till oavsiktlig eller olaglig förstöring, förlust eller ändring eller till obehörigt röjande av eller obehörig åtkomst till de personuppgifter som överförts, lagrats eller på annat sätt behandlats."

Det finns en blankett för att rapportera personuppgiftsincidenter i blankettbiblioteket. Denna förklarar och beskriver vad som behöver göras. Det är osäkert om all personal känner till blanketten och skulle upptäcka en personuppgiftsincident i sitt dagliga arbete.

Det har inte rapporterats någon personuppgiftsincident under året.

Man skulle kunna utbilda personalen mer och följa upp regelbundet. Man skulle kunna dokumentera insatserna som gjorts för att utbilda personalen.

Risker inom dataskydd

Risker har identifierats inom följande områden:

- Viss risk att registerförteckningen inte är korrekt
- Risk för okunskap om befintliga rutiner
- Risk att styrdokument inte är heltäckande, kända och lätta att använda
- Informationsklassificering saknas
- Kunskap om konsekvensbedömningar saknas
- Rutin för hantering av personuppgiftsincident är oprövad och innehåller kanske brister

Att dataskyddsombudet granskar sitt eget arbete som IT administratör i organisationen utgör naturligtvis en risk att organisationen får en felaktig bild av dataskyddsläget. Dock är kanske brist på erfarenhet och kompetens hos dataskyddsombudet en större riskfaktor.

Planerat för nästa år

Nästa år, 2023, kommer troligtvis att präglas av att föra in dataskyddsarbetet i GDPR Hero. Det kommer naturligtvis att vara ett omfattande arbete men kommer att höja kvaliteten allt eftersom. Att fylla i formulären i verktyget kommer också att garantera att endast relevant arbete utförs. Risken för att jobba med för dataskyddet oviktiga frågor minskar.

Arbetet med att säkerställa att alla förteckningar, styrdokument och rutiner är relevanta, pedagogiska och väl kända, fortsätter.