

Kvalitets- och verksamhetsberättelse 2021



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

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

Även detta år har i stora delar präglats av pandemin, Covid-19. Vi fortsatte på inslagen bana med stränga smittskyddsregler och hårda regler när det gäller kontakt mellan samhället och vår vårdverksamhet. Detta har givit ett gott resultat och vi har enbart haft några få smittade klienter. Sjukfrånvaron hos personalen har stundtals varit väldigt hög och har naturligtvis påverkat och ansträngt verksamheten.

Lyckligtvis har vår verksamhet kunnat fortskrida med full kapacitet trots stundtals minskad efterfrågan på våra platser som en direkt följd av pandemin. Det har varit ett fortsatt ansträngt läge för landets kommuner, som till största delen är våra kunder. Vi har inte heller nödgats permittera någon, vilket naturligtvis är mycket glädjande när man ser hur hårt övriga branscher har drabbats.

I slutet av året var våra båda LSS-enheter i Västergötland fullbelagda och har så varit under större delen av året. Årets fokus har bland annat varit att höja beläggningen på korttidsboendet samt omvårdnadsenheterna i Västergötland, och detta fokuserade arbete har gett resultat. Både korttidsenheten och omvårdnadsenheterna har haft väsentligt högre beläggning än tidigare, och detta trots att en av omvårdnadsenheterna har varit vattenskadad och under renovering större delen av året. Som ytterligare en åtgärd för att öka beläggningen på enheterna i Västergötland har vi varit med i flera ramavtalsupphandlingar och även fått tilldelningsbeslut i de flesta så som Migrationsverket boende för stöd och omvårdnad, Göteborgs Stad korttids, Mölndals Stad samt Insatser inom socialpsykiatri STIC avseende Stockholms närliggande kommuner.

Schedevi HVB i Östergötland har en fortsatt mycket stabil beläggning och med en målgrupp som har omfattande behov av stödinsatser. Under året har vi byggt om en av enheterna som slutbesiktigades under oktober, vilket innebär höjd standard, brandsäkerhet och handikappanpassning. Detta för att möta efterfrågan på en mer komplex målgrupp. Målet blir att fylla denna enhet med klienter och personal. Vi har under året vunnit ramavtalsupphandling med Stockholms Stad socialpsykiatri HVB samt insatser socialpsykiatri HVB STIC avseende Stockholms närliggande kommuner.

Under hösten påbörjade den strategiska ledningsgruppen arbetet med att aktualisera och uppdatera Schedevis vision och ledord. Vid ledningsdagar fortsatte regionerna gemensamt arbetet med våra ledord, som ska genomsyra hela vår verksamhet. I Västergötland arbetades det med dessa mål under flera dagar och med hela arbetsgruppen. Dessa fokusområden ska arbetas med kontinuerligt och följas upp årligen.

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

Schedevis ledord: lika värde, individuella behov, jämställdhet, kvalitet, öppenhet och transparens, miljö.

Schedevis mer strukturerade miljöarbete fortskrider med minst fyra träffar per år. 2021 års miljöledningssystem fokuserar på följande områden: el- och energianvändning, utsläpp, transporter och drivmedel, avfall, matkonsumtion och att engagera klienter och personal. Detta innebär bland annat att vi köper in varor och produkter som är miljövänliga, använder elbilar i större utsträckning samt byter ut bilarna vi har till elbilar, att vi till 100 % källsorterar avfall i våra lokaler och underlättar för detta samt köper mer miljösmart mat. Dessa fokusområden har det arbetats med under året samt utvärderats och förnyats vid årets slut.

Diskussioner har inletts med Värnamo kommun för köp av en vårdfastighet i Rydaholm. Schedevi har ett mycket gott resultat 2021 och har resurser att investera i ett eventuellt förvärv och uppstart av ny verksamhet i Rydaholm, Värnamo.

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.

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.

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

Trenden att det är svårt med kompetensförsörjningen i vår bransch fortlöper. Vi har vidtagit diverse åtgärder som vi hoppas ska hjälpa oss i rekryteringsarbetet. Bland annat har vi startat upp arbetet med Schedevi academy, där vi i olika former kan erbjuda anställda att utbilda sig. En utbildning som ska locka nya anställningar samt att vi har en möjlighet att rikta in utbildningsinsatserna enligt vårt behov.

Ekonomisk ställning 2021 - flerårsjämförelse

	2021	2020	2019	2018	2017
Nettoomslutning	114 167 696	108 731 698	106 750 244	93 718 615	91 306 533
Res e finansiella poster	12 258 649	8 810 447	8 452 560	4 645 265	6 228 002
Balansomslutning	57 110 761	45 071 762	37 304 381	30 630 409	32 245 861
Soliditet (%)	42,39	73,03	70,11	67,58	62,96

Produktion av boende, stöd och omvårdnad 2021.

Schedevi producerade totalt 22 219 vård dygn 2021 och hade en beläggningsgrad på 93,7 %. Av dessa producerades 12 077 i Östergötland med en beläggningsgrad på 100 % och 10 142 i Västergötland samt en beläggningsgrad på 81,7 %.

Schedevis kvalitetsarbete

Rutiner, policies 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

Att ha mätbara kvalitetsmål i verksamheten har varit aktuellt inom verksamheterna sedan 2017.

Under 2021 har vi arbetat med vårt uppföljningssystem för att kunna mäta och utvärdera hur delaktig individen har varit i sin egen planering av stöd- och omvårdnadsinsatser. Utöver detta har vi mätt hur vi som verksamhet mött avtalens krav på återrapportering inom viss tid.

Systematiskt förbättringsarbete

Erfarenheter från nedanstående 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

Schedevi genomför kontinuerligt riskanalyser inom flera områden av verksamheten såsom inom patientsäkerhetsområdet och som en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det gemensamma 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 var tredje eller sjätte månad. Riskanalysen skall vara dokumenterad.

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 är framåtriktad och riskbedömningen är "här och nu".

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 Brøset 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 2021 har egenkontroller avseende basala hygienrutiner utförts vid samtliga enheter hos huvudmannen. Vid dessa kontroller kunde vi konstatera ett flertal förbättringsområden som idag är åtgärdade. Kontroll av ledningsgruppernas kunskap och compliance kopplade till GDPR har genomförts. Vissa områden detekterade kunskapsbrist och åtgärdsplan har tagits fram.

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 2021 har de inkommit ca 9 synpunkter och klagomål

Dessa områden är

- Bemötande
- Tillgänglighet (telefoni)

Hantering av rapporter från rapporteringsskyldiga och andra avvikelser

Rutinen för avvikelshantering syftar 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

1 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 2021 har systemet mottagit 300 interna avvikelser fördelade inom fyra områden. Dessa områden innefattar arbetsmiljö, incident, HSL och alla övriga avvikelser. I tabellen nedan går att utläsa att på Granitens LSS boende i Västergötland förekommer det flest registrerade incidenter (blå 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	0	14	62	4	13	0
Graniten LSS	2	4	10	1	0	0
Sturegatan LSS	2	47	8	3	0	0
Omv. Psyk., Furubacken	5	28	17	7	4	0
Korttids., Furubacken	6	13	18	6	0	2
Omv. Psyk., Rågvägen	5	4	13	1	0	1

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 fungerande 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 2021 registrerades det 1/3 av dessa händelser 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 2021 fortsatte avvikelserna att minska gällande läkemedelshandling. Personalen på de olika enheterna utförde totalt ca 60 000 läkemedelsdelningar under 2021. 128 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 2021

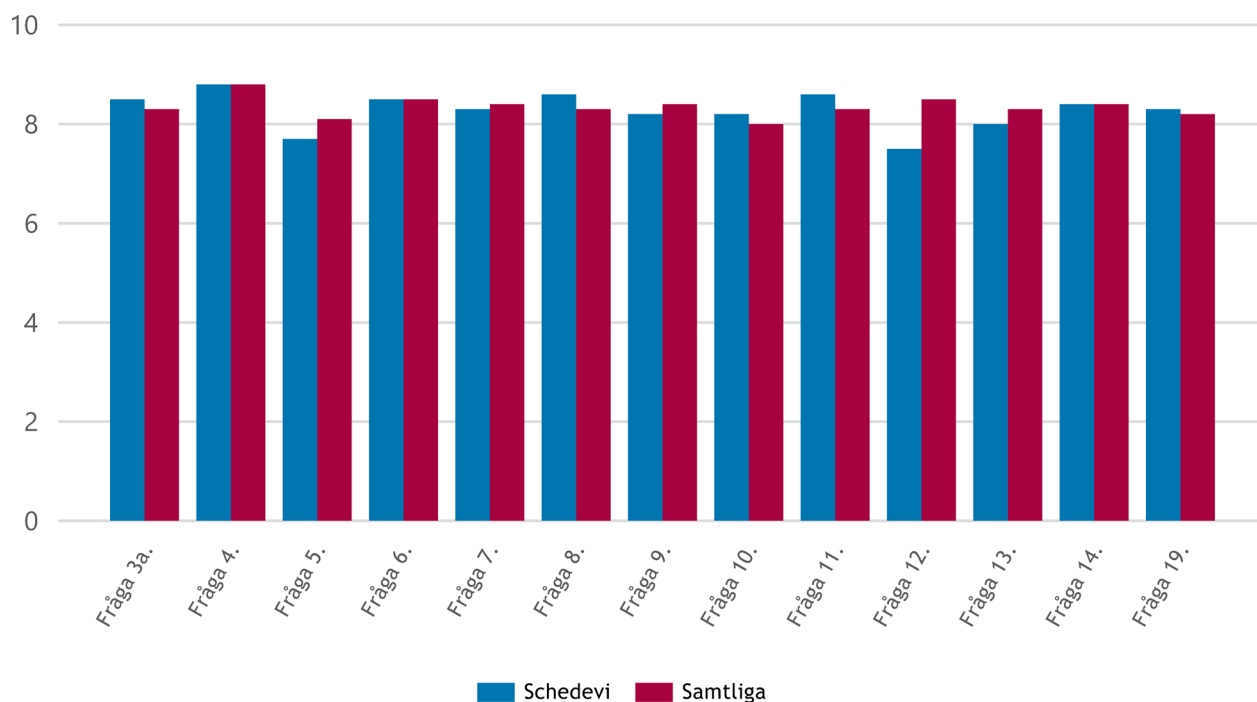
SSIL har arbetat med kvalitetsenkäter/intervjuer sedan 1999. På uppdrag av Schedevi har man intervjuat ansvariga placerare med syfte att fånga upp synpunkter, erfarenheter och bedömningar av verksamheter. Data och information samlas in genom telefonintervjuer med ansvarig placerare. Ansvarig placerare, 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 här; <http://www.ssil.se/sök-verksamhet-och-kvalitetsindex>
Nedan finns sammanfattningar av de undersökningar som gjorts under 2021 för de aktuella verksamheterna.

Jämförelse mellan den aktuella verksamheten och samtliga intervjuade verksamheter



Medelbetygen bygger på intervjuer genomförda:

2021-01-28 - 2022-01-27

2021-01-01 - 2021-12-31

Antal intervjuer:

23

3186

Medelbetygen för samtliga frågor (av 13 möjliga):

8,3

8,3

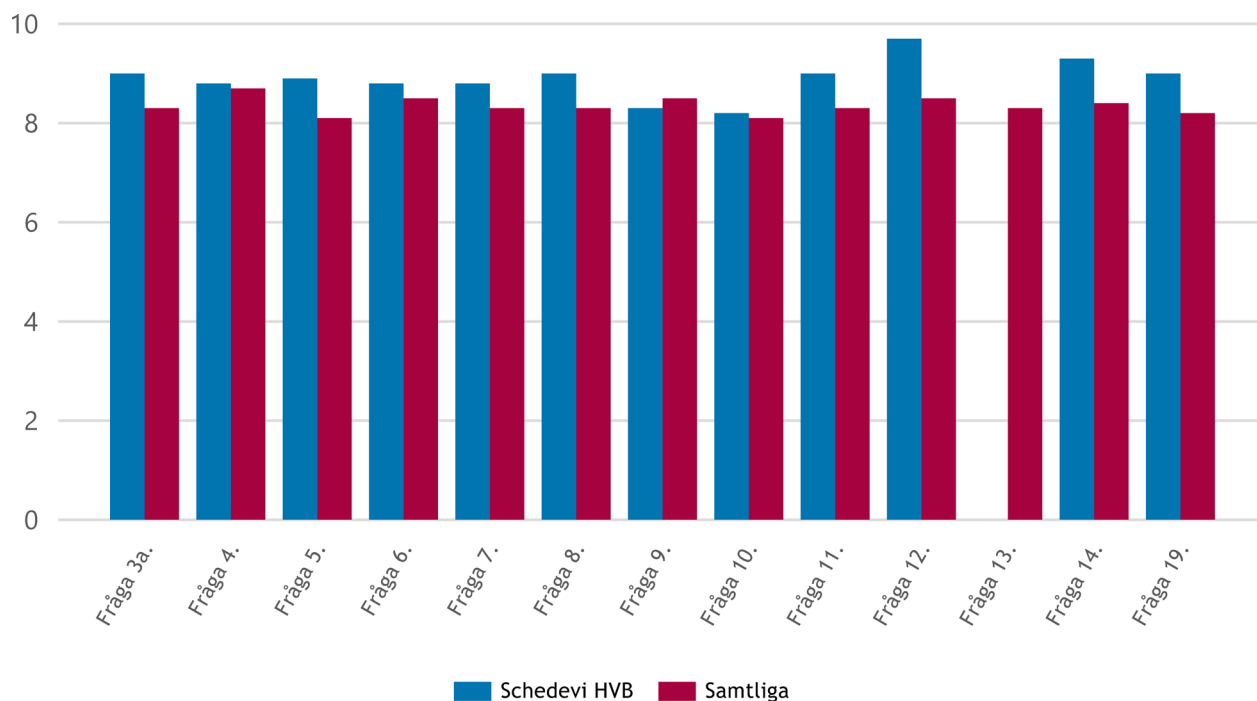
Antal bortfall:

7

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

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:

15

3301

Medelbetygen för samtliga frågor (av 12 möjliga):

8,9

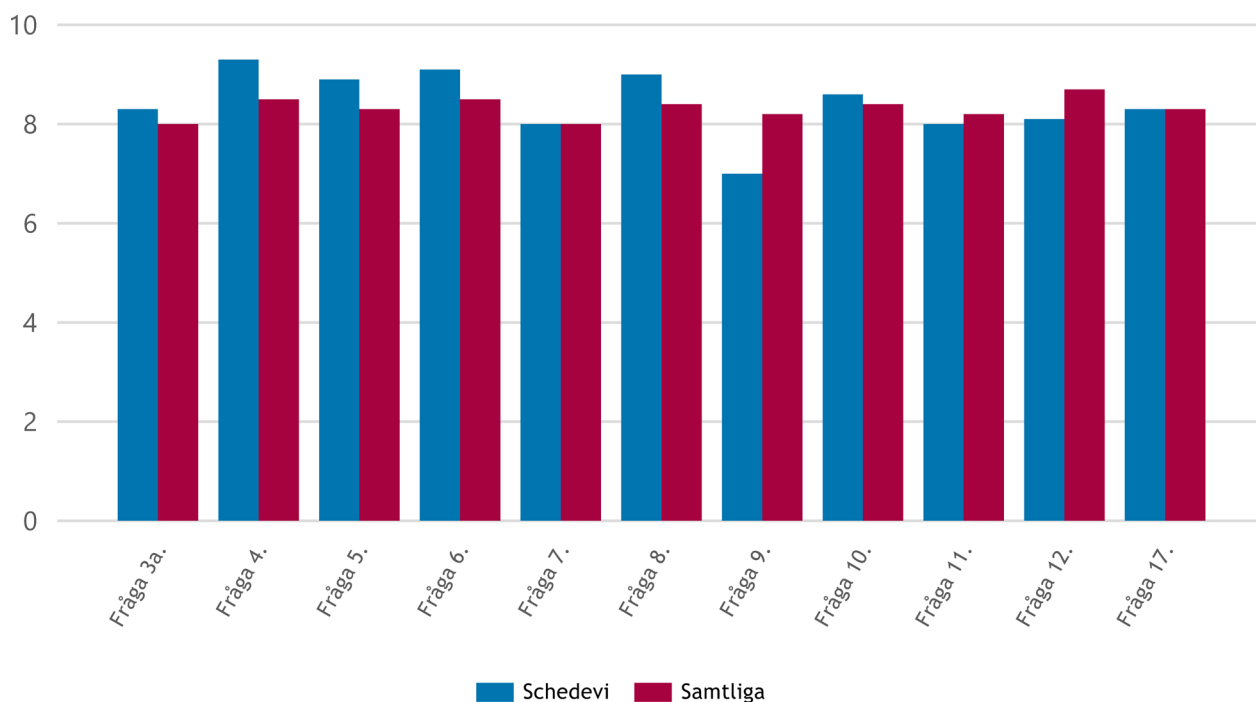
8,4

Antal bortfall:

24

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

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 2021

Skriven av dataskyddsombud Peter Ribba

Sammanfattning

Dataskyddsarbetet har fortsatt under 2021 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. En del brister och förbättringsförslag finns angivna i rapporten.

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 dataskyddsombudet beskriver dataskyddsarbetet under 2021 för att kunna visa hur verksamheten efterlever dataskyddsförordningen. Den har ett delvis nytt upplägg med viss inspiration från andra dataskyddsrapporter.

Beskrivning av arbetet

Ett dataskyddsråd är inrättat och har möte varje månad. Där ingår VD, regionchefer och administrativ chef. Dataskyddsombudet är även med på mötena. Arbetet med tillhörande dokument är organiserat i Microsoft Teams. De flesta möten har varit virtuella i Teams plattformen. Även en del allmänna IT frågor behandlas under dessa möten. Dataskyddsrådet behandlar frågor som kommer upp, nya personuppgiftsbehandlingar med mera. Det uppdaterar och publicerar styrdokumentet på intranätet.

Fokus under året

Under året har bland annat följande punkter behandlats i dataskyddsrådet förutom att gå igenom och uppdatera styrdokumentet.

- Omstrukturering av intranätet och därmed även dataskyddsdokumentet.
- Fysiska patientlistor.
- Registerutdrag för klienter.
- Bekräftelse att Microsoft lagrar våra data inom EU.

- Införande och viss utvärdering av Hogia SignIt för att digitalt signera anställningsavtal.
- Lönelistan

Under året har HR program och bokslutsprogram flyttats från en allmän windows server hos RationellIT till en anpassad Citrix miljö hos Hogia. Inloggning sker med BankID och säkerheten motsvarar i övrigt det tidigare systemet. Ett tidigare använt löneprogram som innehåller historik är flyttat till Schedevis eget nätverk med ungefär motsvarande tidigare säkerhet. Ett rekryteringssystem, Varbi och ett budget- och rapporteringssystem, Oxceed, har tillkommit under året.

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 har uppdaterats under året med nya och nyupptäckta personuppgiftsbehandlingar och bedöms i allt väsentligt omfatta de personuppgifter som behandlas. Hela registerförteckningen revideras kontinuerligt men inte som en separat punkt under året.

Hanteringen skulle kunna effektiviseras och säkerställas med ett anpassat system i stället för Excel dokumentet. Schedevi har också tittat på sådana system utan att fastna för något.

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. Det bedöms som tveksamt om rutinerna är väl förankrade hos samtliga i personalen.

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. 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.

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 personuppgiftsbehandlingar 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. 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

För att identifiera fler risker inom dataskydd kommer en enkät om IT säkerhet och åtkomst till Microsoft 365 att genomföras för personal med tillgång egen dator. Svaren ska kunna användas för att följa upp åtgärder.

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