

Hälsa- och omsorgsnämnden

Tid: Torsdagen den 21 oktober 2021, klockan 13:30

Plats: Sammanträdesrum Osby. Kommunhuset i Osby.

Sammanträdet äger rum fysiskt!

Ärende

- 1 Upprop och protokollets justering
- 2 Godkännande av dagordning
- 3 Information
 - **Klockan 13:30-13:50**
Digitaliseringsspecialist, Maria Bengtsson Malmqvist
 - Covid-19
 - Väntelistan särskilt boende
 - Särskilt-boende platser
 - LSS-boende
 - Delregional samverkan
- 4 Anmälningar av delegationsbeslut
- 5 Anmälningar
- 6 Budgetuppföljning per den 30 september 2021
- 7 Dokumentationsriktlinje
- 8 Handlingsplan efter revisionsgranskningen av LSS-verksamheten
- 9 Sammanträdestider för hälsa- och omsorgsnämnden 2022

Jimmy Ekborg (C)

Marit Löfberg

Ordförande

Sekreterare

4

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 30 september, Hälsa- och omsorgsnämnden gällande LSS

HON/2021:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
3.2	Beslut om biträde av personlig assistent	1	0
3.5	Beslut om ledsagarservice	1	0
3.6	Beslut om biträde av kontaktperson	1	0
3.8	Beslut om avlösarservice i hemmet	0	0
3.9	Korttidsvistelse utanför egna hemmet	0	0
3.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i LSS anslutning till skoldagen samt under lov	0	0
3.12	Beslut om boende med särskild service för barn och ungdom	0	0
3.13	Beslut om boende inom kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	0	0
3.14	Beslut om boende utanför kommunen med särskild service för vuxna	0	0
3.15	Daglig verksamhet inom kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete	1	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 30 september, Hälsa- och omsorgsnämnden Äldreomsorg samt socialpsykiatri enl SoL

HON/2021:6 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag	Ej tillämplig
2.1	Hemtjänst - service	20	0	0
2.1	Hemtjänst – personlig omvårdnad	12	0	0
2.1	Matdistribution	11	0	0
2.1	Trygghetslarm	11	0	0
2.1	Avlösning i hemmet	0	0	0
2.1	Trygg hemgång	14	0	1
2.1	Boendestöd/Öppenvård	4	0	0
2.4	Vård- och omsorgsboende	5	0	0
2.5	Beslut enligt 4 kap 1§ SoL (övrigt)	0	0	0
2.6	Korttidsvistelse SoL	5	0	1
2.6	Plats i dagverksamhet	2	0	0
2.9	Kontaktperson	0	0	0

5



Rådet för personer med funktionsvariationer i Osby (Funkisrådet)

- Plats** Samlingssalen Osby, Osby kommun
- Tid** Måndagen den 20 september 2021, klockan 14:00-15.30
- Ledamöter** Ordförande Agneta Malm (S), Hälsa och omsorgsnämnden
Carl Bejvel (SD), Kommunstyrelsen
Nathalie Folkunger Hellkvist (S), Miljö och byggnämnden
Tommy Augustsson (S) Samhällsbyggnadsnämnden
Ingegärd Andréson, Osby Reumatikerförening
Robert Balte, Synskadades Riksförbund Norra Skåne
Evory Pamp, Osby FUB
Bengt Cehlin, Osbybygdens lokalavd. Hörselskadades förening
Birgit Nord, Osby Östra Göinge Demensförening
Maj Svensson, Psoriasisföreningen Göinge lokalavd
Birgitta Andersson, Neuroförbundet
Agnetha Selind, Kommunala pensionärsrådet närvarorätt
- Ersättare** Sonja Svenle Pettersson (M), Hälsa och omsorgsnämnden
Ewa Bejvel (SD) Kommunstyrelsen
Torsten Johansson (M), Miljö och byggnämnden
Lars Andreasson (S), Barn- och utbildningsnämnden
Marica Dorisdotter, Osby Reumatikerförening
Marianne Dacke, Osbybygdens lokalavd. Hörselskadades förening
- Ej närvarande** Lars-Anton Ivarsson (M) Barn- och utbildningsnämnden
Ethel Andersson, De Handikappades Riksförbund DHR
Wiveka Jönsson, Epilepsiföreningen Norra Skåne
Lotte Melin (C) Samhällsbyggnadsnämnden
Anna Balte, Synskadades Riksförbund Norra Skåne
Karl-Henrik Sandstedt, De Handikappades Riksförbund
Inga Magnusson, Osby FUB
Per-Ola Persson, Neuroförbundet
- Övriga närvarande** Lina Bengtsson, Medicinsk Ansvarig Sjuksköterska (MAS)
Gabriella Winge, sekreterare

1 Mötets öppnande

Agneta Malm hälsade de närvarande välkomna och förklarade mötet öppnat.

2 Upprop och val av justerare

Agneta Selind utses att jämte ordförande justera mötesanteckningarna. Justering sker på kommunhuset måndagen den 4 oktober kl 11.30.

3 Godkännande av dagordning

Dagordningen godkändes utan några tillägg.

4 Mötesanteckningar från Funkisrådet den 9 mars 2020

Mötesanteckningar läggs till handlingarna. Uppföljning av två ärenden från detta möte kommer under punkten 10.

5 Pandemi – nuläge och erfarenheter

Lina Bengtsson, MAS, pandemin har av naturliga orsaker tagit en stor del av förvaltningens resurser under hela perioden. Mycket arbete har lagts ner på att ta fram riktlinjer, restriktioner, utbilda personal samt försöka underlätta för brukarna som påverkats i stor utsträckning.

Nu kan besökare tas emot igen, förvaltningen erbjuder munskydd, handsprit samt uppmuntrar till utomhusbesök. Det är hög vaccinationsgrad bland både personal o boende/brukare. Viktigt att fortsätta hålla avstånd, god handhygien samt stanna hemma vid symtom. Förvaltningen har gjort allt för att minska på smittspridningen och den största utmaningen har varit att ha bemanning på plats. Lina Bengtsson påpekar att personalen har varit väldigt flexibla och ställt upp för varandra, vid frånvaro.

6 LSS - nybyggnation

Lina Bengtsson, MAS, börjar med att berätta om sommarlägret som anordnats i egen regi i år för första gången. Lägret var uppskattat både av deltagarna och personalen. Lägret byggde på deltagarnas egna önskemål. Genom att anordna det på hemmaplan kunde förvaltningen erbjuda fler att delta eftersom kostnaden kunde hållas nere. Läggerverksamhet i egen regi kommer att fortsätta framöver.

Det är tre byggprojekt på gång inom LSS. En gruppbostad på Hemgårdens tomt, en Servicebostad på Naturbruksområdet/Ängsgården samt en bostad särskild anpassad för 2 brukare samt personal på Ängdalen.

Ekelund inne i centrum har byggts om till barnkorttid på vån 1 med lekutrymme i källarplan, vuxenkorttid på vån 2. På Ekelund erbjuds även tillsyn och permanentboende i väntan på nybyggnationerna.

7 Demens – dagverksamhet, växelvård, anhörigstöd

Lina Bengtsson, MAS, berättar att det är högt tryck från sjukhuset vilket gör att det är kö till korttidsboende och särskilt boende. På Lindhem kommer två Trygghetslägenheter att omvandlas till särskilt boende. Under pandemin har förvaltningen byggt upp en covid-19 enhet med separat personal på Lindhem som också har kunnat användas till växelvård.

AM *idpe*

När det gäller anhörigstöd har det bildats två anhöriggrupper, en i Osby och en i Lönsboda. I båda grupperna ansvarar en sjuksköterska med specialistutbildning.

Dagverksamhet samt Träffpunkt har varit öppna under pandemin med lite förändring för att undvika smittspridning.

Lina Bengtsson berättar också att en tomt är inköpt i Lönsboda för nybyggnation av ett särskilt boende som ska ersätta Bergfast och Soldalen.

Agneta Malm frågar hur dialogen ser ut med organisationerna inför nybyggnationerna? Lina Bengtsson svarar att organisationerna kommer att bjudas in framöver när projekten kommit så långt samt att de alltid är välkomna att kontakta henne om de vill vara med att påverka.

8 Information från nämnderna

Lars Andreasson, Barn- och utbildningsnämnden, berättade om att nämnden står inför en stor utmaning att lösa det kraftigt ökade behovet av platser inom grundsärskolan, upp till 25 elever i snar framtid. Behov av lokaler, personal samt budget. Det krävs 4 olika utredningar innan ett barn kan placeras i samråd med föräldrarna i grundsärskolan.

Lars Andreasson berättar vidare att förvaltningen håller på med en organisationsförändring, där Parksskolan, Hasslaröds skolan samt Klockarskolan ska göras om för att klara framtida behov samtidigt blir det en ny skola i Lönsboda och Killeberg.

Tommy Augustsson, Samhällsbyggnadsnämnden, berättar att nämnden har ansvar för kommunala byggnader och lokaler samt kost och städenhet. Tommy Augustsson hade tagit fram byggstartstider för LSS-byggnaderna och som det ser ut nu startar bygget vid Hemgården i oktober, 2 veckor senare startar byggnationen vid Ängsgården samt ytterligare 2 veckor efter det startar bygget vid Ängdalen.

När det gäller det nya särskilda boendet i Lönsboda beräknas det vara klart till den 1 juni 2024. En privat aktör har visat intresse av att bygga ett Trygghetsboende i anslutning till det nya särskilda boendet i Lönsboda.

Vidare berättar Tommy Augustsson att ombyggnationen av torget i Osby behöver återremitteras eftersom det har visat sig bli betydligt dyrare än det belopp som budgeterats. Tommy Augustsson lovar att återkomma senare med besked torgets ombyggnation.

Fråga uppkom om vad som gäller för nybyggnationen på Parkgatan. Tommy Augustsson meddelar att det är Osby bostäder som bygger och han lämnar som förslag att Funkistrådet ska bjuda in Osby bostäder för mer information till t ex nästa möte. Samtidigt kan det vara lämpligt att även bjuda in kommunens fastighetschef. Agneta Malm ska kontakta och se om de kan komma i december.

Torsten Johansson, Miljö och byggnämnden, berättade att inom deras nämnd behandlar man bland annat bygglov, kontroll/ändring av detaljplaner och bostadsanpassningar. De ansökningar som inkommit om bostadsanpassningar är samtliga behandlade och beslutade.

På förekommen fråga meddelar Torsten att fastigheten i Loshult är inte en kommunal angelägenhet utan det är kyrkan som äger fastigheten.

Carl Bejvel, Kommunstyrelsen, berättar att deras uppgift är att leda och samordna nämndernas arbete samt de kommunala bolagen Osby bostäder, Fjärrvärme, Industrihus. Arbetet med nästa års budget pågår för fullt och Kommunstyrelsen har lämnat ett förslag till Kommunfullmäktige. När det gäller nybyggnationerna har det blivit en rejäl kostnadsökning de sista åren som helt klart kommer att påverka även framöver. Carl Bejvel berättar också att Osby bostäder som äger Soldalen i Lönsboda har fått tillåtelse att sälja fastigheten när kommunen lämnat den under 2024.

Agneta Malm påminde om att nu när restriktionerna plockas bort den 29 september kommer även Kommunfullmäktige att vara öppet för åhörare igen om någon är intresserad av att komma och lyssna.

9 Aktuellt/rapporter från föreningarna

Bengt Cehlin, Hörselskadades förening, berättade att de tyvärr inte har haft någon verksamhet på grund av pandemin. Bengt Cehlin ställde frågan om när kommunens samlingslokaler öppnas upp för uthyrningen igen. Tommy Augustsson svarar att när restriktionerna tas bort den 29 september kommer lokalerna åter att kunna bokas. Bengt Cehlin meddelar att de ska försöka vara igång med verksamhet under mitten av oktober.

Robert Balte, Synskadades riksförbund Norra Skåne, berättar att även de tyvärr inte kunnat ha någon verksamhet. Dock pågår ett arbete/kampanj angående Syn- och hörselinstruktörer. Detta är en viktig serviceinsats där personer kan få hjälp hemma med bland annat undervisning av olika hjälpmedel i vardagen. Denna fråga behandlas även under punkten 10. En annan stor fråga just nu är att en gravt synnedst person fått sin ansökan om färdtjänst avslagen, överklagat till HD men de tar inte upp ärendet för prövning. Hur kommer denna dom påverka framöver? I Skåne planeras att utbilda färdtjänsthandläggare i vad som gäller för personer med synnedstättning med hopp om att det ska underlätta vid ansökningar framöver.

Ingegärd Andréén, Reumatikerföreningen, berättar att även de haft uppehåll med sin verksamhet. De har dock kunnat hålla vissa medlemsmöten utomhus och digitala styrelsemöten under denna period. Ingegärd Andréén berättar också att de mist 10 medlemmar på grund av pandemin.

10 Uppföljning från förra mötet

1) Återkoppling syn och hörselinstruktör

Agneta Malm berättar att någon syn- och hörselinstruktör har inte funnit i Osby kommun på över 10 år. I samråd med Region Skåne utbildades hemtjänstpersonal för att kommunen själv skulle hjälpa till med denna service. Men tjänsten blev aldrig efterfrågad. Personalen tappar kunskapen när de inte använder sig av den. Mensur Numanspahic som är Områdeschef för hemtjänsten är kontaktperson i denna fråga och välkomnar organisationerna att kontakta honom för vidare diskussioner.

2) Återkoppling medborgarförslag om parkbänkar

Tommy Augustsson meddelar att han missat att kontrollera upp vad som hänt i denna fråga. Han återkommer med svar till nästa möte.

Mu edge

11 Övriga frågor

1) Tommy Augustsson lyfte att det vore trevligt om Funkisrådet kunde göra studiebesök någon gång om året som man gjort tidigare år.

2) Agneta Malm välkomnar frågor, idéer inför kommande Funkisråd. Nästa beredning är den 15 november och vill man ha med frågor till detta behöver det komma in senast 8 november till agneta.malm@osby.se eller gabriella.winge@osby.se. Går också bra att skicka/lämna in till: Osby kommun, Hälsa och omsorg, Gabriella Winge, 283 80 Osby.

Nästa möte den 6 december klockan 14.00, plats Samlingssalen Osby

Agneta Malm tackar Funkisrådet för dagens möte.



Gabriella Winge
Sekreterare



Agneta Malm
Ordförande



Agnetha Selind
Justerare

Mötesanteckningarna skickas till:
Anmälan till Hälsa och omsorgsnämnden

Rapport från kontroll av dataskyddsefterlevnad 2020-2021 Osby kommun

Ansluten part Osby kommun
Personuppgiftsansvarig Hälsa- och välfärdsnämnden
Dataskyddssamordnare eller annan person som besvarat enkäten Caroline Ståhl , administratör caroline.stahl@osby.se

Dataskyddsförordningen (GDPR) gäller som lag i Sverige och innehåller regler om hur man får behandla personuppgifter. Den personuppgiftsansvarige (varje nämnd/styrelse) är ansvarig för att personuppgifter behandlas i enlighet med gällande lagstiftning. Enligt art 37 GDPR måste personuppgiftsansvariga myndigheter ha utsett ett dataskyddsbud för sin verksamhet.

Dataskyddsbudets viktigaste uppgifter är att ge råd och stöd i dataskyddsfrågor och kontrollera den personuppgiftsansvariges efterlevnad av GDPR och annan dataskyddslagstiftning. Sydarkiveras tjänst som dataskyddsbud utförs av ett team som består av jurist, informationssäkerhetsspecialist och arkivarie.

Kontrollen av efterlevnaden hos de som är anslutna till tjänsten gemensamt dataskyddsbud görs i olika moment.

Ett årligt moment är att dataskyddsbudet tar fram en självvärderingsenkät som varje personuppgiftsansvarig ska besvara. Personuppgiftsansvarig får en återkoppling i form av denna rapport från kontroll av dataskyddsefterlevnad.

Denna rapport innehåller frågorna från självvärderingsenkäten samt ansluten personuppgiftsansvarigs svar på enkäten. Vidare finns kommentarer från dataskyddsteamet och en sammanvägd bedömning med förslag till åtgärder.

Rapporten lämnas till personuppgiftsansvarig för kännedom och vid behov för åtgärd.

Vill dataskyddssamordnaren eller någon annan från förvaltningen ha en muntlig uppföljning utifrån denna rapport kan man kontakta dataskyddsteamet för att boka en tid för möte, företrädesvis via webb.

Ett annat moment är att medlemssamordnare i samband med arkivtillsyn också gör en stickprovskontroll av dataskyddsefterlevnad på plats. Metoden innebär att medlemssamordnaren ställer ett antal frågor med koppling till de områden det görs arkivtillsyn på enligt Sydarkiveras tillsynsplan. Personuppgiftsansvarig ska kunna visa upp efterfrågade dokument, lämna information eller på annat sätt beskriva hur arbetet går till. Dokumentationen från stickprovskontrollen görs av medlemssamordnaren och skickas till berörd part.

Vid behov eller önskemål från part kan också en händelsestyrd tillsyn genomföras på plats.

På nationell nivå är Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) tillsynsmyndighet när det gäller regelefterlevnad av GDPR. Integritetsskyddsmyndighetens tillsyn kan inledas antingen utifrån deras tillsynsplan eller utifrån händelser som inträffar som gör att de väljer att göra en tillsyn.

Personuppgiftsansvaret

En personuppgiftsansvarig (PUA) är en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ som ensam eller tillsammans med andra bestämmer ändamål och medel för behandlingen av personuppgifter.

Normalt sett är varje myndighet (nämnd, styrelse eller annan myndighet) PUA för sin verksamhet. Det ska framgå i reglementet vilket ansvar myndigheten har. Inom en kommun kan det vara kommunstyrelsen, nämnder, överförmyndare och revisorer som kan vara personuppgiftsansvariga (PUA).

PUA ansvarar bl a för att utse dataskyddsbud, för att föra register över behandlingar, fastställa laglig grund för behandling, fastställa ändamål och syfte med behandling, anmäla personuppgiftsincidenter, vidta åtgärder så att behandlingen är säker, samt vidta åtgärder för att säkerställa att dataskyddsförordningen följs. Oftast är det inte PUA själv som utför arbetet utan har tjänstepersoner till sin hjälp för att utföra arbetet. Ansvaret ligger dock alltid på PUA.

1. Finns en beslutad lokal organisation för dataskyddsarbete inom er myndighet?

Ja

Kommentarer:

Det är viktigt att det finns en lokal organisation för dataskyddsarbetet och att den är känd inom verksamheten. Dataskyddsarbetet ska vara en naturlig del av det administrativa arbetet. Dataskyddssamordnaren ska leda det lokala dataskyddsarbetet.

Det är bra att det finns en beslutad lokal organisation inom er organisation då det är en förutsättning för att dataskyddsarbetet ska fungera.

2. Är de nödvändiga roller som krävs i dataskyddsarbetet utsedda inom er myndighet?

Ja

Kommentarer:

Roller för dataskyddsarbete behöver utses då det är en förutsättning för att organisationen ska arbeta systematiskt med dataskyddsfrågor. Det finns förslag i handboken om vad man kan kalla de olika rollerna, men man kan naturligtvis välja andra benämningar.

Rollen som övergripande kontaktperson till oss inom dataskyddsteamet vill vi gärna att ni kallar dataskyddssamordnare.

Det är bra att roller för dataskyddsarbetet har utsetts och förutsättningar finns för ett systematiskt dataskyddsarbete.

3. Har de som utsetts att arbeta med dataskyddsfrågorna fått utbildning i dataskyddslagstiftningen under 2020?

Ja

Kommentarer:

Att få regelbunden utbildning är en grundförutsättning för att medarbetare ska kunna göra ett bra jobb och utvecklas i sina kunskaper och färdigheter. Sydarkivera kommer att fortsätta erbjuda både grundutbildning och fördjupad utbildning i dataskyddsfrågor.

Det är bra att de som utsetts att arbeta med dataskyddsfrågor har fått utbildning i dataskyddslagstiftningen och vi rekommenderar att ni fortsätter uppmuntra och låta era medarbetare få relevant fortbildning på detta område.

Om ja – Vem höll i utbildningen/informationen?
Av dataskyddsombud eller i övrigt genom Sydarkivera

4. Har de som utsetts att arbeta med dataskyddsfrågor inom er myndighet fått information om Sydarkiveras handbok om dataskydd (wiki.sydarkivera.se)?

Nej

Kommentarer:

Handledningar, mallar och dokument som är ett stöd för organisationen finns på Sydarkiveras handbok för dataskydd. Handboken är ett stöd för verksamheten och vi rekommenderar att ni informerar om och går igenom handboken för dataskydd.

5. Deltar någon från er kommun i de aktiviteter som dataskyddsteamet anordnar, t ex nätverksträffar för dataskydd och dataskyddsarbetsdagar?

Delvis

Kommentarer

Deltagande i nätverksträffarna är viktigt för att få kunskap och erfarenheter i dataskyddsfrågor så det är mycket viktigt att delta i nätverksträffarna. Den övergripande dataskyddssamordnaren i Osby brukar vara med och det är bra att Osby kommun deltar i våra aktiviteter inom dataskydd och vi rekommenderar att ni fortsätter att vara aktiva.

6. Dataskyddsteamet arrangerar flera aktiviteter för att utbilda, utbyta erfarenheter och diskutera olika dataskyddsfrågor. Förmedlas information och kunskap från t ex nätverksträffar för dataskydd och dataskyddsarbetsdagar från de som deltagit vidare ut i organisationen på ett strukturerat sätt?

Delvis

Kommentarer:

Att ha en fungerande organisation och ett bestämt arbetssätt är generella förutsättningar för att nå ut med information och det gäller även arbetet med dataskydd.

Det är bra att ni ser till att informationen når ut i verksamheten, men ni behöver säkra upp och bestämma hur informationen ska förmedlas. Det kan t ex ske genom e-post eller annat meddelande eller i samband med avstämningar i lokala dataskyddsgrupper eller liknande. Samordning behöver göras inom kommunen för att det här ska fungera bra.

7. Regelbundet skickar DSO ut viktig information som rör dataskyddsfrågor till den anslutna partens dataskyddssamordnare/kontaktperson. Förmedlas information från mailutskick från DSO vidare ut i organisationen på ett strukturerat sätt?

Delvis

Kommentarer:

Det är viktigt att nyheter inom dataskydd och annan viktig information från DSO förmedlas till berörda personer.

Det är bra att ni ser till att informationen når ut i verksamheten, men ni behöver säkra upp och bestämma hur informationen ska förmedlas och vilka kanaler som ska användas. Det kan t ex ske genom e-post eller annat meddelande eller i samband med avstämningar i lokala dataskyddsgrupper eller liknande. Samordning behöver göras inom kommunen för att det här ska fungera bra.

8. Har personuppgiftsansvarig myndighet delegerat beslutanderätt för dataskyddsfrågor i sin delegationsordning?

Vet ej

Kommentarer:

Dataskyddsteamet har tagit fram en mall för delegation av dataskyddsfrågor som kan inkorporeras i den sammanhållna delegationsordningen för nämnden. Att ha delegerat de ärenden som enligt dataskyddslagstiftningen kan komma att behöva fattas beslut om är ett effektivt sätt att jobba. Ärendetyperna blir synliga för både organisationen och för personuppgiftsansvarig och det finns en beredskap och planering när ärende uppstår.

Vi rekommenderar att ni tar del av mallen och tar in delegation av dataskyddsfrågor i hälsa- och välfärdsnämndens delegationsordning.

9. Får personuppgiftsansvarig myndighet regelbundet fattade delegationsbeslut anmälda till sig i enlighet med kommunallagens eller annan tillämplig lags regler?

Inget svar

Kommentarer:

Det finns regler i kommunallagen om hur delegationsbeslut ska hanteras och det är viktigt att delegationsbeslut hanteras så att de får laga kraft. Anmälan av delegationsbeslut bör finnas med som en stående punkt på varje sammanträde.

10. Finns det en rutin för att informera personuppgiftsansvarig myndighet om sitt ansvar enligt dataskyddslagstiftningen?

Vet ej

Kommentarer:

Personuppgiftsansvarig myndighet behöver få information om sitt ansvar enligt dataskyddslagstiftningen och det behöver finnas en rutin för detta. Normalt sett är det ju inte personuppgiftsansvarig själv som utför dataskyddsarbetet, men personuppgiftsansvarig behöver känna till sin roll och sitt ansvar. Det är lämpligt att t ex lägga in det som ett informationsärende i årsplaneringen för ny mandatperiod eller göra det till en del av nyvaldutbildningen. Vi rekommenderar att information till personuppgiftsansvarig om sin roll och ansvar bör lämnas minst en gång per mandatperiod. Är det flera förtroendevalda som byts under mandatperioden bör information lämnas till nya förtroendevalda.

En fördel med att informationen lämnas vid ett sammanträde är att det dokumenteras i protokoll och kan följas upp.

Vi rekommenderar att ni skapar en rutin för att fånga upp denna fråga på ett systematiskt sätt.

11. Vilka styrdokument gäller för er myndighet vad gäller dataskyddsfrågor?

Riktlinjer för dataskydd
Informationssäkerhetspolicy

Kommentarer:

Dataskyddsförordningen och annan dataskyddslagstiftning gäller, men organisationen behöver bestämma hur det ska genomföras lokalt genom egna styrdokument.

Det är bra att ni har tagit fram och beslutat om styrdokument för er verksamhet.

Dataskyddsbudet (DSO)

Den personuppgiftsansvarige ska utse dataskyddsbud om behandlingen utförs av myndighet eller annat offentligt organ – tidigare var det frivilligt med PuL-ombud för myndigheter.

Dataskyddsbudet (DSO) ska bland annat ge råd och ha en övervakande funktion gentemot personuppgiftsansvarig för att kontrollera att dataskyddsförordningen följs. Den som utsett dataskyddsbud ska offentliggöra dataskyddsbudets kontaktuppgifter och meddela dessa till Integritetsskyddsmyndigheten.

12. Har ni utsett dataskyddsbud och anmält det till Integritetsskyddsmyndigheten enligt art 37?

Ja

Kommentarer:

Att utse dataskyddsbud och anmäla kontaktuppgifter till Integritetsskyddsmyndigheten är en grundläggande åtgärd. När man har avtal med Sydarkivera om gemensamt dataskyddsbud är det den som Sydarkivera anvisar som ska utse och anmälas. För närvarande är det förbundsjurist Therese Jigsved som ska utses som dataskyddsbud. Kontaktuppgift för e-post är dataskyddsteamets funktionsbrevlåda dataskydd@sydarkivera.se och telefonnummer 0472 – 39 10 16.

Det är bra att ni har utsett och anmält dataskyddsbud.

13. På vilket sätt informerar ni om dataskyddsbudet?

Inget svar

Kommentarer:

Det är viktigt att uppgift om dataskyddsbudet och kontaktuppgifter till dataskyddsbudet är lätt tillgängligt. Det är därför bra med information om detta på många sätt.

Vi rekommenderar att ni tar fram information om dataskyddsbudet och ser till att det finns tillgängligt på t ex webbplats, intranät mm.

Personuppgiftsbehandling

Varje personuppgiftsansvarig (PUA) ska föra ett register över behandlingar som utförts under dess ansvar. Registret ska bland annat innehålla kontaktuppgifter till PUA och dataskyddsombud, ändamålen med behandlingen, typer av registrerade och kategorier av personuppgifter, gallringsfrister och säkerhetsåtgärder.

14. Har ni upprättat registerförteckningar enligt art 30 GDPR?

Ja

Kommentarer

Att upprätta registerförteckningar över behandling av personuppgifter är ett grundläggande krav på personuppgiftsansvarig. Det är normalt sett inte personuppgiftsansvarig själv som gör förteckningen, men det är personuppgiftsansvarig som ansvarar för att det blir gjort och för att det finns resurser som gör arbetet.

Det är bra att ni gått igenom era personuppgiftsbehandlingar och förtecknat dem i register.

15. Har ni rutiner för att uppdatera registerförteckningarna?

Nej

Kommentarer:

Det är viktigt att registerförteckningen hålls levande och fylls på med ny information när ny personuppgiftsbehandling påbörjas. Det behöver därför finnas rutiner så att förvaltningen inte glömmer bort att lägga in nya behandlingar. Vi rekommenderar att ni tar fram en rutin för uppdatering av registerförteckningen.

16. Får personuppgiftsansvarig årlig information om aktuella registerförteckningar över personuppgiftsbehandlingar enligt art 30 GDPR?

Nej

Kommentarer:

Personuppgiftsansvarig ansvarar för att registerförteckningarna hålls aktuella och behöver därför få regelbunden information om statusen. Informationen bör lämnas vid sammanträde så att informationen dokumenteras i protokoll och kan följas upp.

Vi rekommenderar att ni planerar in årlig information om aktuella registerförteckningar till personuppgiftsansvarig i sammanträdeskalendern så att informationen dokumenteras i protokoll.

17. Har ni gått igenom registerförteckningarna med anledning av Schrems II-domen och fastställt vilka behandlingar som innebär tredjelsöverföring?

Delvis

Kommentarer:

Den 16 juli 2020 meddelade EU-domstolen en dom i det så kallade Schrems II-målet. EU-domstolen slår fast att Privacy Shield-avtalet mellan EU och USA inte ger ett tillräckligt skydd för personuppgifter när dessa förs över till USA och ogiltigförklaras därför.

Dataskyddsteamet har tagit fram en vägledning med anledning av Schrems II-domen och för mer vägledning hänvisar vi till den och de vägledningar som den europeiska dataskyddsstyrelsen (EDPB) har tagit fram. Som ett första steg rekommenderar EDPB att personuppgiftsansvariga ska kartlägga alla tredjelsöverföringar som görs. Detta görs genom att man går igenom avtal med leverantörer, även vad gäller underleverantörer. Resultatet av genomgången dokumenteras i registerförteckningen. Utifrån kartläggningen behöver man sedan gå vidare, analysera resultatet och ta fram en åtgärdsplan.

Det är bra att ni har påbörjat arbetet med att gå igenom och kartlägga vilka tredjelsöverföringar som görs inom er verksamhet. Det är ett första steg i arbetet med att uppfylla lagkraven i GDPR med anledning av Schrems II-domen. Att känna till vilka tredjelsöverföringar som görs är nödvändigt för att veta vilka ytterligare åtgärder ni behöver vidta med anledning av Schrems II-domen. Vi rekommenderar att ni slutför detta arbete.

De registrerades rättigheter

Enligt art 12 GDPR ska den personuppgiftsansvarige vidta lämpliga åtgärder för att till de registrerade tillhandahålla all information som avses i art 13 och 14 samt all kommunikation enligt art 15-22 och 34.

Informationen ska bland annat vara begriplig, klar och tydlig, särskilt den informationen som är riktad mot barn.

De viktigaste rättigheterna är:

- Få information om sina rättigheter – art 12
- Få tillgång till sina personuppgifter – art 15
- Få felaktiga personuppgifter rättade – art 16
- Få sina personuppgifter raderade (sällan hos myndigheter) – art 17
- Invända mot att personuppgifter används för t ex direktmarknadsföring – art 18
- Få information om vidtagen rättelse eller radering – art 19
- Rätt att flytta personuppgifterna (dataportabilitet) – art 20

18. Finns rutiner för att informera och kommunicera enligt art 12 GDPR?

Ja

Kommentarer

Att informera och kommunicera på ett strukturerat sätt är en viktig del av dataskyddsarbetet. Det finns krav på personuppgiftsansvarig att vidta åtgärder för att informera och kommunicera, men även för att sätta tydliga villkor för utövandet av de registrerades rättigheter. Det är bra att ni har rutiner för att informera och kommunicera de registrerades rättigheter.

19. Var informerar ni någonstans om de registrerades rättigheter i enlighet med art 12 GDPR?

Blanketter

Kommentarer

Det är bra att ha information om de registrerades rättigheter på många ställen så att informationen har bra förutsättningar för att nå fram. Informera gärna om detta på fler ställen än enbart blanketter.

20. Finns rutiner för utlämnande av registerutdrag enligt art 15 GDPR?

Ja

Kommentarer:

Rutiner för begäran om registerutdrag bedömer vi är nödvändigt att ha för att kunna hantera en begäran. Att kunna hantera de registrerades rättigheter bedömer vi kommer att bli allt viktigare då Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) bestämt att de kommer att utgå alltmer från klagomål från enskilda i sitt arbete med tillsyn av dataskyddslagstiftningen.

Dataskyddsteamet har tagit fram blanketter och rutiner om hantering av registerutdrag som ni kan utgå ifrån i ert arbete och materialet finns i handboken på wikin.

Det är bra att ni har tagit fram rutin för denna rättighet då vi bedömer att den är mest vanligt förekommande bland de rättigheterna som finns för de registrerade.

Personuppgiftsbiträden

Ett personuppgiftsbiträde kan vara en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet eller annat organ som behandlar personuppgifter för den personuppgiftsansvariges räkning. Personuppgiftsbiträde förkortas ofta PUB.

Personuppgiftsansvarig ska endast anlita biträden som ger tillräckliga garantier om att behandlingen av personuppgifter sker på ett sådant sätt att de uppfyller kraven i GDPR. När uppgifter behandlas av ett personuppgiftsbiträde ska hanteringen regleras genom ett s k PUB-avtal.

21. Anlitar ni personuppgiftsbiträden och har ni ingått PUB- avtal med instruktioner enligt art 28 GDPR?

Ja, vi anlitar personuppgiftsbiträden och vi har avtal med samtliga biträden.

Kommentarer:

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram mallar för PUB-avtal och instruktioner. Vi rekommenderar att alla använder sig av dessa mallar och tar fram förslag till PUB-avtal och instruktioner utifrån dessa mallar. Äldre PUB-avtal kan behöva en genomgång, men de är inte ogiltiga pga att de hänvisar till PuL i stället för GDPR. Men vi rekommenderar att gärna gå igenom äldre PUB-avtal och ta fram förnyade avtal.

Om ett biträde inte får tillräckligt tydliga instruktioner om hur behandling får ske eller inte alls tar fram instruktioner faller ansvaret för dessa fel tillbaka på personuppgiftsansvarig.

En del systemleverantörer använder sig i stället av standardvillkor som vid behov ensidigt kan ändras av leverantören. Det är svårt att praktiskt få till regelrätta PUB-avtal med instruktioner med sådana leverantörer. Det kan också vara svårt att få till PUB-avtal med leverantörer av appar och sociala medier. Ett sätt att hantera det är att i möjligast mån undvika sådana leverantörer. Anser ni att ni ändå måste anlita en sådan leverantör rekommenderar vi att ni ställer frågor om personuppgiftsbehandlingen, framför era synpunkter och krav och dokumenterar leverantörens svar. Men det är ni som personuppgiftsansvarig som står risken.

Det är mycket bra att ni har PUB-avtal med samtliga biträden, men gör gärna regelbunden kontroll av aktualiteten av PUB-avtal och dess instruktioner.

22. Finns rutiner för framtagande av personuppgiftsbiträdesavtal med instruktioner?

Delvis

Kommentarer:

Att ha bra PUB-avtal med instruktioner är viktigt för att kunna styras hur biträdet får behandla era personuppgifter. Det är bra att ni delvis har rutiner och det är viktigt att arbetet slutförs.

23. Tar ni fram förslag till personuppgiftsbiträdesavtal med instruktioner som en del av upphandlingsunderlaget i samband med upphandling av nya verksamhetssystem?

Vet ej

Kommentar:

Det är bra att ha förslag till personuppgiftsbiträdesavtal med instruktioner som en del av upphandlingsunderlaget för då vet leverantören vad det är som ni förväntar er. Då slipper man också förhoppningsvis förhandlingar om PUB-avtal och instruktioner när upphandlingen är klar.

Vi rekommenderar att ni börjar ta fram förslag till PUB-avtal med instruktioner som en del i framtida upphandlingsunderlag av nya system.

Risk- och konsekvensbedömningar

Om en typ av behandling sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter ska PUA före behandlingen göra en bedömning av den planerade behandlingens konsekvenser för skyddet av personuppgifter.

24. Gör ni risk- och konsekvensbedömningar innan en ny behandling av personuppgifter påbörjas enligt art 35 GDPR?

Delvis

Kommentarer:

Om man inte gör en risk- och konsekvensbedömning innan man påbörjar en ny behandling har den personuppgiftsansvarige svårt att bedöma vilka behandlingar som är en risk för den registrerade och vilka konsekvenser det kan bli. Om ett förhandssamråd önskas medges det inte av tillsynsmyndigheten förrän man har gjort en risk- och konsekvensbedömning.

IMY har tagit fram en förteckning över när en konsekvensbedömning ska göras och vi rekommenderar att man tar del av den och följer dessa rekommendationer.

Att ni gör riskarbete och även ser till konsekvensen för den registrerade är en nödvändighet för att få förståelse för vilka behandlingar som ger en särskilt stor risk för personers fri- och rättigheter. Vi rekommenderar att ni regelbundet och mer systematiskt gör risk- och konsekvensbedömningar.

25. Finns rutiner för genomförande av risk- och konsekvensbedömningar?

Delvis

Kommentarer:

Om man inte har en rutin för risk- och konsekvensbedömning kan det blir osäkert vem som ska göra vad innan man påbörjar en ny behandling. Eller man kanske helt missar att göra en risk- och konsekvensbedömning om man inte har en känd rutin. Med hjälp av denna rutin kan den personuppgifts-ansvarige enklare bedöma vilka behandlingar som ger en särskild stor risk för personers fri- och rättigheter.

Det är bra att ni har påbörjat arbetet med rutin för risk- och konsekvensarbete och det är viktigt att arbetet slutförs.

26. Har ni en fastställd rutin för risk och konsekvensbedömning innan upphandling eller införandet av nytt IT-stöd?

Vet inte

Kommentarer:

När man upphandlar och inför ett nytt system innebär det ofta en ny personuppgiftsbehandling. Då är det bra att fundera igenom ifall en risk- och konsekvensbedömning behöver göras och även ha en rutin för att genomföra arbetet.

Vi rekommenderar att ni tar fram en rutin för risk- och konsekvensbedömning innan upphandling eller införande av nytt IT-stöd.

27. Vilka roller/tjänstepersoner är utsedda att vara delaktiga i era risk- och konsekvensbedömningar?

Systemförvaltare
Ansvarig chef

Kommentarer:

När man jobbar med dataskyddsfrågor och riskarbete är det en fördel att ha med personer med olika kompetenser och erfarenheter för att få fram så många bra perspektiv och bedömningar som möjligt. Det är bra att ni har utsett några personer som ska göra risk- och konsekvensbedömningar. Kanske ni skulle fundera på att utöka gruppen med några funktioner till? T ex upphandlingspersonal, dataskyddssamordnare, informationssäkerhetsansvarig eller IT-personal.

28. Vilka risk och konsekvensbedömningar har ni gjort under 2020?

Alfa och Treserva

Personuppgiftsincidenter

En personuppgiftsincident är en säkerhetsincident som kan innebära risker för människors friheter och rättigheter. Riskerna kan innebära att någon förlorar kontrollen över sina uppgifter eller att rättigheterna inskränks. En personuppgiftsincident kan få allvariga konsekvenser för enskilda.

En personuppgiftsincident som inte hanteras på rätt sätt kan också påverka tilltron till den organisation som behandlar personuppgifter. Allvarliga incidenter kan också leda till att Integritetsskyddsmyndigheten inleder granskning med sanktionsavgift som följd.

29. Allvarliga personuppgiftsincidenter ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten inom 72 timmar från det att incidenten upptäcktes. Har ni utsett personer som beslutar om att anmäla personuppgiftsincident enligt art 33 GDPR?

Ja

Kommentarer:

När en personuppgiftsincident inträffar blir det ofta en allmän oro och finns det inte utsedda personer blir det svårt att veta vem som beslutar om att anmäla. Därför är det bra att det finns utsedda personer som har befogenhet att besluta om att anmälan ska göras eller ej. Personuppgiftsansvariga får också bättre förutsättningar för att uppfylla kravet på att anmälan till Integritetsskyddsmyndigheten ska göras innan 72 timmar från upptäckten av personuppgiftsincidenten om personer är utsedda. Befogenhet att anmäla personuppgiftsincident bör tas med i delegationsordning.

Det är bra att ni har utsett personer att ha befogenhet att anmäla personuppgiftsincidenter.

30. Samtliga personuppgiftsincidenter ska enligt art 33.5 GDPR dokumenteras oavsett om de ska anmälas till Integritetsskyddsmyndigheten eller ej. Har ni utsett personer som dokumenterar samtliga personuppgiftsincidenter som inträffar hos er?

Ja

Kommentarer:

Det finns en skyldighet att dokumentera inträffade personuppgiftsincidenter oavsett om de anmäls eller ej och det är förstås en viktig anledning till att göra detta arbete.

En ytterligare anledning är att denna dokumentation lämpligen kan ingår i ert kvalitetsarbete i syfte att förbättra av era arbetsflöden.

Det är bra att ni dokumenterar personuppgiftsincidenter oavsett om de ska anmälas eller ej.

31. Har ni rutiner för hantering av personuppgiftsincidenter med fastställd ansvarsfördelning?

Ja

Kommentarer:

När en personuppgiftsincident inträffar blir det ofta en allmän oro. Finns inte rutiner med fastställd ansvarsfördelning kan det bli svårt att agera på ett snabbt och effektivt sätt. Risken ökar för att personers fri- och rättigheter påverkas. Uppgift om vem som har befogenhet att anmäla personuppgiftsincident och vem som har uppdrag att dokumentera personuppgiftsincidenter bör finnas med i rutinerna. Mer information om detta hittar ni i handboken för dataskydd på wikin.

Det är bra att ni har rutin för hantering av personuppgiftsincidenter med fastställd ansvarsfördelning för att få en snabb och effektiv hantering av personuppgiftsincidenter.

32. På vilket sätt är övrig personal hos er informerade om rutiner för personuppgiftsincidenthantering?

E-tjänster

Kommentarer:

När en personuppgiftsincident inträffar blir det ofta en allmän oro och osäkerhet på arbetsplatsen. Det är bra och nödvändigt att se till att alla anställda känner till vad som ska göras om en personuppgiftsincident inträffar. Därför är det viktigt att alla i personalen känner till att det finns rutiner som ska användas. Vi rekommenderar att ni informerar all personal om rutiner för hantering av personuppgiftsincidenter på arbetsplatsträffar, intranät och liknande.

33. Får personuppgiftsansvarig årlig information om anmälda personuppgiftsincidenter enligt art 33 GDPR?

Nej

Kommentarer:

Det är viktigt att den som är personuppgiftsansvarig får information om vilka personuppgiftsincidenter som har förekommit inom dennes ansvarsområde. Detta för att bedöma åtgärder som behöver göras. Det är den som är personuppgiftsansvarig som har hela ansvaret för de personuppgiftsbehandlingar som görs inom verksamheten.

Det är bra och en nödvändighet för den som är personuppgiftsansvarig att känna till de personuppgiftsincidenter som inträffar. Vi rekommenderar därför att ni planerar in årlig information till personuppgiftsansvarig om inträffade personuppgiftsincidenter i sammanträdeskalendern.

34. Vilka åtgärder har ni vidtagit med anledning av de personuppgiftsincidenter som har inträffat hos er?

Ändrat i behörigheter

Kommentarer:

Inträffar ofta samma personuppgiftsincidenter finns god anledning att t ex ändra rutiner eller hålla utbildning med personalen för att försöka undvika liknande personuppgiftsincidenter i framtiden. Händer det allvarliga incidenter behöver man med all sannolikhet vidta flera åtgärder. Tänk på att ta kontakt med dataskyddsteamet för att rådgöra om anmälan, dokumentation och åtgärder i samband med personuppgiftsincidenter.

Informationssäkerhet

Enligt art 5 och art 32 GDPR ska personuppgifter behandlas på ett säkert sätt. PUA ska vidta säkerhetsåtgärder som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse. Detta ska göras med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (integritet och konfidentialitet).

35. Bedrivs ett systematiskt informationssäkerhetsarbete enligt någon metod?

Vet ej

Kommentarer:

För att få effekt av arbete med informationssäkerhet krävs ett systematiskt arbetssätt. Vi rekommenderar att ni påbörjar ett arbete med att jobba systematiskt med informationssäkerhet.

36. Finns utsedd informationssäkerhetsansvarig tjänsteperson hos er?

Ja, en övergripande informationssäkerhetsansvarig inom vår kommun

Kommentarer:

Informationssäkerhet är ett komplext område. Det kan vara svårt att få kompetens och enhetlighet om informationssäkerhetsarbete ska delas mellan flera medarbetare.

Det är bra att det finns utsedd informationssäkerhetsansvarig då mycket av dataskyddsarbetet har med informationssäkerhet att göra.

37. Finns fastställda roller runt systemförvaltning (dvs systemägare, systemförvaltare, driftansvar) hos er?

Ja, inom vår myndighet

Kommentarer:

Att ha fastställda roller för systemförvaltning är en viktig del i att ha ordning och reda i sin förvaltning. Det är bra att ni har fastställda roller inom er myndighet.

38. Har ni rutin för kravställning med avseende på lämplig säkerhet för personuppgiftsbehandlingar i systemet vid upphandling av nya IT-system?

Vet ej

Kommentarer:

Enligt dataskyddsförordningen ska personuppgiftsansvarig säkerställa lämplig säkerhet för de personuppgifter som hanteras, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse. Det kan vara svårt att i efterhand ändra kravställningar på säkerhetsåtgärder. Oftast blir det åtgärder som blir kostnadsdrivande och svåra att införa.

Vi rekommenderar därför att ni tar fram en rutin för kravställning på lämplig säkerhet för personuppgiftsbehandlingar i system.

39. Har ni något mer ni vill tillägga?

Inget svar

40. Vad tycker du om enkäten?

Medel

Det var svårt, vi ska göra enkäten för varje nämnd, men många av frågorna är gemensamma för hela kommunen och jag vet inte riktigt hur det ligger till med alla rutiner och riktlinjer.

Sammanvägd bedömning

Ett dataskyddsbuds viktigaste uppgifter är att ge råd och stöd samt att ha en kontrollerande funktion så att dataskyddslagstiftningen efterlevs. Det operativa arbetet i den personuppgiftsansvariges förvaltning behöver utföras av personer som är anställda hos personuppgiftsansvarig.

Lokal organisation och utbildning

Vid genomgång av era svar kan vi se att det finns en organisation med utsedda roller för hälsa- och välfärdsnämndens dataskyddsarbete. Personerna i fråga har också fått utbildning och den övergripande dataskyddssamordnaren deltar i Sydarkiveras nätverksträffar. Delvis finns kanaler för att få ut information till den lokala organisationen. Detta är grundförutsättningar för att dataskyddsarbetet ska kunna fungera.

Delegering av dataskyddsfrågor

Ni har inte delegerat beslutsfattande inom dataskydd och det är inget man måste göra, men det finns fördelar med att göra det. Ärendetyperna blir synliga för både organisationen och för personuppgiftsansvarig och det finns en beredskap och planering när ärende uppstår.

Styrdokument

Dataskyddsförordningen och annan dataskyddslagstiftning gäller, men organisationen behöver bestämma hur det ska genomföras lokalt genom egna styrdokument. Ni har antagit riktlinjer för dataskydd och informationssäkerhetspolicy.

Kontaktuppgift till dataskyddsbud

Att utse dataskyddsbud och anmäla kontaktuppgifter till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) är en grundläggande åtgärd och detta är genomfört. Inget svar om var uppgift om dataskyddsbudet och kontaktuppgifter till dataskyddsbudet finns någonstans så att enskilda får information om detta.

Registerförteckningar

Att ha kontroll över sina registerförteckningar är också grundläggande för dataskyddsarbetet och det är bra att ni har upprättade förteckningar. Personuppgiftsansvarig får ej regelbunden information om aktuella registerförteckningar.

Efter Schrems II-domen är det särskilt viktigt att ha kartlagt vilka tredjelandsöverföringar som ni har. Kartläggningen av era tredjelandsöverföringar är delvis genomförd. Det arbetet behöver slutföras då det är en nödvändig förutsättning för att veta vilka ytterligare åtgärder som kan behöva göras.

Rutiner för dataskyddsarbete

På en del områdena saknas det rutiner och det är något som behöver utvecklas. Dataskyddsteamet jobbar med mallar och dokument på dataskyddsarbetsdagarna och det innebär att rutiner som ni kan ha som utgångspunkt regelbundet tas upp och uppdateras.

Personuppgiftsbiträdesavtal

Ert arbete med personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) verkar fungera tillfredsställande och det är mycket bra att det finns biträdesavtal med instruktioner med samtliga personuppgiftsbiträden. Det är osäkert om ni har med PUB-avtal i planeringen och vid införskaffande av nya system.

Risk- och konsekvensbedömningar

Arbetet med risk- och konsekvensbedömningar görs delvis. Ni har utsedda personer för detta arbete och har genomfört ett par risk- och konsekvensbedömningar under 2020. Vi vill här påminna om att dataskyddsombudet ska rådfrågas i samband med risk- och konsekvensbedömningar.

Personuppgiftsincidenter

När det gäller hantering av personuppgiftsincidenter har ni utsedda personer som anmäler och dokumenterar. Ni har även rutiner för hantering av personuppgiftsincidenter och nämnden får årlig information om incidenter. Det här är mycket bra.

Informationssäkerhet

Vad gäller informationssäkerhetsarbetet så har ni en informationssäkerhetspolicy och det finns en utsedd kommunövergripande informationssäkerhetsansvarig. Det finns också fastställd organisation för systemförvaltning hos er myndighet. Det är osäkert om ni arbetar efter någon särskild metod när det gäller informationssäkerhet och det är också osäkert om det finns rutin för kravställning på lämplig säkerhet för personuppgiftsbehandlingen i samband med upphandling av nya system.

Vår bedömning är att det viktigaste som hälsa- och välfärdsnämnden i Osby kommun behöver arbeta vidare med är:

1. Informera berörd personal om Sydarkiveras handbok för dataskydd. Där finns mallar för flera dokument och stöd i olika frågor kring dataskydd.
2. Kontrollera och se till att det finns information och kontaktuppgifter till dataskyddsombudet på lämpliga ställen, t ex webbplats.
3. Vi rekommenderar att ni tar del av den mall för delegationsordning som dataskydds-teamet tagit fram och tar in delegation av dataskyddsfrågor i hälsa- och välfärdsnämndens delegationsordning.
4. Kontrollera hur arbetet med att informationssäkerhet är tänkt att fungera hos er och vi föreslår att det påbörjas ett mer systematiskt arbete på detta område.
5. När det gäller arbetet med PUB-avtal rekommenderar vi att ni börjar ta fram förslag till PUB-avtal med instruktioner som en del i framtida upphandlingsunderlag av nya system.
6. Vi rekommenderar att ni snarast slutför kartläggning av era tredjelandsöverföringar och därefter tar fram analys och åtgärdsplan utifrån kartläggningen.
7. Planera in årlig information om inträffade personuppgiftsincidenter, aktuella registerförteckningar samt information om personuppgiftsansvarigs roll och ansvar i sammanträdeskalendern med hälsa- och välfärdsnämnden.

Dataskyddsteamet

Therese Jigsved
Dataskyddsombud/
Förbundsjurist

Anders Danielsson
Informationssäkerhets-
specialist

Ria Larsson
Arkivarie

6

Kommunstyrelseförvaltningen
Kenneth Lindhe
0479528233
kenneth.lindhe@osby.se

Budgetuppföljning 2021

Dnr HON/2021:2 042

Hälsa och omsorgsnämndens förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden

Hälsa och omsorgsnämnden beslutar att:

Godkänna informationen om det ekonomiska läget.

Vidarebefordra informationen till kommunstyrelsen.

Barnkonsekvensanalys

Ärendet berör inte barn.

Sammanfattning av ärendet

Då uppföljningen i delårsbokslutet innehöll en felskrivning som förbättrade förvaltningens resultat beslutade förvaltningen att gå till nämnden med information om läget efter september månad. Det ser då ut som om förvaltningens resultat skulle hamna på ett minus med närmare 5 500 tkr. Detta är en försämring från delårsbokslutet med 3 768 tkr. Av denna försämring härrör 2 514 tkr från ovan nämnda felskrivning.

Det bör noteras att av det totala underskottet härrör strax över 3 000 tkr från åtgärder orsakade av covid-19.

Kommentarer kring övriga försämringar redovisas i separat dokument.

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Kenneth Lindhe
Verksamhetscontroller

Beslutet skickas till förvaltningschef Hälsa och omsorg

Kommunstyrelseförvaltning
Kenneth Lindhe, 0479 52 82 33
kenneth.lindhe@osby.se

Kommentarer uppföljning september

Belopp i tkr	Budget perioden	Utfall perioden	Avvikelse period	Budget helår	Prognos helår	Avvikelse helår
Verksamhet						
Nämnd/ledning	-1 913	-7 401	5 488	-2 537	-5 234	2 697
Äldreomsorg	141 507	150 066	-8 559	185 183	193 834	-8 651
Funktionsnedsatta	36 610	34 970	1 640	48 566	46 678	1 888
Socialpsykiatri	5 194	5 388	-194	7 498	8 894	-1 396
	0	0	0	0	0	0
Resultat	181 591	183 018	-1 427	238 710	244 177	-5 467

Gemensamt

Uppföljningen i samband med delårsbokslutet innehöll en beklaglig felslagning, vilket fick till följd att resultatet blev cirka 3 600 tkr bättre än det skulle varit. Felet uppstod vid beräkningen av intäkter centralt på förvaltningen. Detta upptäcktes i samband med uppföljningen i september.

Det totala underskottet vid september månads uppföljning uppgår enligt prognosen till 5 467 tkr. Differensen mot delårsbokslutet är 3 537 tkr och av dessa är 2 514 att hänföra till central nivå, beroende på den tidigare nämnda felslagningen.

Av det totala underskottet är strax under 3 300 tkr nettokostnaden för covid under innevarande år. För dessa kostnader utbetalas under 2021 ingen kompensation från staten.

Äldreomsorg

Särskilt boende

På särskilt boende har tillkommit kostnader för öppnandet av säboplatser på Lindhems trygghetsboende vilket ger en försämring med cirka 300 tkr. Därutöver har kostnaderna för sjuksköterskor ökat något sedan augusti på grund av bonusar under sommaren. Rehab har samma prognos som i augusti.

Hemtjänsten

Hemtjänsten uppvisar ett försämrat resultat med ca 300 tkr. Försämringen beror på ändrad prognos för personalkostnader i hemtjänsten i Osby och i Lönsboda. I Lönsboda har vi haft en del korttidsbeslut som verkställs med hemtjänstpersonal. I Osby har en del extra personal tagits in på grund av ökade behov. Hemtjänst grupp B visar också ökade personalkostnader men de kompenseras med ökade intäkter (mer utförda timmar).

Dagverksamheten

Uppvisar största förändring i prognos mellan augusti- och septemberuppföljningen (ca 390 tkr). Detta eftersom man flyttat en del kostnader för växelvård på Lindhem från hemtjänsten till dagverksamhet (där budgeten för växelvård finns). Vid delårsbokslut har hänsyn tagits till detta i prognosen för hemtjänsten dock inte i prognosen för dagverksamhet.

LSS

Ledningen funktionsnedsatta uppvisar en försämring med ca 210 tkr. Detta beror på att vi har varit tvungna att på grund av hög belastning på enhetscheferna ta in en samordnare för att kunna stötta dem. Ökad belastning beror på sjukskrivningar inom verksamheten. Verksamheten uppvisar fortfarande en positiv prognos men överskottet är mindre än prognosen vid delårsbokslutet visade.

Övriga enheter inom LSS uppvisar som helhet inga större förändringar i prognosen. Dock finns en del orosmoln gällande personlig assistans, egen regi. Vi har fått in ytterligare ett beslut om personlig assistans (omfattning i nuläge 40 tim/vecka) men risken är stor att antalet timmar ökar.

Försäkringskassan kommer med stor sannolikhet inte att kunna fatta beslut innan årsskiftet vilket innebär en osäkerhet kring eventuella inkomster. Vi har nu i veckan fått indikationer att Försäkringskassan inte kommer att bevilja assistansersättning i ett annat ärende vilket i så fall kommer att förändra prognos för inkomster inom denna verksamhet. Vi har inte fått slutgiltigt beslut än men indikationerna är rätt så starka.

Socialpsykiatri

Prognosen för placeringar ligger på något lägre nivå än i augusti beroende på att en placering är vilande. Prognosen för boendestöd ligger också något lägre än vid bokslutet.

7

Hälsa- och omsorg
Lina Bengtsson
0479528300
lina.bengtsson@osby.se

Samlade riktlinjer Hälsa och omsorgsnämnden

Dnr HON/2021:12 003

Hälsa- och omsorg förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden

Att godkänna riktlinje för dokumentation, kommunal hälsa- och sjukvård.

Barnkonsekvensanalys

Ärendet berör barn om de skulle bli berörda av dokumentation som sker inom kommunal hälso- och sjukvård.

Sammanfattning av ärendet

Riktlinjen för dokumentation inom kommunal hälso- och sjukvård har uppdaterats i sin helhet i enlighet med MAS ansvar.

Beslutsunderlag

Riktlinje för dokumentation kommunal hälso- och sjukvård.

Helena Ståhl
Förvaltningschef

Lina Bengtsson
MAS/Verksamhetsutvecklare

Beslutet skickas till



Beslutad av: <Beslutad av>
Framtagen av: Lina Bengtsson, MAS Osby
kommun
Lotta Tyrberg, Östra Göinge
kommun
Uppdaterad: <Uppdaterad>

Beslutsdatum:
Dokumentansvarig: MAS

Diarienummer:
Giltighetstid: Tills vidare



Innehåll

1	Patientjournal	5
1.1	Dokumentationens syfte	5
1.2	Definition av journalhandling	5
1.3	Skyldighet att föra patientjournal	5
1.4	Upprättande av patientjournal	6
1.5	Språket i patientjournalen.....	7
1.6	Tolk.....	7
1.7	Tillgänglighet	7
1.8	Signering	7
1.8.1	Signaturförtydligande.....	8
1.9	Rättelse	8
1.10	Samtycke.....	8
1.11	Identitetskontroll	8
1.12	Informationsskyldighet.....	9
1.13	Spärrade uppgifter.....	9
2	Behörigheter - rätt att ta del av personuppgifter för anställd.....	9
2.1	Studerande.....	10
3	Telefonförfrågan/rådgivning	10
4	Kommunikation och informationsöverföring	10
4.1	Digital planering i verksamhetssystemet.....	11
4.2	Informationsöverföring mellan kollegor	11
	Överrapportering mellan kollegor sker företrädes vis via läsning i verksamhetssystemet men kan kompletteras med kort strukturerad muntlig rapport enligt SBAR.	11
4.3	Informationsöverföring patienter i slutenvård	11
4.4	Informationsöverföring patienter i Öppenvård/primärvård.....	11
4.5	Fax och e-post.....	11
5	Förvaring och åtkomst av journal.....	12
5.1	Hälso- och sjukvårdens kontor	12
5.2	Vård- och omsorgsboende	12
5.3	Ordinationshandlingar i vård- och omsorgsboende.....	12
5.4	Ordinärt boende	13
6	Infoga dokument	13
6.1	Skanning, fotografier och filmat material	13
7	Byte av utförare - avslut av journal	13
8	Arkivering och gallring av journal	14
8.1	Journalförstöring.....	14
9	Driftstopp	14
9.1	Utskrift i papper	14
10	Intyg.....	15
11	Kontroll av logg, dataintrång	15
12	Journalgranskning och kvalitet	16
13	Ansvar	16
13.1	Verksamhetschefens ansvar.....	16
13.2	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar	16

13.3 Arbetsledarens ansvar	16
13.4 Användares ansvar	17
13.5 Systemadministratörens ansvar	17
14 Gällande föreskrifter	17

1 Patientjournal

Patientjournal ska föras på personer som erhåller kommunal hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, bostad med särskild service, till patienter med hemsjukvård, på daglig verksamhet samt på korttidsboende och växelvård.

En patientjournal är en informationskälla för:

1. Patienten och i vissa fall anhöriga
2. Vårdpersonal involverade i patientens vård
3. Uppföljning och utveckling av verksamheten
4. Tillsyn och rättsliga krav
5. Uppgiftsskyldighet enligt lag
6. Forskning

1.1 Dokumentationens syfte

1. Stöd för de personer som utför och ansvarar för vården
2. Arbetsverktyg och underlag för bedömning av åtgärder
3. Instrument för uppföljning och utvärdering
4. Informationskälla till patient och anhörig
5. Instrument för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
6. Underlag för tillsyn och kontroll av vården
7. Underlag för forskning

1.2 Definition av journalhandling

Som journalhandling räknas en framställning i skrift, en bild, en upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas med tekniska hjälpmedel som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd, personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.

1.3 Skyldighet att föra patientjournal

All legitimerad personal har en skyldighet att föra journal. Även personal som biträder legitimerad personal och som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom delegering, ordination eller instruktion ska dokumentera de iakttagelser av vikt som görs i samband med utförandet av arbetsuppgifterna.

Samtlig personal med IT-behörighet ska dokumentera i verksamhetssystemet. Vårdpersonal utan it-behörighet ska dokumentera på avsedd blankett för HSL-dokumentation. Likaså legitimerade vid eventuellt driftsstopp. Vårdpersonal som på något sätt biträder legitimerad personal ska ha tillgång till verksamhetssystemet. Endast i undantagsfall, till personal som tjänstgör enstaka tillfällen och mer sällan, ska pappersjournal användas.

Anteckningar som förs med papper och penna ska vara tydliga så att texten ska kunna läsas och bevaras. Arkivbeständig penna ska användas. Tidpunkt för aktuell händelse ska framgå även i pappersjournalen.

Dokumentationen ska vara tydlig och utföras med respekt för den enskilde.

1.4 Upprättande av patientjournal

Upprättande av journal görs av berörd legitimerad vid första kontaktorsak, inflyttning i särskilda boende eller om handlingar upprättas eller inkommer som berör den enskilde. Den första informationen till journalen kan inhämtas från den enskilde själv, från anhörig, från inkomna handlingar samt av egen iakttagelse.

Samtycke och fråga gällande överkänslighet ska inhämtas vid första kontakt.

Patientjournalen ska innehålla uppgifter om:

1. Patientens identitet och kontaktuppgifter
2. Namn och befattning på den som svarar för journaluppgiften
3. Uppgifter om samtycke och eventuella återkallande av samtycke
4. Uppgifter om vårdhygienisk smitta
5. Varning vid intolerans eller överkänslighet som innebär risk för liv eller hälsa
6. Uppgifter om bakgrunden till vården som diagnoser och hälsohistoria
7. Uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
8. Uppgifter om ordinationer och olika behandlingar
9. Uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel
10. Undersökningsresultat och uppföljningar
11. Resultat av riskbedömningar
12. Uppgifter om patientens egna önskemål gällande vård och behandling
13. Uppgifter om patienten tackar nej till föreslagen vård och behandling samt eventuella konsekvenser patientens beslut kan få
14. Komplikationer vid vård och behandling
15. Rådgivning till patient, anhörig och/eller personal
16. Kontakter med annan vårdgivare
17. Epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
18. De uppgifter som behövs för att tillgodose spårbarhet avseende de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient
19. Intyg, remisser eller annan för vården relevant inkommande och utgående information.
20. Uppgifter om vårdplanering/SIP
21. Spärrade uppgifter.

Överkänslighet samt smittsam sjukdom

I verksamhetssystemet skall dokumentation av överkänslighet, "varning" samt smittsam sjukdom registreras under uppmärksamhetsinformation - uppmärksamhetsklass. Varningen skall på ett tydligt sätt beskriva vad som intoleransen/ överkänsligheten avser, samt vem som skrivit in "varningen". Överkänslighet som kan leda till allvarliga eller livshotande tillstånd skall markeras i journalen med ordet "VARNING" antingen för hand med rödpenna, med röd stämpel, med röd etikett eller på annat iögonfallande sätt. Omvårdnadsepikrisen skall i dessa fall alltid kompletteras med muntlig översättning av "varningen" samt smittsam sjukdom.

1.5 Språket i patientjournalen

Journalen ska enligt huvudregeln vara skriven på lättbegriplig svenska så att patienten och berörd personal förstår informationen. I särskilda fall kan språket i patientjournalen vara skriven på danska, norska eller engelska. Kravet som ställs är att väsentliga ställningstagande gällande vård och behandling, förhållningsregler gällande smittskyddslagen samt epikriser ska finnas på svenska. Om dokumentation på annat språk än svenska är aktuellt ska medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) kontaktas för konsultation.

Dokumentation ska ske enligt ICF - klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsens termbank och rekommenderade förkortningar enligt svenska akademins ordlista ska följas.

1.6 Tolk

För att patient som inte behärskar svenska språket eller som har en funktionsnedsättning som begränsar förmågan att se, höra eller tala, ska kunna ta vara på sin rätt vid kontakt med hälso- och sjukvården, kan en tolk bli aktuellt. Detta gäller även översättning av handlingar. Är patienten i behov av tolk ska detta framgå i patientjournalen. Det ska även framgå om det är en anhörigtolk eller professionell tolk som anlitas för uppgiften.

1.7 Tillgänglighet

Dokumentation i patientjournalen ska föras in så snart som möjligt. Uppgifter som har betydelse för vården inom det närmaste dygnet ska dokumenteras innan personalen avslutar sitt arbetspass.

1.8 Signering

En journalanteckning ska signeras för att styrka att uppgifterna som dokumenterats är riktiga. Innan signering ska uppgifterna kontrolleras för att undvika fel. Signering ska ske i direkt i anslutning till att anteckningen förs in i journalen. Efter signeringen kan anteckningen inte ändras. Om signatur inte gjorts signeras anteckningen automatiskt efter 24 timmar.

1.8.1 Signaturförtydligande

I direkt anslutning till dokumentation i pappersjournal ska det finnas en lista där signatur finns sammankopplat med namn och befattning. Listan ska fyllas i vid första tjänstgöringstillfälle. Listan förvaras i anslutning till där dokumentation i pappersjournal sker. Vid avslut ska listan förvaras med övrig patientjournal.

1.9 Rättelse

Dokumenterade uppgifter i patientjournalen får inte tas bort eller göras oläsliga. Vid felaktig uppgift om patienten i dennes journal ska uppgiften rättas. I verksamhetssystemet görs detta genom funktionen ”Rätta anteckning” i pappersjournal dras ett streck över de felaktiga uppgifterna. Efter rättelse dokumenteras en förklaring till rättelsen och de riktiga uppgifterna skrivs därefter in.

Felaktigt infogade dokument kan däremot tas bort. Detta sker efter godkännande av MAS.

När patienten anser att en uppgift är oriktig eller missvisande, ska anteckningen inte felmarkeras eller ändras. Patientens uppfattning ska däremot dokumenteras.

1.10 Samtycke

Samtycke ska inhämtas vid start av patientrelation och dokumenteras i patientjournalen. Samtycke ska inhämtas för:

1. Information till närstående
2. Informationsöverföring till annan vårdgivare
3. Information i Nationell patientöversikt (NPÖ)
4. Samtycker till Vård och behandling

Se separat rutin för samtycke i Hälso- och sjukvårdshandboken.

1.11 Identitetskontroll

Den som upprättar en journalhandling ska alltid kontrollera patientens identitet.

Om identiteten inte går att fastställa ska patientjournal upprättas på papper. När identiteten är fastställd förs uppgifterna in i verksamhetssystemet.

Identitetskontroll ska även utföras vid provtagning, undersökning och behandling samt vid användande av identitetsband. Är identiteten inte fastställd då identitetsband sätts på ska det på bandet framgå att identiteten är okänd. Undersköterska kan bekräfta identitet men bandet ska sättas av legitimerad personal.

Identitet ska styrkas med godkänd legitimationshandling om patienten inte är känd.

1.12 Informationsskyldighet

Vid upprättandet av en patientjournal ska patienten informeras om att dennes personuppgifter blir upptagna i ett register för databehandling (GDPR). Patienten ska informeras om sin rätt att ta del av sina egna uppgifter, att rättelse av felaktiga uppgifter kan begäras samt rätten att spärra uppgifter i journalen.

Hälso- och sjukvården är skyldig att anpassa information om vård och behandling som ges till patienten, muntligt och skriftligt, efter patientens förutsättningar och behov, och att försäkra sig om att personen har förstått informationen.

1.13 Spärrade uppgifter

Patienten har en uttrycklig rätt enligt Patientdatalagen 4kap. 4–5§§ att motsätta sig att uppgifter som dokumenteras i en journal hos en vårdenhet eller i en vårdprocess görs tillgängliga för någon annan som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess. I dessa fall ska uppgifterna genast spärras. Uttrycker patienten önskemål om att uppgifter ska vara spärrade ska en pappersjournal upprättas. Finns uppgifter sedan tidigare i det datoriserade journalsystemet ska dessa göras otillgängliga och kontakt tas med systemförvaltaren. I journalsystemet dokumenteras endast att patienten har en pappersjournal upprättad.

2 Behörigheter - rätt att ta del av personuppgifter för anställd

Person som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om personen deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1§ PDL).

Exempel på deltagande i vården:

1. Träffar patienten personligen
2. Blir konsulterad av en kollega
3. Deltar i t.ex. teammöten då man har kompetenser som kan komma patienten till gagn
4. Ger patienten sjukvårdsrådgivning per telefon
5. Kommunikerar med patienten över internet
6. Tar emot en remiss

Annat skäl kan exempelvis vara att:

1. Utfärda intyg
2. Följa upp resultatet av sina bedömningar och åtgärder
3. Utvärdera vårdprocess

4. Beräkna och sammanställa kostnader
5. Framställa statistik om verksamheten
6. Kontrollera om verksamheten bedrivs i enlighet med vårdgivarens rutiner
7. I överensstämmelse med lag eller förordning lämna ut uppgifter

2.1 Studerande

Utbildningsverksamhet som sådan ingår inte i patientdatalagens tillämpningsområde. Därför får studerande inte läsa patientjournaler i utbildningssyfte utan patientens tillåtelse. När studenter deltar i den faktiska patientvården gäller dock patientdatalagen för deras arbete. Det innebär att vårdgivare kan låta studenter få ta del av elektroniska patientjournaler och även kunna föra anteckningar i dem när det behövs. Studenter kan dock bara delta i den faktiska patientvården om patienten samtycker och om en handledare har uppsikt över och leder studentens åtgärder (prop. 2007/08:126 s. 51). Studenten behöver i så fall en egen personlig inloggning för att kunna ta del av de uppgifter som behövs för att utföra arbetsuppgifterna och måste kunna dokumentera arbetet.

Se separat rutin för offentlighet och sekretess i Hälso-och sjukvårdshandboken.

3 Telefonförfrågan/rådgivning

Samtal som gäller vård och behandling ska alltid dokumenteras. Det samma gäller uppgifter som kan få betydelse för vården/behandlingen framöver. Dokumentation ska göras i patientjournalen i direkt anslutning till samtalet. Råd som ges till omvårdnadspersonal ska dokumenteras både av legitimerad som ger rådet och av omvårdpersonal som tar emot rådet.

4 Kommunikation och informationsöverföring

Kommunikation och informationsöverföring handlar om information som delas mellan professioner via verksamhetssystem, olika dokument eller via samtal.

All överrapportering som sker via samtal ska följa en strukturerad informationsöverföring via SBAR. SBAR går att använda i dialog mellan personal, patienter och anhöriga. Arbets sättet ska introduceras vid nyanställning samt vid delegering av arbetsuppgifter till vårdpersonal.

SBAR står för:

1. **S**ituation
2. **B**akgrund
3. **A**ktuellt tillstånd
4. **R**ekommendation

4.1 Digital planering i verksamhetssystemet

Digital planering ska användas och ersätta kalendrar i pappersform.

Det finns inte utrymme för minnesanteckningar eller privata anteckningar annat än som minnesanteckningar för att genomföra dagens arbete. Dessa anteckningar ska sedan förstöras och ersätter inte dokumentationsskyldigheten. Dagböcker, svarta böcker, block eller liknande sammanställningar för överföring av information som rör enskilda patienter får inte förekomma.

4.2 Informationsöverföring mellan kollegor

Överrapportering mellan kollegor sker företrädes vis via läsning i verksamhetssystemet men kan kompletteras med kort strukturerad muntlig rapport enligt SBAR.

I undantagsfall då vårdpersonal inte kan ta del av information i verksamhetssystemet som behövs för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsinsatser ska anteckningen skrivas ut av legitimerad personal. Utskrifterna ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Inaktuella utskrifter ska strimlas.

4.3 Informationsöverföring patienter i slutenvård

Till patienter som efter utskrivning från slutenvården behöver insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård och regionfinansierad öppenvård/primärvård sker all informationsöverföring i det gemensamma verksamhetssystemet ”Mina planer”.

Se separat rutin i Hälso- och sjukvårdshandboken.

4.4 Informationsöverföring patienter i Öppenvård/primärvård

Informationsöverföring mellan kommunal hälso- och sjukvård och primärvård sker via telefonsamtal, remisser, journalkopior, ordinationshandlingar och samtal. Vid digital informationsöverföring via exempelvis Teams ska tills vidare ske genom att patienterna som omnämns är avidentifierade.

4.5 Fax och e-post

Som personuppgifter räknas personnummer, initialer, namn, adress eller andra uppgifter där det går att spåra vem personen är.

En handling som skickas via fax utgör normalt en kopia. Fax ska förvaras i låst utrymme alternativt ha överenskommelse med fysisk mottagare som bekräftar att handlingen kommit fram. Personuppgifter på handlingen som faxas ska avidentifieras och lämnas via telefon till mottagare av faxet.

Förprogrammerade kortnummer ska användas och mottagare av faxet ska bekräfta att handlingen kommit fram.

Sekretessuppgifter kring en patient skickas i första hand i meddelandefunktionen i verksamhetssystemet. Säker e-post finns internt och kan användas i undantagsfall vid driftsstopp i verksamhetssystemet.

För att e-posta personuppgifter till extern mottagare måste försäkran finnas för att mottagaren uppfyller kraven för säker e-post.

5 Förvaring och åtkomst av journal

Varje journalhandling ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång. Journalen ska förvaras säkert i ett låsbart utrymme och så att de inte förstörs av skadegörelse, brand, stöld eller vatten.

Varje journal ska utifrån lagrum hållas åtskild. För elektronisk journal gäller inloggningsregler med tvåfaktorsautentisering vilket innebär SITHS-kort och kod. Datorn får inte lämnas obevakad när journalsystemet finns tillgängligt.

5.1 Hälso- och sjukvårdens kontor

Varje pappersjournal ska förvaras i pappersmapp märkt med namn och personnummer. Handlingarna ska åtskiljas genom plastfickor för:

1. Omvårdnadsjournal/rapportblad då dokumentation förs på papper
 - Läkemedelslista/ordinationshandling
 - Signaturförtydligande
 - Epikris
 - Signeringslistor
 - Övrigt

5.2 Vård- och omsorgsboende

Journalhandlingarna ska förvaras i pärm, en för varje patient. Pärmerna ska vara inlåst i låsbart utrymme på respektive avdelning eller enhet. Lagrummen ska i pärmen åtskiljas genom färgade flikar.

5.3 Ordinationshandlingar i vård- och omsorgsboende

Ska finnas i en så kallad HSL pärm i vårdtagarens lägenhet där ordinationshandlingar, signeringslistor mm ska förvaras. På sjuksköterskornas kontor finns också en pärm där ordinationshandling förvaras tillsammans med de delar av journalen som finns i pappersform. Ordinationshandlingen på sjuksköterskans kontor utgör originalhandling. Läkemedelslistan i vårdtagarens lägenhet utgör en exakt kopia som ALLTID ska uppdateras när originalhandlingen uppdateras. Innehållsförteckning och flikar ska finnas.

5.4 Ordinärt boende

En särskild kontaktpärm i vårdtagarens hem används för förvaring av läkemedelslista, signeringslista, vändlistor, vätskelistor samt instruktion för eventuella ordinationer och träningar från legitimerad personal. Om även social dokumentation finns i denna pärm ska de båda lagrummen åtskiljas med hjälp av olika flikar samt innehållsförteckning.

6 Infoga dokument

I syfte att säkra och göra information tillgänglig infogas inkommande dokument i den elektroniska journalen. Observera att ordinationshandlingar och PK-svar ej ska infogas i den elektroniska journalen. Dokument ska i journalsystemet benämnas med datum (enligt formatet ÅÅ-MM-DD) samt med dokumentets namn. Originaldokument arkiveras i pappersjournalen. Endast då kvaliteten i verksamhetssystemet är tillräcklig för bevarande av infogat material kan handlingen i pappersform förstöras.

6.1 Skanning, fotografier och filmat material

Finns teknisk möjlighet att skanna material i syfte att samla information i patientjournalen kan detta göras. Inskannade dokument är handlingar som ska förvaras enligt samma regler som övriga handlingar i patientjournalen. Används kamera för film eller foto ska de skannas in direkt i journalen av den som ansvarat för fotografering/filmning. Personal som ansvarar för foto/film ansvarar för att materialet raderas ur kameran innan arbetspassets slut. Kan inte materialet skannas direkt ska det dras ut i papper och förvaras i pappersjournalen alternativt film på flyttbart lagringsutrymme (USB) märkt med namn och personnummer som förvaras i pappersjournalen. Om mellanlagring behövs när materialet ska skannas in sker detta på skrivbordet och tas bort direkt när skanning är klar. Förvaras dessa material i pappersjournalen ska det framgå i dokumentationen.

7 Byte av utförare - avslut av journal

När en patient flyttar mellan olika verksamheter inom kommunens verksamheter ska alla journalhandlingar följa med och en epikris sammanfatta vårdtiden.

Om en patient flyttar och lämnar verksamheten skall endast en epikriskopia efter samtycke om informationsöverföring från patienten medfölja vilket ska antecknas i journalen. Övrig journal arkiveras.

Avliden patienten ska en epikris för vårdtiden skrivas och patientjournalen avslutas av legitimerad som ansvarar för vården. Vid de fall där flera legitimerade varit involverade i vården ansvarar berörd sjuksköterska för att

avsluta patientens journal som sedan arkiveras. Journal gällande patient född datum 5, 15, 25 sparas för alltid.

8 Arkivering och gallring av journal

Arkivering och gallring sker i enlighet med kommunens dokumenthanteringsplan.
Se särskild rutin för gallring.

8.1 Journalförstöring

Patienten själv eller någon som omnämns i journalen kan begära att patientjournalen ska förstöras. Det är endast Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som får besluta om en journalhandling helt eller delvis får lov att förstöras. Patienter själv lämnar sin begäran till IVO och beslutet lämnas sedan till vårdgivaren. Vid beslut om förstöring hanterar MAS ärendet och tillser att journalen förstörs.

9 Driftstopp

Vid driftstopp ska patientens rätt till god och säker vård säkerställas. Den som upptäcker driftstopp anmäler det till systemansvarig. Systemansvarig anmäler till MAS och enhetschef vid längre driftstopp som kan påverka patientsäkerhet.

Vid all form av driftstopp i verksamhetssystemet ska dokumentation föras på journalblad. Bladen skall vara märkta med namn och personnummer samt vara åtskilda för varje patient. Verksamhetens namn och logga ska finnas på dokumentet.

Varje profession för sina journaler på papper så länge driftstoppet varar. Då systemet åter är i bruk görs en sammanfattning av händelser av vikt som förts på papper in i verksamhetssystemet. I anteckningen skall framgå vem som fört anteckningen på papper och under vilken period som dokumentationen är manuellt utförd samt signeras av den som för in anteckningen.

Att skriva in händelser av vikt i verksamhetssystemet skall prioriteras så fort systemet åter är i bruk. Ansvarar för detta gör respektive omvårdnadsansvarig inom HSL om dessa är i tjänst. Finns inte ovanstående i tjänst snarast efter systemet åter är i bruk ansvarar tjänstgörande legitimerad för att händelser av vikt från pappersjournalerna förs in i datorn. Handskriven journalanteckning kan skannas in i journalen enligt gällande rutin för skannat material.

9.1 Utskrift i papper

För att journalföring ska vara säker vid eventuella driftstopp av elektronisk journal krävs att viss dokumentation alltid finns tillgänglig på papper. Person

som upprättar eller som gör en ändring i nedanstående uppgifter ansvarar för att de finns i pappersversion och att gamla kasseras. Kopia på informationen ska finnas till berörd vårdnadspersonal.

Personuppgifter: Namn, personnummer, adress, telefonnummer

Närstående: Namn, telefonnummer, kontakta i första hand, kontakta på natten

Omvårdnad/områdesansvarig sjuksköterska/arbetsterapeut/fysioterapeut:

Namn, telefonnummer

Vägbeskrivning: Vid behov

Aktuella uppgifter från uppmärksamhetssymbol som Varning och smitta

Uppgifter om samtycke

Aktuellt status

Ordinationer och aktuella planer

10 Intyg

Den som har skyldighet att föra journal har även skyldighet att utfärda intyg om vården på patientens begäran. Intyget överlämnas till patienten efter att denne har styrkt sin identitet.

Ska intyget översändas till annan än patienten själv skall skriftligt medgivande från patienten erhållas. Kan det på grund av sjukdom inte erhållas något medgivande från patienten om utfärdande av intyg ska följande bedömning göras:

Den som begär intyget ska ange för vilket ändamål intyget skall användas, eftersom detta har betydelse för bedömningen av utlämnandet.

Den som ansvarar för vården gör bedömning enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 25 kap. 1 § Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Vid tveksamhet ska medicinskt ansvarig sjuksköterska kontaktas.

Den som inte har tillräcklig kompetens och erfarenhet eller som inte kan iaktta kraven på opartiskhet skall avböja att utfärda ett intyg. Om intygsutfärdaren ändå måste utfärda intyget, skall skälet till detta anges i intyget.

I omvårdnadsjournalen dokumenteras vem som begärt och erhållit intyget. Kopia på intyget bifogas journalen.

11 Kontroll av logg, dataintrång

Den som olovligen bereder sig tillgång till IT-baserade personuppgifter, genom att läsa i journaler som inte är relevant för att kunna vårda eller behandla en patient, kan dömas för dataintrång. För att säkerställa att ingen

använder sin behörighet på ett otillåtet sätt utförs loggningar regelbundet i systemet enligt separat rutin.

Separat rutin för loggkontroll finns.

12 Journalgranskning och kvalitet

Patientuppgifternas kvalitet och ändamålsenlighet granskas systematiskt genom:

Medicinskt ansvariga ansvarar för journalgranskning utifrån patientsäkerhet och överensstämmelse med gällande lagstiftning.

Kollegial journalgranskning sker regelbundet utifrån syfte att utveckla verksamhetens kvalitet och personalens kompetens.

Journalföringen används för att systematiskt säkerställa och utveckla kvalitet och säkerhet. Kan även användas för uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten samt för att framställa statistik

13 Ansvar

13.1 Verksamhetschefens ansvar

- ha ett övergripande ansvar för dokumentationssystemen
- att behörigheterna till verksamhetssystemen är ändamålsenliga och förenliga med aktuella arbetsuppgifter
- att personalen är informerade om gällande lagstiftning och bestämmelser som gäller för hantering av patientuppgifter
- att regelbundna loggkontroller genomförs
- att personalen är informerad om att loggkontroller genomförs

13.2 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

att det finns riktlinjer för journalföring i hälso- och sjukvårdsdokumentationen, informationshantering och loggkontroller.

13.3 Arbetsledarens ansvar

- att vara väl förtrogen med gällande riktlinjer
- att hålla anställd personal informerad om regelverk och riktlinjer
- att vid beställning till systemadministratören tilldela användarna rätt behörighet, det vill säga tillräckligt för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt men samtidigt inte mer omfattande än vad som är nödvändigt
- att behörighetstilldelningen föregås av en behovs- och riskanalys
- att vid beställning till systemadministratören förändra behörighet

- att vid beställning till systemadministratören avsluta behörigheten när användaren slutar eller får andra arbetsuppgifter.
- att till SITHS-administratören återlämna SITHS-kortet när användaren har avslutat sin anställning

13.4 Användares ansvar

Varje journalförande användare har ansvar för:

1. Att ta del av och vara uppdaterad om rutiner och riktlinjer samt att följa dessa.
2. Att personliga inloggningsuppgifter inte är tillgängliga för obehöriga.
3. Att datorer, surfplattor och mobiltelefoner inte lämnas på ett sådant sätt att obehöriga kan få åtkomst till deras innehåll.
4. Att endast ta del av information angående vårdtagare som man deltar i vården av.
5. Att förhindra att obehöriga kan komma åt sekretessbelagd information.
6. Att efter avslutad anställning återlämna SITHS-kort.

13.5 Systemadministratörens ansvar

- att efter beställning lägga in behörigheter i dokumentationssystemet för legitimerad och ev. annan behörig personal
- att efter beställning förändra eller avsluta behörighet.

14 Gällande föreskrifter

Informationshantering och journalföring inom hälso- och sjukvården regleras i Patientdatalagen (SFS 2008:355)

Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientlagen (SFS 2014:821).

Se även vårdhandboken

8

/Eget_Förvaltning/
/HandläggareNamn/
/HandläggareTelefon/
/HandläggareEpost/

Handlingsplan efter revisionsgranskningen av LSS- verksamheten

Dnr HON/ 2021:56

Hälsa- och omsorgsförvaltningens förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden

Att godkänns handlingsplanen.

Barnkonsekvensanalys

Barn berörs då barn vistas inom LSS-verksamheten.

Sammanfattning av ärendet

Efter revisionsgranskningen tog hälsa- och omsorgsnämnden beslut om att en handlingsplan skulle tas fram. LSS ledningsgrupp har nu tagit fram en handlingsplan.

Beslutsunderlag

Handlingsplan.

Helena Ståhl
Förvaltningschef hälsa- och omsorg

Lina Bengtsson
MAS/Verksamhetsutvecklare

Beslutet skickas till

Handlingsplan utifrån revisionsgranskningen av LSS-verksamheten 2021

Revisionsgranskningen har granskat ledning och styrning av LSS-verksamheten och utifrån granskningen rekommenderat hälsa- och omsorgsnämnden att åtgärda följande:

- Tillse att det finns målvärden för indikatorer kopplade till nämndmål och verksamhetsmål,
- Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Upprätta en årlig kvalitetsberättelse
- Tillse kontinuerlig uppföljning av insatsers resultat

Nämnden har fattat beslut om att en handlingsplan ska tas fram för att åtgärda ovanstående punkter.

Förslag till handlingsplan:

1. Varje enhetschef arbetar med målen utifrån förslaget till process för målarbete. Process för målarbete går igenom på LSS-möte. Caféträff tillsammans med nämnden 15/10. Därefter fastställa målvärden till indikatorerna som diskuteras i hela gruppen på LSS-möte närmast efter caféträffen. Dessa förs in i stratsys av områdeschef/verksamhetsutvecklare. Samtliga enhetschefer får inlogg och behörighet till stratsys.
2. Förbättringsarbete med att se över arbetssätt för att minska stress samt bli mer effektiva. Planeringsdag för att jobba med processerna samt lyfta dem på LSS-mötena. Dokumentera processerna och följa upp implementeringen av nytt arbetssätt. Uppföljning vid varje LSS-möte. 2C8 processkartläggningssystem ska köpas in till kommunen. Omvärldsbevaka. Processer ska tas fram gällande såväl myndighetsutövning som verkställighet.
3. Verksamhetsutvecklare tar fram mall för kvalitetsberättelse. Varje enhetschef skriver kvalitetsberättelse för sin verksamhet och följer upp sina mål. Områdeschef/verksamhetsutvecklare sammanställer

kvalitetsberättelsen för hela området. Kvalitetsberättelse redovisas för nämnden.

4. Handläggare följer upp och dokumenterar de insatser som det fattats beslut om. Detta ska ske i samråd med brukare och närstående men även tillsammans med verkställigheten.
5. Ansvarig chef ansvarar för att övriga insatser och åtgärder som sker i verksamheten följs upp och utvärderas kontinuerligt. Om insatsen inte kan verkställas pga bristande resurser ska nämnden informeras och vidta de åtgärder som krävs.

MAS/Verksamhetsutvecklare

9

OSBY KOMMUN SAMMANTRÄDESPLAN 2022

FÖRSLAG - ej fastställt, VERSION 3.2 (ändrad den 15 sept. 2021- lagt till datum för näringslivsrådet)

Politiskt organ	Jan	Febr	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
Miljö- och byggnämndens beredning												
Miljö- och byggnämnden torsdagar kl. 8:30	27	24	24	28	25	16			22	27	24	15
Barn- och utbildningsnämndens arbetsutskott, tisdagar kl. 8:30		8		5	3 / 31				6	11	8	6
Barn- och utbildningsnämnd tisdagar kl. 8:30		22		19 ^{6a)}	17 ^{6b)}	14 ^{6c)}			20 ⁷⁾	25	22 ^{2, 6d)}	20
Samhällsbyggnadsnämndens arbetsutskott, onsdagar kl. 8:30		9 em		7 tors	4	2 tors			8 tors	12	16	8
Samhällsbyggnadsnämnden, onsdagar kl. 13.00		22 tis		20 ^{6a)}	17 ^{6b)} tis	15 ^{6c)}			20 ⁷⁾ tis	26	30 ^{2, 6d)}	21
Hälsa- och omsorgsnämndens individutskott, torsdagar kl. 13:00		24		21	19	22			22	27	24	22
Hälsa- och omsorgsnämnden torsdagar kl. 13:30		24		21 ^{6a)}	19 ^{6b)}	22 ^{6c)}			22 ⁷⁾	27	24 ^{2, 6d)}	22
Näringslivsråd tisdagar kl. 08:30		22		26		28		30		25		20
Kommunstyrelsens individutskott, onsdagar förmiddagen	12 em	9	9	6	4	1	6	10	7	5	2	7
Personaldelegationen i anslutning till KSau ca kl. 08:00												
Kommunstyrelsens arbetsutskott, onsdagar kl. 8:30	12	23 ³⁾	23 ⁴⁾	27	18 ^{6b)}	21 ^{6c)} tisd		24	21 ⁷⁾	19	9	7
Kommunstyrelsen onsdagar kl. 10:00	26		9 ³⁾	6 ⁴⁾	11 ^{6a)}	1 ^{5) 6b)}			7 ^{6c)}	5 ⁷⁾	2 ¹⁾ 23 ^{2, 6d)}	
Kommunfullmäktige måndagar kl. 18:30		14	28 ³⁾	25 ⁴⁾		20 ^{5) 6b)}			5	Första KF efter valet 24 ⁷⁾	21 ⁸⁾	12
Valnämnden	18		15		17 em			16	Valdag 11/9 27			

Fotnoter:

¹⁾ Beslut om budgetanvisningar – KS den 2/11

²⁾ Beslut om nämndplan 2023 – KS den 23/11

³⁾ Beslut om tilläggsbudget – KS den 9/3 och KF den 28/3

⁴⁾ Års och koncernredovisning – KS den 9/3 och KF den 28/3
Alternativt - KS den 6/4 samt KF den 25/4 (revisorerna)

⁵⁾ Budget 2023, flerårsplan 2024–2025 – KS den 1/6 och KF den 20/6 (Före valet)
Alternativt KS 2/11 och KF 2/11 (Efter valet)

⁶⁾ Budgetuppföljningar: a) mars b) april, c) maj, d) oktober - uppföljningen b) april till KS den 1/6 och KF den 20/6
uppföljningarna för: a) mars tas i nämnderna, c) maj och d) oktober tas i KS

⁷⁾ Delårsbokslut per 31 augusti – KS den 5/10 samt KF den 24/10

⁸⁾ Beslut om skattesats 2023 – KF den 21/11