

KALLELSE
Socialnämnden

Plats och tid för
sammanträdet

Havsörnen, Borgholm, 2023-02-22, klockan 13:00

Joel Schäfer
Ordförande

/

Therese Åhlander
Sekreterare
880 95

Förslag på justerare:

Justerare med Ersättare som ersättare

Förslag på plats och tid för
justeringen:

i Borgholm

ÄRENDEN			Sid
1	Upprop		
2	Nyttillkomna ärenden		
3	Godkännande av dagordningen		
4	Anmälan om jäv		
5	Val av justerare		
6	Information från socialchef 2023	2023/1 700	3
7	Årsredovisning 2022	2022/13 792	4 - 28
8	Förvaltningens prioriteringsunderlag för år 2024 med plan för åren 2025-2027	2023/14 792	29 - 33
9	Budgetuppföljning januari 2023	2023/13 792	34 - 40
10	Medelande om tillsyn och begäran om handlingar, IVO	2022/29 705	41 - 49
11	Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen 2022	2023/10 700	50 - 66
12	Avvikelse rapport, fysiskt övergrepp	2023/2 705	67
13	Avvikelse rapport, psykiskt övergrepp	2023/3 705	68
14	IVO, Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre	2022/59 701	69 - 123
15	Statsbidrag avseende personligt ombud för år 2023	2023/8 701	124

16	Statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg (återhämtningsbonusen) för år 2023	2023/9 701	125 - 128 2
17	Genomlysning av arbetssätt inom hemtjänsten.	2023/16 730	129
18	Handlingsplan Fossilbränslefri kommun 2030, Remissversion	2023/5 701	130 - 191



Information från socialchef 2023

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

Maria Svanborg, Tf socialchef, ger följande information;

- Från och med 1 februari 2023 ska det hämtas utdrag från brottsregistret på alla som söker en anställning inom socialförvaltningen.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--



§ 6

Årsredovisning 2022

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden besluta

att godkänna socialnämndens årsredovisning för 2022

Ärendebeskrivning

Årsredovisning för 2022 är framtagen av förvaltningschef tillsammans med verksamhetschefer, enhetschefer och ekonom. I bokslutet redovisas förvaltningens måluppfyllelse, beskrivning av det gångna året samt framtidsutsikter.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--



Socialnämnd

Årsredovisning 2022

Dec 2022

SNAU 2023-02-08



1 Förvaltningsberättelse

1.1 Händelser av väsentlig betydelse

Vård och omsorg

- Den ökade smittspridningen av Covid-19 har påverkat verksamheten genom hög sjukfrånvaro hos både baspersonal och enhetschefer.
- Året har påverkat medarbetare hårt kopplat till vårdhygienska riktlinjer samt svårigheter att rekrytera vikarier
- Under året har en rekryteringsgrupp förberett 2023-års rekrytering genom att utveckla det som fungerade mindre bra under året
- Analys och effektivisering av verksamhetens planering och utförande pågår och följsamheten ökar.
- Arbetsmiljömätning i form av s k pulsmätning har skett under våren och börjar igen hösten -22
- **Kompetensutveckling** inom psykisk ohälsa, kost/näringslära och palliativ vård har genomfört på olika enheter. Utbildning i IBIC (individens behov i centrum) samt i Life Care (nytt verksamhetssystem) är påbörjad på Ekbacka 2. Implementeringen till övriga enheter fortsätter under 2023.
- **Projekt** som påbörjats under 2023 är Hemsjukhuset 3.0 - ett vidare samarbete med Hälsocentralen, Cuviva, LNU, Borgholms kommun delvis för att kunna säkra upp vården för patienterna genom att sjuksköterskor ska kunna till exempel koppla upp sig digitalt mot läkare på hälsocentralen. Projekt FBIB (Förebyggande besök innan beslut) påbörjas i mitten av september. Det innebär att en arbetsterapeut följer med biståndshandläggare vid framför allt, nya ansökningar med syfte att säkerställa behovet för hemtjänstinsatser.
- Appva, digitala signeringslistor är implementerat på alla enheter.
- Det nya lagförslaget om "Fast omsorgskontakt i hemtjänsten" kommer att ställa högre krav på omstrukturering av vårt dagliga arbete. Krav ställs på att omsorgskontakten ska ha undersköterskekompetens.
- Trädgården mellan Ekbacka 2 och Ekbacka 6 har fått ett lyft genom växthus, markarbeten, ängsblommor och nya gångar. Trädgården har varit uppskattad under sommaren.
- Organisationsutveckling gällande mötesstrukturer, utbildningar och våra uppdrag, fortlöper inom Rehab enheten
- Alla vård- och omsorgsenheter har numera en egen patientansvarig sjuksköterska. Under hösten ska arbetssättet för SÄBO sköterskor utvecklas och implementeras.

Omsorgen om funktionsnedsatta (OFN)

- IVO startade under våren en nationell tillsyn där en av kommunens gruppbostad ingick. Tillsynens fokus var skydds- och begränsningsåtgärder. IVO besökte gruppbostad och genomförde intervjuer med bland annat chefer och medarbetare samt fick en rundvandring i lokalerna. IVO har ej fattat beslut i tillsynsärendet än.
- Flera Lex Sarah utredningar är genomförda under våren/sommaren och tre utav dessa har lett till Lex Sarah anmälan till IVO. Ett omfattande åtgärdspaket är framtaget och arbete pågår nu för att genomföra samtliga åtgärder.
- Socialnämnden har fattat beslut om evakuering av gruppbostad Ranstad då det vid uppföljning av vidtagna åtgärder i samband med utredning av Lex Sarah kan konstateras att det fortsätter att inkomma nya Lex Sarah rapporter, och huvudmannen gör en bedömning att det inte går att säkerställa vård och omsorg för de personerna som bor på gruppbostad. Förvaltningen arbetar tillsammans

med fastighetsavdelningen för att åtgärda lämpliga lokaler för tillfällig gruppbostad i Borgholm i avvaktan på nybyggnation av gruppbostad.

- Flera medarbetare och två chefer har påbörjat utbildning i metoden ESL (Ett självständigt liv).
- TAKK utbildningen (Tecken som alternativ och kompletterande kommunikation) har ägt rum för 75 utav medarbetarna inkl. chefer inom OFN.

Individ- och familjeomsorgen (IFO)

- Under hösten har placeringskostnaderna ökat. De ökade placeringskostnaderna kommer sig främst av att de ungdomar Barn och familj arbetat med på hemmaplan, inte klarat av att bryta den kriminella livsstil de blivit indragna i.
- Barn och familj, Stöd och insatser samt Vuxenheten har haft en halvdagsutbildning i anknytningsteori. Syftet med utbildningen var både att öka kunskapen om anknytning samt stärka samverkan och samsyn mellan enheterna.
- IFO har påbörjat en dialog med hälsocentralen i Borgholm gällande god och nära vård och har bland annat informerat samtliga sjuksköterskor och läkare om insatser som socialtjänsten kan bevilja samt hur anmälningar och utredningar går till. Informationsträff har även genomförts av enheten barn och familj på samma tema för Ölands samtliga tandläkare och tandsköterskor då det uppmärksammats att enheten får väldigt få anmälningar från tandvården

Arbetsmarknadsenheten och integration

- Två anställda har utbildats i arbetsförmågebedömning. Detta kommer att innebära att den enskilde individen får ett tydligare bevis på vad den kan och vad som behöver utvecklas för att bli attraktiv på arbetsmarknaden.
- Ett nytt samverkansavtal med Arbetsförmedlingen har tagits fram i samarbete med Mörbylånga, Torsås, och Nybros AME verksamheter. Samverkansavtalet ska klargöra hur kommunerna och AF ska samverka för att ge kommuninvånare bästa möjliga stöd till egen försörjning samt hur man ska säkerställa kompetensförsörjningen inom kommunerna. För detta har kommunerna beviljats sammanlagt 500 tkr och detta bidrag förvaltas av Borgholms kommun. Bidraget kommer att disponeras under tre år.
- Återbruket har startats upp genom att insamling på återvinningsstationerna har öppnats i december 2021. Butiken Återbruket öppnades 220301. Öppnandet av Återbruket beräknas medföra att fler individer kan erbjudas bidragsanställningar i stället för att vara beroende av försörjningsstöd samt fler praktikplatser för arbetsträning.
- Fritidsbanken har öppnats och en person har anställts med lönebidrag för att hantera utlåningen. Under året har antalet registrerade användare 115 st. antal utlån är 120 st. och antal artiklar som har lånats är 353 st.
- Händelseutvecklingen i Ukraina påverkar integrationsdelen genom en ny flyktingvåg till Sverige. Många har ansökt om LMA-ersättning från Migrationsverket som är den ansvariga myndigheten för flyktingarnas uppehälle. Denna kostnad är återsökt men det är osäkert om Migrationsverket kommer att återbetala den till kommunen.
- Mottagandet av kvotflyktingar är återupptagits av Migrationsverket då det pausats under pandemin. Under året har vi mottagit totalt 16 personer vilket är tilldelning både för 2021 och 2022. Detta medför tillfälligt ökade kostnader för kommunen innan dessa har kunnat återsöktas.

Samverkan

Samverkan med Mörbylånga kommuns socialförvaltning har under 2022 fortsatt.

Ledningsgrupperna för respektive kommun har under året haft tre ledningsgruppsmöten

tillsammans med syfte att öka samverkan och samarbete. Planen är att fortsätta ha gemensamma möten två gånger per halvår under 2023.

Samverkan sker med regionen via Länsgemensam ledning, samt samverkan på chefsnivå med andra kommuners chefer vid möten kring stöd till vård- och omsorgsfrågor.

1.2 God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

Sammanfattning

Socialförvaltningens budgetavvikelse för år 2022 är +6,7 mkr, vilket innebär en differens med 1,9% mot beslutad budget. Generellt har flera utav verksamheterna tilldelats statliga stimulansmedel som påverkar årsavvikelsen positivt.

Den positiva avvikelsen beror främst på tre verksamheter, där en del är socialförvaltningen centralt, som visar ett positivt resultat på grund av att kostnader för heltid som norm och delade turer inte uppgår till budgeterad nivå. Individ- och familjeomsorgen har under året haft lägre kostnader än budgeterat för externa placeringar, samt låga personalkostnader som beror på vakanta eller delvis vakanta tjänster. Även ordinärt boende bidrar positivt till årsresultatet och beror på att trots en ökning av antalet hemtjänststimmar under andra halvan av året, så är antalet hemtjänststimmar lägre än budgeterat.

Prognosen vid delårsbokslutet var +3,8 mkr. Skillnaden mellan prognos och årets utfall härleds främst till lägre personalkostnader, samt högre kostnadstäckning från stimulansmedel än prognostiserat.

Måluppfyllelsen för förvaltningen varierar mellan uppnått och delvis uppnått, och den totala sjukfrånvaron för förvaltningen 2022 är 10,8%. Förvaltningen har fortsatta svårigheter med hög sjukfrånvaro, vikariebrist, och rekrytering.

Kommunens verksamheter

Nämndens mål

Kommunfullmäktiges mål utgår ifrån Agenda 2030 och nämnderna följer upp dessa fyra mål. En bedömning om målet prognostiseras bli uppnått (grön), mestadels uppnått (ljusgrönt), delvis uppnått (orange) eller ej uppnått (röd) görs. Vidare återfinns analys av målet. Avslutningsvis redovisas en tabell för respektive mål där utfall och/eller prognos av mätetal visas tillsammans med måluppfyllelse på respektive mätetal.

Kommunfullmäktigemål: 3 God Hälsa och välbefinnande



Kommentar

Förvaltningen uppfyller målet delvis vilket baseras på att flera av de nyckeltal som ingår i måluppfyllelsen uppnås vid årets slut.

Vård och omsorg

Verksamheten genomsyras i stort av god hälsa och välbefinnande. Resultatet baseras delvis på resultatet från öppna jämförelser och de kvalitetsparametrar som under 2022 används för att bedöma målet. Brukarundersökningen inom Särskilt boende uppvisar en negativ trend medan Ordinärt boende påvisar bättre resultat. Djupare analys vad som ligger till grund för resultatet kommer i årsbokslutet.

Under år 2020 har en äldreomsorgsplan tagits fram som bygger på den utveckling som önskas ske under de närmsta fyra åren. Personcentrerad vård och omsorg står i fokus med syfte att skapa trygghet hos omsorgstagaren/patienten genom att sätta deras behov och förutsättningar i centrum. Kvalitetsparametrar som bemötande, förtroende, kompetens och aktivering kan därmed påverkas positivt. Särskilt boende arbetar med sociala aktiviteter på många olika nivåer. Under 2021 startades projekt SAMSAS med aktivitetssamordnare som inspirerar övriga medarbetare på vård och omsorgsboende till nya former av aktiviteter, stora som små. Aktivitetsbuss är inköpt av stimulansmedel vilket underlättar för enheterna att göra små utflykter. Nya lagen gällande fast omsorgskontakt inom ordinärt boende, förväntas även påverka prognosen positivt.

Samverkan med Hälsocentralen, hemsjukhuset, påverkar resultaten positivt genom bland annat läkemedelsgenomgångar samt få antal dagar som utskrivningsklara patienter måste kvarstanna inom slutet vård. Projekt Hemsjukhuset 3.0 är påbörjat vilket är ett vidare samarbete med Hälsocentralen och Cuviva med syfte att säkra upp vården i hemmet. Digitala signeringslistor är införda på alla enheter vilket innebär en stor kvalitetssäkring.

IFO och OFN

Utifrån de mätetal som följs är prognosen att målet delvis kommer vara uppnått vid årets slut.

Tyvärr har pandemin gjort det svårt för exempelvis daglig verksamhet att arbeta aktivt för att få deltagare att närmas sig den reguljära arbetsmarknaden eller få ett skyddat arbete då näringslivet har varit försiktiga med att ta emot individuella placeringar.

Under hösten 2022 genomförs brukarundersökning där utfallet förväntas förbättras något men inte nå målvärdet.

Flera aktiviteter kopplade till målet är påbörjade eller planeras att påbörjas under hösten vilka starkt är kopplade till god hälsa och välbefinnande för både våra brukare, klienter och medarbetare. För att nämna några aktiviteter är det projekt "Hälsan spelar roll" och nystart av fritidsgruppen inom OFN och Idrottsskola för äldre barn inom IFO.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde	Utfall
Personalkontinuitet 14 dagar	Tertial	13	14,5
Antalet deltagare som deltagit i daglig verksamhet LSS som har fått skyddat arbete eller arbete på den reguljära arbetsmarknaden ska öka jämfört med föregående år	År	2	0
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)	År	98	99
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)	År	98	94
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	År	75	64
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	År	70	33
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen utför sina arbetsuppgifter, andel (%)	År	95	92
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - måltidsmiljö, andel (%)	År	80	60

Mätetal	Periodicitet	Målvärde	Utfall
 Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)	År	95	91
 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)	År	95	86
 Andelen omsorgstagare som känner sig trygga med personalen ska öka jämfört med föregående mätning	År	90 %	91 %
 Andelen omsorgstagare som känner att de får bestämma saker som är viktiga för sig själva, hemma/på sin dagliga verksamhet ska öka jämfört med föregående mätning	År	90 %	88,38 %
 Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	År	70	43
 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	År	80	45
 Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	År	90	100
 Personer 75+ år i särskilt boende med olämpliga läkemedel, andel (%)	År	4	
 Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillgång till sjuksköterska, andel (%)	År	85	45
 Antal dagar för utskrivningsklara patienter	År	0,1	0,03
 Ökat resultat av dokumenterad smärtskattning vid vård i livets slutskede	Tertial	85 %	69,8 %
 Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutad försörjningsstöd, andel (%)	År	80	83
 Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av befolkningen	År	1	
 Fallskador bland personer 65+, 3-årsm, antal/100 000 inv	År	2 570	2 551
 Halvera obokad resurstid som överskrider 2 timmar jämfört med föregående år	Tertial	1 835	6 033

Kommunfullmäktigemål: 4 God utbildning för alla



Kommentar

Målet är mestadels uppfyllt för året.

Vård och omsorg

För närvarande råder brist på yrkesutbildad personal inom flertalet yrken inom vård och omsorg om äldre personer. Denna brist förväntas öka de kommande åren då den demografiskt betingade efterfrågan på utbildad arbetskraft ökar kraftigt. Tillgången av utbildad personal behöver utökas. Regeringen genomför sedan 2020 satsningen, Äldreomsorgslyftet som syftar till att stärka kompetensen inom äldreomsorgen genom att

ge ny och befintlig personal möjlighet att genomgå utbildning på betald arbetstid. Cirka 40 medarbetare har under 2021/2022 fått möjlighet att gå undersköterskeutbildning med delvis betalning. Medarbetarna förväntas vara färdiga undersköterskor i januari 2023. Sex medarbetare har påbörjat utbildning till specialistundersköterska.

Medarbetarna ska utföra arbetsuppgifter de har utbildning för vilket betyder att undersköterskor utför från sjuksköterskan delegerade arbetsuppgifter. Antalet delegerade arbetsuppgifter som baspersonalen utför är i paritet med föregående period. Både undersköterskor och sjuksköterskor behöver fortlöpande kompetensutveckling för att kunna möta upp de sjuka omsorgstagarna som numera vårdas i hemmet.

Kompetensutveckling har skett genom: demensutbildningen, Stjärnmärkt, Palliativ vård steg 2, MHFA, sårvårdsutbildning, våld i nära relationer samt Psyk E-bas Senior inom psykisk ohälsa, Hemtjänstens personal har vid fyra tillfällen erbjudits utbildning i kost och näringslära genom Ölands utbildningscenter. Förflyttningsutbildningen är försenad på grund av pandemin vilket gör att målet inte nås fullt ut

IFO och OFN

Flera kompetenssatsningar är pågående inom både OFN och IFO. Bland annat pågår just nu en stor satsning på att öka omsorgspersonalens kompetens gällande tecken som alternativ kommunikation vilket är både ett krav i Socialstyrelsens föreskrifter samt en utbildning som efterfrågats av medarbetare själva och utbildningen ESL (Ett självständigt liv) är inplanerat senare under året. Det finns ett stort rekryteringsbehov framöver och verksamheten arbetar förutom med att fortbilda befintlig personal med översyn av titulatur och kompetenskrav och försöker bereda så många elever som möjligt praktikplatser inom OFN för att marknadsföra yrket.

Inom IFO har samtliga medarbetare tillsammans med enhetschef påbörjat Socialstyrelsens yrkesintroduktion för socialtjänstens barn- och ungdomsvård vilket är ett sätt att säkerställa att samtliga medarbetare har samma grundkunskap att arbeta som socialsekreterare inom enheten.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde	Utfall
◆ Andel utbildade undersköterskor ska öka jämfört med föregående år	Tertial	75,31 %	63,15 %
■ Andel omsorgsassistenterna ska öka jämfört med föregående år	Tertial	85 %	64 %
■ Antal timmar som baspersonal utför delegerade sjukvårdsuppgifter ska öka jämfört med föregående år	Tertial	50 000	32 113
● Antal demensenheter som är stjärnmärkta	År	5	3
◆ Invånare 25-64 år med förgymnasial utbildning, andel (%)	År	13	12

Kommunfullmäktigemål: 8 Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt



Kommentar

Målet är delvis uppnått vid årets slut.

Vård och omsorg

Alla medarbetare inom äldreomsorgen har i och med Heltid som norm, blivit erbjudna heltidstjänster. De flesta har accepterat och sedan valt att vara partiellt tjänstlediga. Antalet tjänster har därmed inte ökat i den takt som prognostiserats. Sjuksköterskorna har inte påbörjat arbetet med Heltid som norm då schemaplanering samt ansvarsfördelning bör ses över först. För att täcka det akuta behovet på grund av hög frånvaro samt ökat omsorgsbehov har fyllnad- och övertidsersättning betalas ut och timvikarier använts i stor utsträckning. Bemanningsnyckeln är högre inom särskilt boende på grund av en ökad vård och omsorgsbehov som krävt mer personal.

Verksamheten, framför allt inom särskilt boende, har infört helgtjänstgöring, vilket betyder att vissa medarbetare arbetar 3 av 4 helger med ett lägre heltidsmått, det vill säga arbetar färre timmar men får lön för heltid. Verksamheten försöker även öka grundbemanningen för att täcka planerad frånvaro. Dessa två åtgärder har eliminerat delade turer. Svårigheter att rekrytera semestervikarier har påverkat arbetssituationen negativt då ordinarie personal får både arbeta mer samt ta ett större ansvar. Några medarbetare inom ordinärt boende, har även fått ofrivilliga delade turer på grund av bemanningsproblematiken.

IFO och OFN

Verksamheten har svårt att nå målet att sänka sjukfrånvaron i den grad som hade varit önskvärt då restriktioner fortfarande gäller för vård och omsorgspersonal utifrån pandemin.

Arbete med resultatet från pulsmätningarna är ett uppskattat verktyg för cheferna att ta sig an arbetet med friskfaktorer.

Nettokostnadsavvikelsen på Individ och familjeomsorgen har minskat och jämfört med föregående år vilket är positivt.

Arbete med att skapa tydliga lönekriterier prioriteras under hösten för att skapa tydlighet för medarbetare vad chefen förväntar sig.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde	Utfall
Produktivitet (andel utförda av tillgängliga timmar)	Månad	67,33 %	47 %
Total sjukfrånvaro ska sänkas med 1,0 procentenhet jämfört med föregående år	Tertial	9,5 %	10,79 %
Bemanningsnyckel i demensboende	Månad	0,74	0,82
Antalet timmar (timavlönade) ska minska med 70% jmf. med 2018	År	15 414	28 447
Antalet övertidstimmar ska minska med 90 % jämfört med 2018	År	467	11 090
Antalet fyllnadstidstimmar ska minska med 80% jämfört med 2018	År	1 669	4 444
Produktiviteten i boendestödet ska öka jämfört med föregående tertial	Tertial	36 %	34 %

Mätetal	Periodicitet	Målvärde	Utfall
 Nettokostnadsavvikelse LSS, (%)	År	0	-4
 Kostnad funktionsnedsättning LSS daglig verksamhet, kr/brukare	År	223 380	253 667
 Bemanningsnyckel på äldreboende	Månad	0,68	0,76
 Antal delade turer	Tertial	0	24
 Nettokostnadsavvikelse individ- och familjeomsorg, (%)	År	0	-9
 Långtidsarbetslöshet 25-64 år, andel (%) av bef.	År	3	3

Kommunfullmäktigemål: 12 Hållbar konsumtion och produktion



Kommentar

Andel bilar med alternativt drivmedel har ökat i verksamheten. Målet är därmed uppnått.

Under 2021 beställdes fyra hybridbilar som levererades under hösten 2022 som har ersatt befintliga diesel/bensin bilar. Under våren har sex HVO-bilar och en el-skåpbil har beställts under våren som har ersatt befintliga dieslbilar under hösten. Dock har andelen bilar ökat inom verksamheten, då på grund av ökat behov inom hemtjänsten, och verksamheten har behållit en del av de bilarna som beräknats att sälja. Det är ännu osäkert hur länge utökningen behövs.

Mätetal	Periodicitet	Målvärde	Utfall
 Andel fossilfria bilar ska öka i verksamheten	Tertial	45,67 %	48,17 %

Sjukfrånvaroanalys

Sjukfrånvaron har ökat de senaste åren vilket härleds till pandemin och följsamhet till folkhälsomyndighetens restriktioner. Den totala frånvaron har dock minskat något sedan förra året men korttidsfrånvaron har ökat. Trots att flera medarbetare varit sjuka under många år återfinns de i statistiken även om kostnaderna är mindre. Utfallet påverkas även av storleken på arbetsgruppen, om en medarbetare är frånvarande i en liten arbetsgrupp blir procenttalet högre. Orsakerna till långtidsfrånvaron är oftast inte arbetsrelaterad och därmed svår att påverka. Orsaker till korttidsfrånvaro är framför allt förkylningssymtom, avvaktan på svar efter Covidprov samt maginfluensa. Hög arbetsbelastning r/t pandemin med krav på skyddsutrustning samt hög frånvaro, har påverkat medarbetarna hårt under året som gått. Hela verksamheten har 108 medarbetare som har fler än 6 tillfällen av korttidsfrånvaro under perioden. 57 medarbetare har en sjukfrånvaro över 29 dagar och 6 medarbetare har varit frånvarande över ett år.

(%)	2020		2021		2022		Antal åa
	Total	Korttid	Total	Korttid	Total	Korttid	
Centralt	3,2	1,8	4,1	1,3	6,2	1,5	19,55
Hälsa- & sjukvård	10,0	4,2	5,7	2,5	5,8	4,5	37,54
Särskilt boende	12,0	4,8	12,6	3,9	12,3	4,8	170,24
Ordinärt boende	13,6	6,2	12,8	5,6	12,3	5,7	184,17
Omsorgen om funktionsnedsatta	14,2	4,9	12,9	3,1	13,2	4,9	101,15
Barn & familj	6,9	3,2	12,9	2,0	16,2	1,6	9,0
Vuxenheten	-	-	-	-	23,6	3,8	4,0
Stöd och insatser	-	-	15,8	2,4	16,9	4,5	8,0
Arbetsmarknadsenheten	4,8	3,9	5,2	3,5	4,1	3,6	12,00
Socialförvaltningen	10,7	4,5	10,5	3,7	10,8	4,5	548,65

I tabellen är data uttaget för perioden 1/12-30/11 för respektive år. För att det ska vara representativt för ett helt år. Det blir en förskjutning på en månad.

ÅA = Årsarbetare

Åtgärder som görs för att motverka sjukfrånvaron kan delas in i tre grupper:

Kompetensutveckling och teamsamverkan: 40 medarbetare går undersköterskeutbildningen med delvis betald lön. Flertalet utbildningar har idag skett digitalt vilket ger ökad möjlighet för att fler kan medverka. Grupputveckling sker, utifrån arbetsmiljöperspektiv, i olika former. Hemsjukvården samt Kommunrehab är ofta med på APT för att kompetensutveckla baspersonalen i något område. Samtal med medarbetare med flera sjukfrånvarotillfällen, rehabiliteringsprocesser och samarbete med hälsoutvecklare och HR.

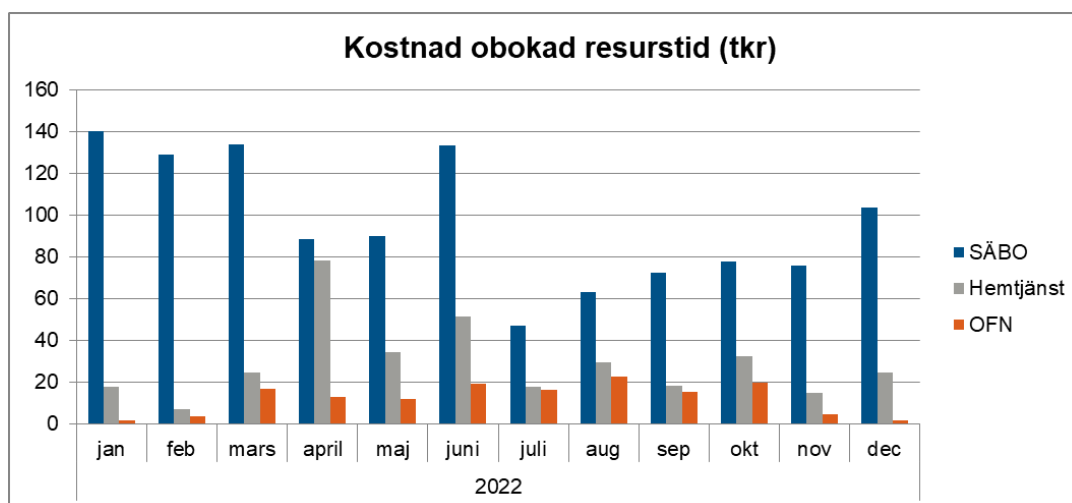
Trivsel, aktiviteter och gemenskap: Hälsoinspiratörer som har i uppdrag att ge tips och hjälpa kollegor till ett hälsosamt liv. Gemensam frukost till självkostnadspris en gång i månaden. Morgongympa. Närvarande ledarskap ger möjlighet för reflektion, avstämningar och personliga möten.

Arbetsmiljö: Under perioden har verksamheten haft en Pulsmätning, som är ett verktyg för att kunna undersöka arbetsmiljön i en arbetsgrupp och därmed få veta hur medarbetarna mår och om det finns något man behöver förbättra, detta för att bygga en mer motiverad och hållbar organisation. Pulsmätningen bygger på de åtta friskfaktorerna. Svansfrekvensen för verksamhetsområdet låg på 54% och totalt friskindex 66 %. Önskade utvecklingsområden som framkommer är bland annat medarbetarnas delaktighet samt upplevelsen att man inte hinner med sina arbetsuppgifter. Projekt med minskat arbetstidsmått kommer under 2023 pågå på Åkerbohemmet.

Heltid som norm

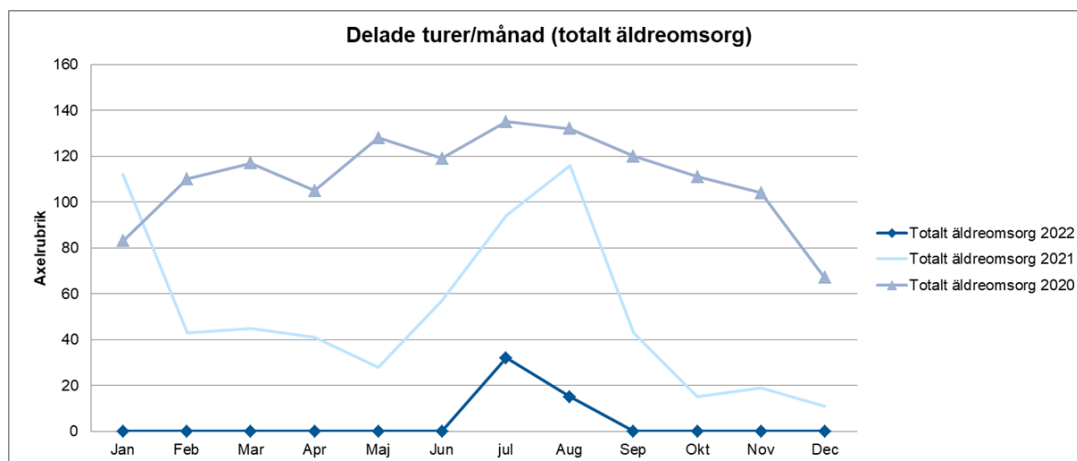
Obokad resurstid

I diagrammet nedan redovisas kostnader för obokad resurstid inom olika verksamhetsområden i tkr, det vill säga den tid som inte kunnat bokas ut på andra arbetspass i den egna eller annan verksamhet. Efter december månad ligger det en kostnad om 1,7 mkr. Det är framför allt inom Särskilt boende som obokad resurstid uppstår vilket härleds till ökad grundbemanning i form av bland annat helgtjänstgöring. Under sommaren minskade timmarna i alla områden eftersom vikariebehovet har varit stort men efter sommaren börjar det öka inom Särskilt boende. En orsak till att resurstiden ökar inom särskilt boende är att medarbetarna inte hunnit introduceras på alla enheter vilket är önskvärt innan medarbetaren går andra arbetsplatser än sin egen.



Delade turer

Från 1 januari 2022 var alla delade turer borta. Under juli och augusti månad uppkom några ofrivilliga delade turer inom ordinärt boende. Orsaken härleds till vikariebrist samt hög frånvaro. Efter sommaren visar statistiken på en positivt nedåtgående trend och är återigen på noll.



Ekonomisk analys

Analys av avvikelse för perioden

Socialförvaltningen uppvisar för år 2022 ett resultat om +6.7 mkr. Nedan presenteras resultatet per verksamhet.

Centralt

Årets resultat uppgår till +3,6 mkr. Budgetavvikelsen härleds främst till den utökade budgeten gällande heltid som norm och delade turer där kostnaderna inte uppnått budgeterad nivå. Ersättning har fördelats ut till verksamheterna i samband med årsbokslutet och uppgår till 1,7 mkr. Även lägre personalkostnader på grund av vakanta tjänster under större delen av året påverkar verksamhetens överskott positivt.

Vård och omsorg

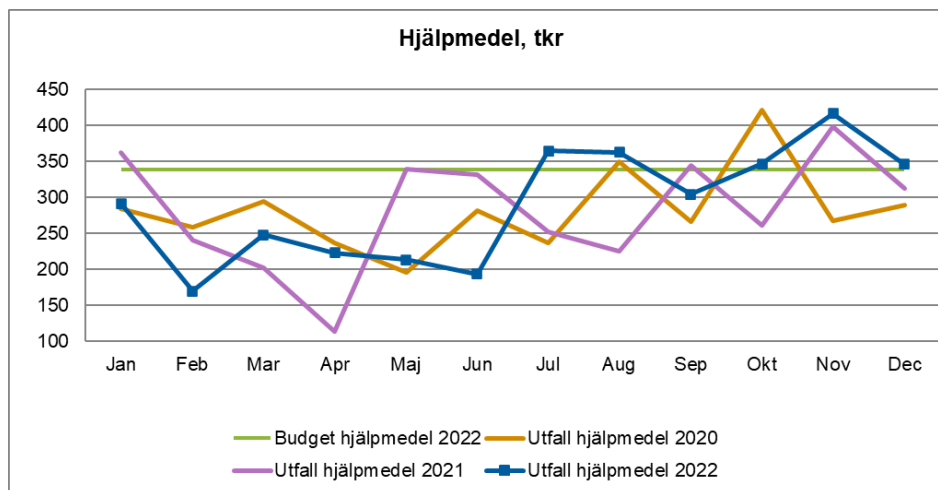
Resultatet för verksamhetsområdet är +2,6 mkr. Kostnader har under året kunnat finansieras av statligt finansierade stimulansmedel och påverkar verksamhetsområdet positivt. Hög sjukfrånvaro och svårigheter att rekrytera vikarier resulterar i höga kostnader. Sjuklönekostnaden uppgår till 7,3 mkr, och kostnaden för övertid och fyllnadstid till 6,7 mkr.

Hälsö-och sjukvård

Årets resultat är +0,6 mkr.

Det positiva resultatet härleds dels till att verksamheten har haft lägre kostnader än budgeterat för hjälpmedelskostnader trots en ökning under de senaste månaderna. Verksamheten har även utfört vaccinering mot Covid-19 där ersättning har betalats ut från regionen, och påverkar budgetavvikelsen positivt. Det som reducerar budgetavvikelsen är att frånvaron är högre än vanligt och påverkar kostnaden för övertid på grund av vikariebrist.

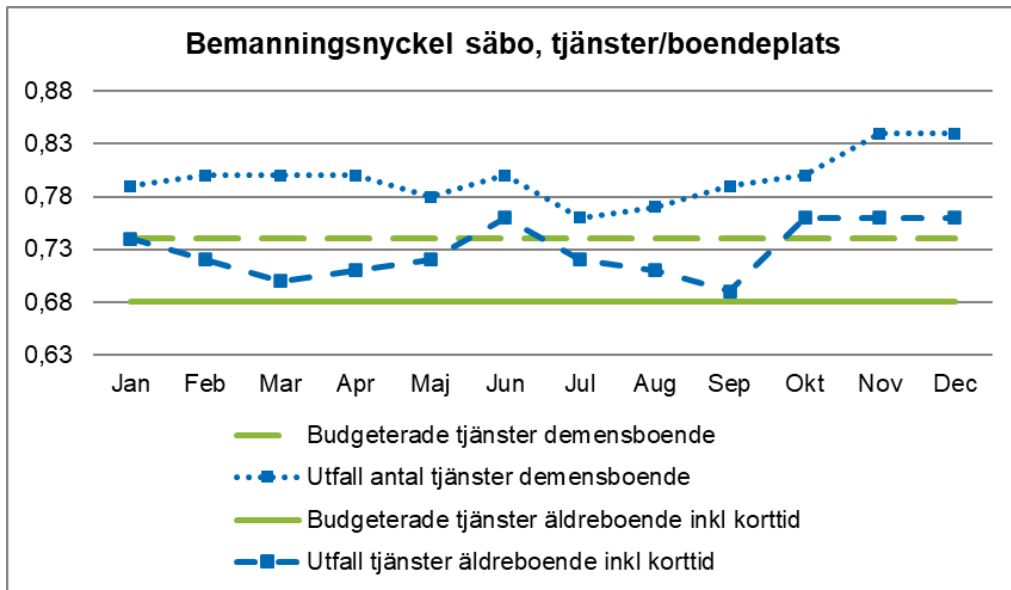
Diagrammet nedan visar kostnader för hjälpmedel.



Särskilt boende

Verksamheten visar för perioden en positiv budgetavvikelse om +0,6 tkr. Den positiva avvikelsen beror främst på delvis vakanta tjänster centralt samt att personalkostnader för utbildningar, ökad bemanning natttid och projekttid har blivit finansierade av stimulansmedel. Verksamheten har även tilldelats ersättning för kostnader gällande obokad resurstid och uppgår till 1,2 mkr. Bemanningsnyckeln ligger högre än budgeterat vilket orsakas av att några enheter har behov av extra personella resurser på grund av ökad vård och omsorgsbehov. Ökad ledsagning till sjukhus påverkar även bemanningsnyckeln

och därmed resultatet negativt. Flera enheter har drabbats av Covid-19 med hög frånvaro som följd. Hög frånvaro samt brist på vikarier leder till att ordinarie personal behövt arbete extra påverkar resultatet till stor del. Sjuklönekostnaden uppgår till 3,4 mkr och kostnaden för övertid och fyllnadstid till 2,5 mkr.

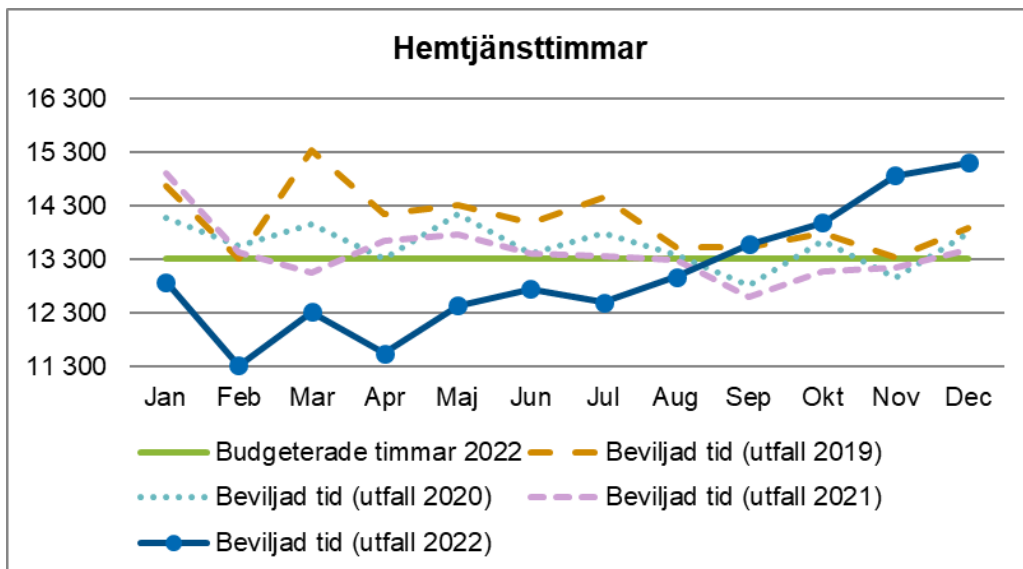


De övre linjerna visar bemanningsnyckeln i genomsnitt för månaden för demensboendena och den undre är för äldreboendena inklusive korttid. December månad är preliminär.

Ordinärt boende

Årets resultat uppgår till +1,8 mkr. Hemtjänsttimmarna har ökat under det senaste månaderna, och beräknas försätta att öka under 2023. Men det faktiska antalet beviljade hemtjänsttimmar är lägre än vad som är budgeterat för året, och påverkar därmed verksamhetens resultat positivt. Det som påverkat budgetavvikelsen negativt är fortsatt hög sjukfrånvaro samt svårigheter att rekrytera vikarier, som resulterar i höga personalkostnader. Verksamheten har även tilldelats ersättning för kostnader gällande obokad resurstid vilken uppgår till 0,4 mkr.

Diagrammet nedan visar budgeterade antal timmar för 2022, samt antalet faktiskt beviljade hemtjänsttimmar för åren 2019–2022.



Omsorgen om funktionsnedsatta

Årets resultat uppgår till -2,6 mkr.

Det negativa resultatet härleds till Ranstads gruppbostad, Norra Långgatan gruppbostad, boendestöd, Runstens korttidsboende och personlig assistans. Resultatet reduceras av vakanser inom administrativ personal samt ett par enheter som visar ett positivt resultat.

Ranstad gruppbostad visar underskott som beror på högre bemanning än budgeterat samt utbetalning av fyllnads- och övertidsersättning på grund av sjukfrånvaro och problematik med vikarietillsättning.

Gruppbostad Norra Långgatan visar ett stort underskott vilket beror på höga kostnader för sjuk- och semesterlöner, ökade lönekostnader i samband med verkställande av satellitlägenhet, fyllnads- och övertidsersättning vilket är ett direkt resultat av bemanningsproblem. Underskottet beror också på högre kostnader för hyra då kontrakt skrevs om innevarande år.

Runstens korttidsboendes negativa resultat beror dels på att två gäster tillfälligt flyttade in på heltid under våren och dels på grund av att barnverksamheten fick ett högt inflöde från sommaren och framåt, vilket föranledde en uppdelning till två olika platser för att kunna hantera och leverera insatser utifrån behovet.

Boendestödets negativa resultat beror på högre personalkostnader än budgeterat, i samband med ett personalkrävande ärende delar av året.

Personlig assistans visar ett negativt resultat som till stor del beror på ett nytt ärende som kommunen tog över i början på året och som inte budgeterats.

Individ- och familjeomsorg

Årets resultat uppgår till +2,4 mkr.

Avvikelsen härleds främst till lägre kostnader för placeringar än budgeterat under perioden men också på att alla enheterna inom IFO har eller har haft en eller flera vakanta tjänster eller vakans del av tjänster på grund av sjukskrivningar och tjänstledigheter under året. Även statliga stimulansmedel avseende familjehemsplaceringar reducerar avvikelsen.

Arbetsmarknadsenheten

Årets resultat uppgår till + 0,7 mkr.

Resultatet härleds främst till låga personalkostnader centralt på grund av 0,5 vakant tjänst samt externa finansieringar. Även mer intäkter än beräknat gällande återbruket samt lägre kostnader än budgeterat för ekonomiskt bistånd har påverkat årsresultatet positivt.

Anledningen till lägre kostnader inom ekonomiskt bistånd är att arbetslösheten har gått ner, även den långvariga. Ökade kostnader inom arbetsmarknadsåtgärder i samband med ändrade anställningsformer och högre drivmedelskostnader än budgeterat för kommunbilarna påverkar verksamhetens resultat negativt.

Analys av årsprognos

Årets resultat är högre än prognostiserat. Antaganden gällande stimulansmedel och beviljade medel har korrigerats under året. Nedan presenteras analys av de största avvikelserna mellan delårsbokslut och årets resultat.

Särskilt boende

Prognosen vid delårsbokslutet var +0,1 mkr. Årets resultat uppgår till +0,6 mkr.

Avvikelsen mellan prognosen vid delårsbokslutet och verksamhetens resultat för 2022 förklaras av att inte tillräcklig hänsyn har tagits till hur mycket kostnader som har kunnat finansieras av statligt finansierade medel.

Omsorgen om funktionsnedsatta

Prognosen vid delårsbokslutet var - 3,4 mkr. Årets resultat uppgår till -2,6 mkr.

Avvikelsen mellan prognosen vid delårsbokslutet och verksamhetens resultat för 2022 förklaras av flera olika parametrar. Runsten korttid fick täckning för den del som utfördes inom enheten, gällande avlösar- och ledsagarservice barn, vilket förklarar skillnaden mellan prognos och utfall. Boendestödet har haft en medarbetare sjukskriven från sommaren och året ut och har därför haft lägre lönekostnader än prognostiserat. Under hösten uppstod en vakans inom administrativ personal vilket inte kunde förutses men som påverkar resultatet till det bättre. Kostnadsberäkningen av det nya assistansärendet som inkom i början av året fanns inte tillgänglig förrän efter september månad då Försäkringskassan godkännande av utförda assistanstimmar inkom. Gruppbostad Norra Långgatan visar ett sämre resultat än prognostiserat vilket härleds till att ytterligare resurser behövs avsättas för ärendet som utförts i satellitlägenhet.

Individ- och familjeomsorg

Prognosen vid delårsbokslutet var +0,8 mkr. Årets resultat uppgår till +2,4 mkr.

Avvikelsen mellan prognosen vid delårsbokslutet och verksamhetens resultat för 2022 förklaras av erhållna statliga medel avseende familjehemsplaceringar, våld i nära relation samt icke prognostiserade vakanser under hösten och vintern.

Projekt

Prognosen vid delårsbokslutet var +0,5 mkr. Årets resultat uppgår till -0,1 mkr.

Avvikelsen mellan prognosen vid delårsbokslutet och verksamhetens resultat för 2022 förklaras av att ett en ej budgeterad schablonersättning beräknades att ej utnyttjats, men som vid årsbokslutet kunde reducera kostnader för satsningen Äldreomsorgslyftet. Under senare delen av 2022 har antaganden korrigerats, där bland annat antagandet varit att äldreomsorgslyftet beräknades att få ett större underskott än faktiskt utfall.

Enhet	Prognos tertiärbokslut	Prognos delårsbokslut	Budgetavvikelse årsbokslut
Centralt	3 350	3 350	3 458
Bemanningsenheten	0	0	-233
Hälso- och sjukvård	300	450	550
Särskilt boende	100	100	558
Ordinärt boende	2 000	2 000	1 837
Omsorgen om funktionsneds.	-2 600	-3 390	-2 601
Individ- och familjeomsorg	2 950	790	2 415
Arbetsmarknadsenheten	-200	500	747
Projekt SOC	500	500	-74
Totalt (tkr)	6 400	3 800	6 658

Ekonomisk sammanställning

	Budget jan-dec	Utfall jan-dec	Avvikelse jan-dec
Total			
70 Centralt	41 747	38 289	3 458
71 Bemanningsenhet	0	233	-233
72 Hälso- och sjukvård	28 264	27 714	550
73 Särskilt boende	94 593	94 035	558
74 Ordinärt boende	78 308	76 471	1 837
75 Omsorgen om funktionsneds.	54 474	57 075	-2 601
76 Individ- och familjeomsorg	27 601	25 185	2 415
77 Arbetsmarknadsenheten	13 742	12 994	747
79 Projekt	0	74	-74
Summa	338 727	332 254	6 658

Ekonomisk sammanställning ansvar

	Årsbudget	Utfall jan-dec	Avvikelse jan-dec
Total			
7000 Socialnämnd	661	602	59
7001 Bidrag till föreningar	210	200	10
7002 Fastigheter	1 867	1 926	-59
7005 Utbildning Socialförvaltn	300	348	-48
7006 Stab	13 667	11 392	2 459
7007 Myndighet	13 751	13 306	445
7008 Admin o service	11 292	10 700	593
7102 Vikariepool	0	233	-233
7200 Rehab Hjälpmedel&Centralt	11 131	10 633	498
7205 Sjuksköterskor Dag	15 095	14 610	484
7206 Sjuksköterskor Natt	2 038	2 470	-432
7300 Centralt SB	11 192	10 277	915
7302 Adm Personal SB	8 106	6 421	1 685
7311 Ekbacka 4	5 612	5 398	214
7312 Ekbacka 4 natt	1 462	1 413	49
7321 Ekbacka 2	5 422	5 357	65
7322 Ekbacka 2 Natt	1 439	1 643	-204
7323 Ekbacka 5	6 773	6 986	-214
7324 Ekbacka 5/6 natt	4 166	4 321	-155
7325 Ekbacka 6	6 646	7 384	-738
7331 Åkerbohemmet DB	9 237	8 898	339
7332 Åkerbohemmet ÄB	4 061	4 645	-585
7333 Nattpatrullen norr	7 618	7 934	-316

	Årsbudget	Utfall jan-dec	Avvikelse jan-dec
7341 Soldalen DB	5 132	4 990	143
7342 Soldalen ÄB	3 814	3 839	-25
7343 Soldalen Natt	4 349	4 383	-34
7351 Strömgården DB	6 634	7 240	-607
7353 Strömgården Natt	2 930	2 905	25
7400 Centralt Ord. boende	8 673	6 122	2 551
7402 Adm Personal Ord. boende	8 140	7 494	647
7411 Klockaregården	1 232	1 160	71
7414 Social verksamhet B-holm	1 068	622	446
7415 Social verksamhet Norr	520	308	212
7419 Hemtjänst Böda	6 360	7 725	-1 365
7420 Hemtjänst Löttorp	9 670	9 734	-63
7430 Hemtjänst Centrum Norr	8 238	8 014	224
7432 Hemtjänst Centrum Söder	11 809	11 766	43
7433 Nattpatrullen Mell./Ytter	2 914	3 015	-100
7451 Hemtjänst Långlöt/Rälla	7 760	9 082	-1 322
7452 Hemtjänst Köpingsvik	11 923	11 429	494
7500 Centralt Omsorg av F.	146	-342	487
7502 Adm Personal Omsorg av F.	4 809	4 279	530
7510 Avlösare & Ledsagning	1 721	1 678	43
7511 Personlig Ass SFB	2 083	2 640	-557
7513 Boendestödet	2 827	3 399	-572
7514 Personligt utformat stöd	252	49	204
7515 Personlig ass LSS	1 883	2 085	-202
7530 Dagligvht Borgholm	8 169	8 087	82
7531 Korttiden	3 329	3 591	-261
7533 Träffpunkt OFN	176	117	59
7570 Guntorpsgatan	2 322	2 445	-122
7571 Muraregatan	5 324	6 203	-879
7573 Åkerhagsvägen	4 542	4 575	-33
7574 Sandgatan	2 169	2 132	37
7575 Johan Söderströms Väg	4 516	4 309	207
7576 Norra Långgatan	4 801	6 592	-1 791
7577 Västra Järnvägsgatan	4 043	3 924	118
7578 Satelliten Löttorp	813	747	66
7592 Kontaktpersoner LSS	550	566	-16
7600 Centralt IFO	1 443	1 456	-13
7602 Adm Personal IFO	2 842	2 490	352
7640 Stöd och insatser	3 047	3 221	-174

	Årsbudget	Utfall jan-dec	Avvikelse jan-dec
7650 Barn och familj	15 332	13 813	1 519
7670 Vuxenenheten	4 936	4 205	732
7700 Centralt AME	678	794	-116
7702 Administrativ personal ame	2 920	2 297	623
7703 Ekonomiskt bistånd	7 282	6 950	331
7710 Arbetsmarknadsåtgärder	1 702	2 264	-561
7711 Återbruk	150	-368	518
7712 Fritidsbank	500	480	20
7793 Sociala kontrakt	510	577	-67
7916 Äldreomsorgslyftet	0	1 410	-1 410
7931 Integration	0	-1 484	1 484
7937 FSLA-projektet	0	-150	150
7941 Stöd mott. nyanlända	0	297	-297
Summa	338 727	332 254	6 658

Inköp och avtalstrohet

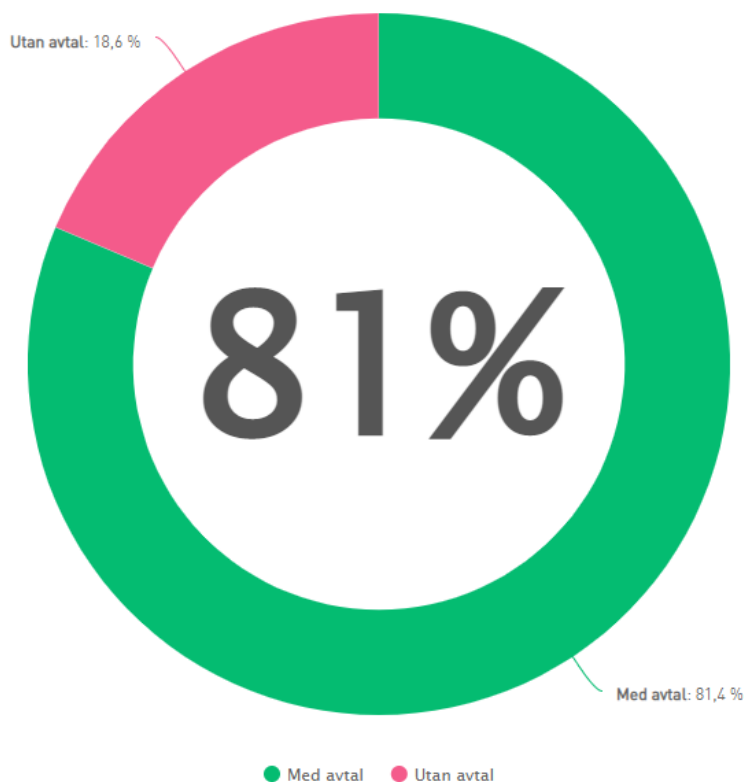
Enligt av kommunfullmäktige beslutade mål "Hållbar konsumtion och produktion" ska kommunen säkerställa hållbara konsumtions- och produktionsmönster. Både konsumtion och produktion behöver vara hållbart, upphandlingar som görs behöver ta hänsyn till hållbarhet och det ska vara enkelt att göra rätt gällande hållbar konsumtion och produktion.

Det finns flera mål kopplat till att införa e-handel, till exempel att det ska bli lättare att göra rätt för de medarbetare som gör inköp, att avtalstroheten ska öka, att processerna ska bli mer effektiva samt att uppnå kostnadsbesparingar. Genom att ansluta leverantörer till e-handelssystemet kan den som beställer enklare söka och hitta avtalade varor och tjänster och se de aktuella priserna. Det blir då lättare att handla rätt varor och tjänster från rätt leverantör till rätt pris. Under året har ett kategoriträd införts i kommunens e-handelssystem för att underlätta för beställarna att hitta de produkter som verksamheten behöver.

Nedan visas avtalstroheten för socialförvaltningen, baserat på inköp som är betalda under perioden. Inköpen är exklusive köp av huvudverksamhet, lokalhyror samt bidrag. Avtalstroheten för perioden är 81 %. Den del som avviker mest från avtal är kategorin material, i huvudsak förbrukningsmaterial. Sett till hela kommunen så är avtalstroheten 74 % under perioden.

Trots att andelen inköp är 81 % enligt avtal så är inköp gjorda från 269 olika leverantörer under perioden, varav 73 är avtalsleverantörer. Det är många mindre köp som genomförs från olika leverantörer. Totalt för kommunen så har det tillkommit mellan 30–50 nya leverantörer varje månad under 2022.

Det största posterna som går utanför avtal inom socialförvaltningen är inköp av förbrukningsmaterial, medicinskt teknisk utrustning och larmkostnader. Arbeta är påbörjat för att öka avtalstroheten inom dessa områden.



Intern kontroll

Intern kontroll är ett komplement till kommunens styrmodell. Intern kontroll regleras enligt gällande lagstiftning, förordningar och rekommendationer och omfattar samtliga delar i verksamhetens organisation som system för styrning, ledning, redovisning, uppföljning och kontroll. För kommunens nämnder utgör kommunfullmäktiges övergripande regelverk nämndens system för intern kontroll.

Av kommunens regler för ekonomisk förvaltning framgår att varje nämnd ansvarar för att utforma och organisera en god intern kontroll inom verksamheterna. Avsikten och syftet med den interna kontrollen och den omedelbara rapporteringen är att förvaltningen omgående ska kunna vidta åtgärder för att komma till rätta med de fel och brister som har uppmärksammats. Fel eller brister som noteras ska omedelbart bli föremål för utredning och dokumenteras.

Barnkonventionen

Risk	
 Risken att barnkonventionen inte efterlevs	Kommunfullmäktige En viktig satsning för att säkerställa att barnens perspektiv ska finnas med vid alla beslut som fattas var att utbilda barnrättsstrateger. Under 2020 och 2021 utbildades tre barnrättsstrateger i Borgholms kommun. Syftet med utbildningen är att ge ökad kunskap om barnets rättigheter och ökad förståelse för hur personal och verksamhet kan arbeta praktiskt med konventionen. Efter utbildningen arbetade barnrättsstrategerna fram en implementeringsplan för hur förverkligandet av barnkonventionen ska gå till i Borgholms kommun. Planen antogs våren 2022. Ett av målen i planen är att skapa ett barnrättsnätverk med minst en representant från varje förvaltning som är i gång sedan våren 2022. Syftet är att representanterna ska ha fördjupad kunskap om barnkonventionen. Att ta fram en rutin för hur arbetet med barnkonsekvensanalyser ska gå till har varit ett viktigt mål i planen för att förverkliga barnkonventionen i Borgholms kommun. Vid flera möjliga tolkningar ska den tolkning som är mest gynnsam för barnets bästa ha företräde och för att säkerställa detta behövs det göras en barnkonsekvensanalys En samlingssida finns på Insidan med information om barnkonventionen samt länkar till viktig information och en nano-utbildning är på gång och hoppas kunna genomföras under 2023.

Intern information

Risk	
 Risk att intern information inte fungerar på ett ändamålsenligt sätt	Kommunfullmäktige På Insidan som är kommunens intranät presenteras referat av de ärenden som behandlades och beslutades på kommunstyrelsens respektive kommunfullmäktiges sammanträden. Ett ständigt arbete pågår för att förbättra funktionaliteten på intranätet för att göra det lättanvänt. Exempelvis under 2022 har kommunen lanserat en app. för intranätet så den alltid är nåbar och lättillgänglig. Information och nyheter ska vara uppdaterade och relevanta, och ett verktyg har införskaffats (Vizzit) som rapporterar när sidor behöver uppdateras för att säkerställa att information inte blir inaktuell.

Upphandling

Risk	
 Risken att Borgholms kommun begår avtalsbrott gentemot leverantörer	Kommunfullmäktige Uppföljning av avtalstrohet följs upp och presenteras i samband med uppföljning tre gånger per år. Under året har det även införts integration mellan kommunens avtalsdatabas och systemet Inyett för att underlätta uppföljning av inköp inom olika kategorier. Under 2022 har ett arbete pågått med att införa ett "kategoriträd" i vårt e-handelssystem för att underlätta för beställarna att handla från rätt leverantör.

Sekretess

Risk	
 Risk att sekretessbelagd information sprids utanför organisationen.	Kommunfullmäktige Nyckelfunktioner i informationssäkerhetsarbetet är säkerhetsklassade och bedöms ha en god kompetens och hög lojalitet mot verksamheten. För att alla medarbetare ska veta vad som gäller och även känna till de risker som finns utbildas personalen kontinuerligt i informationssäkerhet, bland annat genom "nano-learning".

GDPR

Risk	
 Risk att personuppgifter inte hanteras på rätt sätt.	Kommunfullmäktige Om man bortser från den attack som hela IT-miljön råkade ut för har inga allvarliga personuppgiftsincidenter inträffat under året. Det finns skäl att anta att hanteringen av personuppgifter har förbättrats under året efter den dialog som uppstod efter att en annan kommun drabbats av vite för att ha mejlat personnummer. En tydlig rutin har också tagits fram och all personal har fått utbildning.

Informationsöverföring

Risk	
 Risk att kommunen inte uppfyller tillgänglighetsdirektiven.	Kommunfullmäktige Borgholms kommun gör en mätning om året med hjälp av mätverktyget DIGG. DIGG har även levererat en rapport, och utifrån den har åtgärder vidtagits. En uppdaterad tillgänglighetsrapport med identifierade brister har publicerats på Kommunens hemsida.

Inköp

Risk	
 Risk finns att enskild användare är ansvarig för hela kedjan genom abonnemangsmatchning i Proceedo	Kommunfullmäktige Då det i dagsläget saknas systemstöd för att minimera risken arbetar ekonomiavdelningen med rutiner och återkommande uppföljning av befintliga abonnemang.

Systematisk kvalitetssäkring

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Genom ledningssystemet ska ledningen styra och förbättra verksamhetens alla delar för att kunna ge en god kvalitet i enlighet med de lagar och regler som gäller för verksamheten. De insatser och aktiviteter som utförs i verksamheten ska styras genom ledningssystemet så att rätt saker görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt för dem som verksamheten är till för.

Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera arbetet samt förbättra kvalitén. Samtliga medarbetare ska bidra och vara en del av kvalitetssäkringen.

Socialförvaltningens ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkerställa kvaliteten består bland annat av:

- Rutiner och riktlinjer.
- Avvikelser, klagomål, lex Sarah och lex Maria.
- Patienssäkerhetsberättelsen inkl. kvalitetsberättelsen.
- Delårsbokslut.
- Egenkontroller via journalgranskning och loggar.
- Riskanalyser.

Erfarenheterna från ovannämnda aktiviteter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemet samt vid behov för åtgärder i verksamheten. Samtliga delar går in i varandra och är en del av det ständigt pågående systematiska förbättringsarbetet. Det systematiska kvalitetsarbetet följs upp i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse samt i delårsbokslut och helårsbokslut.

Risker beslutade av socialnämnden

Socialnämnden har beslutat om fyra risker som verksamheten ska utgå ifrån vid egenkontroll samt vid riskanalys och bedömning.

De fyra framtagna riskerna kan sammanfattas enligt nedan:

1	Risk finns för att barnrättsperspektivet inte beaktas/beskrivs i beslut där barn kan påverkas.
2	Risk finns för att mål i uppdrag för insatser inte är mätbara och därmed heller inte uppföljningsbara.
3	Risk finns för att dokumentationen är bristfällig och därmed går det inte att följa den röda tråden.
4	Risk finns för att missförhållanden, eller risk för missförhållanden, inte rapporteras vilket kan drabba den enskilde om brister i verksamheten inte uppmärksammas.

Egenkontroll – en form av granskning av arbetet

En egenkontroll är kopplad till varje framtagna risk. Respektive chef ansvarar för att dokumentera och utföra åtgärder om det vid kontrollen uppmärksammas utvecklingsbehov i verksamhetens processer och/eller rutiner.

I dagsläget består egenkontrollen främst av journalgranskning två gånger per år. Journalerna väljs ut slumpmässigt och så gott som varje enhet granskar fyra journaler, per halvår, utifrån en framtagen checklista. En av de fyra journalerna granskas gemensamt i varje chefsgrupp där även MAS eller verksamhetsutvecklare deltar. Syftet är att lära av varandra, att synliggöra övergripande mönster och förbättringsbehov samt att arbetet är likvärdigt i verksamheterna. Resterande journaler granskas av medarbetare tillsammans med respektive chef.

I samband med journalgranskningen görs en loggkontroll om personal har behörighet att

gå in de journaler som granskats.

Riskanalys – ett förebyggande arbete

I syfte att förebygga negativa händelser och missförhållanden ska varje enhet skatta de risker som är aktuella. Som stöd för skattningen finns en matris och en analys samt bedömning ska göras om framtagna risker skulle kunna inträffa på enheten och hur det i så fall skulle kunna påverka kvaliteten på ett negativt sätt. Genom matrisen ges ett riskvärde som vägledning för vidare hantering. Visar det sig att det krävs en planering för att eliminera eller reducera risken ska aktiviteter och åtgärder sättas in.

Arbetet med riskanalys är under utveckling inom förvaltningen.

1.3 Förväntad utveckling

Vård och omsorg

Möjligheter: Äldreomsorgsplan med fokus på personcentrerad omsorg följs och revideras regelbundet. Den nya äldreboende på Ekbackaområdet har nu påbörjats och förväntas bli färdigt under 2024. Nya larmsystem har upphandlats till vård- och omsorgsboenden. I upphandlingen ingår även digitala medicinskåp vilket säkerställer kvaliteten för läkemedelshanteringen. Kompetensutveckling i form av utbildningssatsningar som Stjärnmärkt, Psyk E-bas och MHFA. Kompetensutveckling i teamet med målet ökad säkerhet och fler delegerade sjukvårdsuppgifter till undersköterskor, tydliga roller och ansvarsfördelning. Aktivering och anhöriginvolvering genom anhörigträffar/anhörigcaféer. Projekt i Böda med Mörbylångamodellen som bas där verksamheten anpassas efter det som är viktigt för omsorgstagaren. Införande av Fast omsorgskontakt med ökad kontinuitet som följd. Stort utvecklingsarbete med Hemsjukhuset 3,0 tillsammans med hälsocentralen. Projektet involverar både hemsjukvården och särskilt boende i äldreomsorgen.

Utmaningar: Utmaningarna inför 2024 är rekrytering. Att skapa en arbetsmiljöer/arbetsvillkor som får våra anställda att vilja kvarstanna samt att nya medarbetare söker sig till verksamheten. Att motivera personalen till att jobba över gränserna, på andra enheter så resurstiden utnyttjas fullt ut. Projektet att sänka arbetstidsmålet på Åkerbohemmet kommer följas med intresse. Fast omsorgskontakt är även en utmaning på grund av kravet att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska. Försök till att tillsätta en sjuksköterska som samordnare för hela sköterskegruppen med syfte att effektivisera genom att frigöra tid för samtliga sköterskor. Rekrytering, budget i balans samt minska frånvaron är stora utmaningar framöver.

Omsorgen om funktionsnedsatta

Möjligheter som omsorgen om funktionsnedsatta är en omorganisering under våren 2023 där korttidsboende för barn blir samlade och grannar med daglig verksamhet inom LSS i hus 06 Ekbacka. Där verkställs samtliga barnärenden inom verksamhetsområdet, det vill säga både avlösarservice i hemmet och ledsagarservice för barn samt korttidsvistelse detta ses som en möjlighet för verksamheten med syftet att samla kompetens kring barn med funktionsnedsättning och skapa högre kvalitet och rättssäkerhet för brukare.

Planering av ny gruppboende är nu på gång igen vilket är positivt och på sikt skapar det möjlighet att tillgodose brukares behov på bästa sätt.

En stor utmaning även inom omsorgen om funktionsnedsatta är att minska sjukfrånvaron och att rekrytera mer personal så det finns utrymme för medarbetare att täcka för sina kollegors frånvaro utan att verksamheten ska behöva använda sig av för många olika timvikarier. Verksamheten behöver marknadsföra sig för att nå ut med att behov av kontaktpersoner söks och också utreda personer i den takt de visar intresse för uppdrag så att samtliga biståndsbeslut kan verkställas inom en snar framtid.

Fortsatt arbete med att motivera medarbetare att vidga sig och introduceras på fler arbetsplatser så risken för obokad resurstid minskar är en utmaning som verksamheten har jobbat med i flera år men som måste fortgå för att nå högsta effektivitet.

Arbetsmarknadsenheten och integration

Ökade kostnader för försörjningsstöd, el, bostäder, drivmedel och anställningar med anställningsstöd beräknas medföra ökade kostnader för enheten under 2023. Risk finns att budgeten för enheten inte kommer att täcka kostnaderna under 2023.

Individ- och familjeomsorg

Samverkan i syfte att arbeta för god och nära vård mellan IFO och hälsocentralen är inledd. Arbetet är ännu i sin linda, det finns goda tankar i respektive verksamhet hur verksamheterna kan närma sig varandra för att jobba med tidiga insatser. Vad som också är en möjlighet men även en utmaning är att "sätta" den nya organisationen och då framför allt utveckla arbetssättet inom vuxenenheten. Målet är att utveckla enhetens arbetssätt för att fånga upp och möta klienten i ett så tidigt skede som möjligt utifrån missbruk. Detta sker delvis med ett nytt arbetssätt där en öppen ingång erbjuds klienter, dvs 5 samtal utan att bli registrerad i socialregistret. Socialsekreterarna kommer att arbeta med både utredning och behandling utifrån hur behovet ser ut. Det finns också en möjlighet att i denna omorganisation att i högre grad börja samarbeta med boendestöd som många gånger möter samma klienter i sitt arbete som vuxenenheten gör.

En av de utmaningar verksamheten ser framför sig är det ökade droganvändandet bland ungdomar. Verksamhetens uppfattning är att de unga som nu börjar använda droger, är yngre än tidigare. Verksamheten ser också att många snabbt börjar sälja droger för att kunna finansiera sitt eget missbruk, samt en orädsla för att prova tyngre droger. När de unga börjat sälja droger är det en stark farhåga att steget till gängkriminalitet inte är så långt.



§ 7

Förvaltningens prioriteringsunderlag för år 2024 med plan för åren 2025-2027

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden

att anta prioriteringarna

Ärendebeskrivning

Förslag på politiska prioriteringar med prioriteringsordning. Det är sista året att kunna söka stimulansmedel för undersköterskor.

Beslutsunderlag

Beskrivning av prioriteringar budget 2024 med plan 2025–2027.
Budgetberedningen och förvaltningens förslag 2024 med plan 2025-2027.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--

Beskrivning av prioriteringar budget 2024 med plan 2025-2027

INVENTARIER OCH UTRUSTNING TILL NYA EKBACKA

Antagande om kostnader för inventarier och utrustning till nya Ekbacka:
som förutom gemensamma utrymmen, som fastighetsägaren bekostar, innefattar utrustade kontor för alla yrkeskategorier, möteslokaler, tv skärmar av olika slag, vilorum. Medicinskåp, larmsystem, skrivare, datorer och köksutrustning.

INVENTARIER OCH UTRUSTNING TILL NYTT LSS- BOENDE

Utifrån behovet av nya gruppboendestplatser; Antagande om kostnader för inventarier och utrustning till nytt LSS-boende, som förutom brukares lägenheter innefattar utrustat gemensamhets- och köksutrymme, kontor utrustat för att kunna hålla APT mm, jour-rum och vilorum (rastrum) för personal beroende på behov av jour eller vaken natt samt utrustat omklädningsrum. Medicinskåp, nätverk, WiFi, skrivare, datorer, personallarm, brandsäkerhet, dörrvakter, spisvakter och timers i varje lägenhet etc.

KOSTNAD FÖR EXTERNA PLACERINGAR

Kostnad för externa placeringar inom barn och familj samt missbruk. Beräknat på ett genomsnitt på 3 år. Budget inkl. politiska prioriteringar om 2,0 mkr för 2023 är: 5,8 mkr. Beräknad prognos för placeringskostnader för 2023 är: 6,2 mkr.

Beräkningsunderlag:

Kostnad över 3 år				
Kostnad för placeringar (tkr)	2020	2021	2022	Snittkostnad placeringar
	6 792	4 385	6 566	5 914

ARBETSSKOR

Förbättrade arbetsvillkor för medarbetare.
För att kunna täcka kostnader för att förbättra medarbetarnas arbetsskor enligt politiskt beslut.

FRAMTIDENS ÄLDREOMSORG

För att kunna följa äldreomsorgsplanen som bygger på beredningen "framtidens äldreomsorg" krävs det en prioriterad satsning. De delar som igår i denna är: Dementsteam och kompetensutveckling inom äldreomsorg och demens.

HELTID SOM NORM

Erbjuda samtliga anställda möjlighet till att arbeta heltid. Arbetssättet pågår med Heltid som norm och i nuläget är det svårt att veta vad kostnaden blir år från år beroende på hur mycket våra medarbetare vill arbeta.

FRITIDSBANK

Erbjuda kommunens medborgare meningsfull fritid med fokus på både återbruk och miljö. Kunna erbjuda gratis utrustning för aktiviteter och prylar som kommer till användning igen och ger en möjlighet för att individer ska kunna aktivera sig så mycket som möjligt genom återbruk av

fritidsprylar. Detta erbjuds gratis till alla medborgare för att främja både hälsa och välbefinnande och miljön. Syftet är att uppmuntra barn, ungdomar och vuxna till spontanidrottande och att bidra till en mer hållbar miljö. Politiskt beslut.

UTVECKLING EKBÄCKA 5-6

Utifrån befolkningsprognosen ökar antal personer i åldern 80+, med cirka 400 individer på 5 år, vilket ger en ökning av platser inom särskilt boende. Satsningen ger även möjligheten att fortsätta använda Ekbacka 5-6:s nuvarande lokaler.

GRATIS TRYGGHETSLARM

För att kompensera för förlorade intäkter vid erbjudande av gratis trygghetslarm enligt politiskt beslut. Beräkning av förlorade intäkter genomförd januari 2023 innebär 700 tkr.

KOMPETENSUTVECKLING

Försätta arbetet med kompetensförsörjning framåt, genom bland annat äldreomsorgslyftet och yrkesresan. För att kunna fortsätta med kompetensutvecklingar i samband med pensionsavgångar. Beräkningen är en schablon av kostnader för kompetensutveckling.

NYBYGGNATION AV NYTT LSS-BOENDE

Socialförvaltningen har ett akut och ett långsiktigt behov av fler platser på gruppboende. Borgholms kommun kan annars riskera att utdömas till höga avgifter på grund av ej verkställda beslut enligt LSS. Gruppboende Ranstad har evakuerats till tillfälligt boende på Muraregatan, i avvaktan på en långsiktig lösning för LSS-gruppboende. Socialförvaltningen är i behov av 6 nya gruppboendeplatser omgående för att kunna säkerställa att individen får sina behov tillgodosedda enligt LSS. Prioriteringens storlek beror på om kommunen själv kommer äga det nya boendet eller om det kommer hyras i andra hand.

IMPLEMENTERING AV VERKSAMHETSSYSTEM

Verksamhetssystemet Procapita som i dag används inom t.ex. Barn & Familj och Vuxen kommer att försvinna och måste ersättas av något annat. Inom andra enheter har och kommer man att implementera verksamhetssystemet Lifecare. Det är en stor fördel med samma verksamhetssystem inom förvaltningens samtliga enheter. Det är också en nödvändighet att ha en plan för utveckling av IT-stödet för att inte få framtida onödiga kostnader.

ÖKNING 2 TJÄNSTER SSK

För att säkerställa vården på kommunens vård- och omsorgsboende har under 2022-2023 förvaltningen ökat sjuksköterskebemanningen med två tjänster vilket innebär att alla enheter har en patientansvarig sjuksköterska. Ökningen har bekostats av prestationsbaserade stimulansmedel. För att bibehålla patientsäkerheten behöver de ökade resurserna ingå i grundbemanningen.

32

Socialnämnden		Prio- ordning	Nämndens förslag 2024	Budgetberedningen s förslag 2024	Nämndens förslag 2025	Budgetberedningen s förslag 2025	Nämndens förslag 2026	Budgetberedningen s förslag 2026	Nämndens förslag 2027	Budgetberedningen s förslag 2027
			11 282	6 682	16 575	11 682	16 575	11 975	11 575	
Årlig justering av hyror för omsorgstagare inom särskilt boende med i genomsnitt 200 kr/månad.			-293	-293		-293				
Flytt från extern lokal (Cikorian)			-125	-125	-125	-125	-125	-125	-125	
Inventarier och utrustning till nya Ekbacka	1		X							
Inventarier och utrustning till nytt LSS-boende	1		X							
Kostnad för externa placeringar	2		2 500	2 000	2 500	2 000	2 500	2 000	2 500	
Arbetsskor	*		1 000	500	1 000	500	1 000	500	1 000	
Framtidens äldreomsorg för att fortsätta följa planen.	*		1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	
Heltid som norm	*		2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
Fritidsbank	*		500	500	500	500	500	500	500	
Utveckling Ekbacka 5-6	2				5 000	5 000	5 000	5 000		
Gratis Trygghetslarm	*		700	600	700	600	700	600	700	
Kompetensutveckling	1		2 000		2 000		2 000		2 000	
Nybyggnation av nytt LSS-boende	1		X							
Implementering av verksamhetssystem	1		X							
Utökning av 2 tjänster ssk	1		1 500		1 500		1 500		1 500	
Totalt (tkr)			11 282	6 682	16 575	11 682	16 575	11 975	11 575	

Nämndens förslag - Investeringar

[illegible]

Bilaga	Prioriteringsförslag	Beskrivning	Konsekvensbeskrivning	KF-mål	Belopp (tkr)	
					2024	2025
1. Effektiviseringar genom sänkta kostnader / ökade intäkter					-	418,00 - 125,00
	Årlig justering av hyror för omsorgstagare inom särskilt boende med i genomsnitt 200 kr/månad.			God hälsa och välbefinnande	293,00	-
	Flytt från extern lokal (Cikorian)	Uppsägning av den externa lokalen Cikorian för flytt till egna lokaler på Ekbacka. Beloppet avser hyresbesparingen minus den nya internhyran		Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	125,00	125,00
2. Effektiviseringar genom investeringar					-	-
	Inventarier och utrustning till nya Ekbacka	Inventarier och utrustning till nya Ekbacka		God hälsa och välbefinnande	X	
	Inventarier och utrustning till nytt LSS-boende	Inventarier och utrustning till nya LSS-boende		God hälsa och välbefinnande	X	
3. Behov utöver förslag enligt punkt 1 och 2 ovan					11 700,00	16 700,00
	Kostnad för externa placeringar	Kostnad för externa placeringar inom barn och familj samt missbruk.Beräknat på ett genomsnitt på 3 år. (2020-2022)		God hälsa och välbefinnande	2 500,00	2 500,00
	Arbetskör	Förbättrade arbetsvillkor för våra medarbetare		Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	1 000,00	1 000,00
	Framtidens äldreomsorg för att fortsätta följa planen.	Enligt äldreomsorgsplan		God hälsa och välbefinnande	1 500,00	1 500,00
	Heltid som norm	Erbjuda samtliga anställda möjlighet till heltid		Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	2 000,00	2 000,00
	Fritidsbank	Kunna erbjuda kommunens medborgare meningsfull fritid med fokus på både återbruk och miljö.		Hållbar konsumtion och produktion	500,00	500,00
	Utveckling Ekbacka 5-6	En utveckling för att fortsätta använda Ekbacka 5-6. För att kunna möta det ökade behovet		God hälsa och välbefinnande		5 000,00
	Gratis Trygghetslarm	För att kompensera saknade intäkter vid erbjudande av gratis trygghetslarm (uppräknad 2023)		God hälsa och välbefinnande	700,00	700,00
	Kompetensutveckling	Forsätta arbetet med kompetensförsörjning framåt, genom bland annat äldreomsorgslyftet och yrkesresan		God utbildning för alla	2 000,00	2 000,00
	Utökning av 2 tjänster ssk	För att säkerställa värden på kommunens vård-och omsorgboende har under 2022-2023 förvaltningen ökat sjuksköterskebemanningen med två tjänster vilket innebär att alla enheter har en patientansvarig sjuksköterska.		Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	1 500,00	1 500,00
	Nybyggnation av nytt LSS-boende	Socialförvaltningen är i behov av 6 nya gruppboendestplatser omgående för att kunna säkerställa att individen får sina behov tillgodosedda enligt LSS.		God hälsa och välbefinnande	X	
	Implementering av verksamhetssystem	Verksamhetssystemet Procapita som i dag används inom t.ex. Barn & Familj och Vuxen kommer att försvinna och måste ersättas av något annat. Inom andra enheter har och kommer man att implementera verksamhetssystemet Lifecare.		God hälsa och välbefinnande	X	



Socialnämnd

Uppföljning januari 2023

Jan 2023

SN 2023-02-22



1 Förvaltningsberättelse

1.1 Händelser av väsentlig betydelse

Vård och omsorg

- Högt tryck på korttidsplatser med delvis ökad bemanning som följd.
- Planering inför pilotprojekt med arbetstidsförkortning pågår på Åkerbohemmet.
- Utbyte av kök på hagen, Åkerbohemmet pågår.
- Städprojekt pågår i området Centrum Norr som innebär att kommunens lokalvårdare utför veckostäd hos enhetens omsorgstagare under 2023.
- Några medarbetare har slutfört sin utbildning till undersköterska och erhållit 2000 kr/ månad extra per heltid. Övriga undersköterskor beräknas vara klara under mars månad.
- Böda har påbörjat "Bödamodellen" vilket innebär att området delas upp i mindre delar för att förbättra kontinuiteten och arbeta mer flexibelt utifrån omsorgstagarnas behov. På grund av utökade hemtjänststimmar samt svårt att rekrytera är det svårt att fullfölja projektet i önskad takt.
- Förberedelser pågår inför förflyttningsutbildning för ordinarie personal och sommarvikarier samt Rehabiliterande förhållningssätt.
- Arbete för att tydliggöra det multiprofessionella teamet pågår.
- Alla enheter har idag en patientansvarig sjuksköterska och har under månaden planerat arbetssätt för att tydliggöra rollen och ansvaret som Sjuksköterska på vård-och omsorgsboende.
- Projektet Hemsjukhuset 3.0 pågår - ett vidare samarbete med Hälsocentralen, Cuviva, LNU, Borgholms kommun delvis för att kunna säkra upp vården för patienterna genom att sjuksköterskor ska b.la. kunna koppla upp sig digitalt mot läkare på hälsocentralen.

Omsorgen om funktionsnedsatta (OFN)

- Många avvikelser registrerade gällande skoltaxi där kommunikationen mellan utbildningsförvaltningen och skoltaxi brister samt återkopplingen till verksamheten (Daglig verksamhet) som utför ledsagningen.
- Gruppboendestad Ranstads verkställighet är från och med den 16 januari flyttad till den tillfälliga platsen för verkställighet i Borgholm på Muraregatan.
- Satellitlägenheten som var kopplad till Ranstads gruppboende är fortfarande i drift i avvaktan på politiska beslut. En fördyrande omständighet är att boendestöd utför morgonstödet.
- Svårigheter med rekrytering fortsätter, framför allt till de redan svårrekryterade arbetsplatserna där basbemanning inte finns på plats och befintlig personal drar ett tungt lass.
- Länsgemensamt arbete med brandskydd inom grupp- och servicebostäder via LSS-nätverket tillsammans med räddningstjänsten påbörjat.

Individ- och familjeomsorgen (IFO)

- Barn- och familjeenheten har tillsammans med flera andra avdelningar inom socialförvaltningen fått utbildning gällande våld i nära relation (VINR). Då det kommit nya riktlinjer gällande VINR så har verksamheten påbörjat ett arbete med att revidera riktlinjerna gällande när och hur vi ställer frågor om våld.
- Under januari har handläggare och behandlare inom barn och familj, stöd och insatser, ekonomiskt bistånd, vuxenenheten, LSS samt boendestöd fått utbildning i att ställa frågan kring våld utifrån FREDAs kortfrågor. Dag två deltog socialsekreterare barn/familj och vuxenenheten samt behandlare för att fördjupa

kunskapen kring att ställa frågor om våld till den våldsutsatta, våldsutövaren och till barn som kan vara både våldsutsatta och utövare.

Arbetsmarknadsenheten och integration

- Med ett nytt samverkansavtal med Arbetsförmedlingen kommer förhoppningsvis fler att kunna erbjudas bidragsanställningar. Vilket påverkar verksamheten genom minskat ekonomiskt bistånd och fler deltagare inom Arbetscenter.

1.2 God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

Sammanfattning

Socialförvaltningen uppvisar en negativ budgetavvikelse om -0,3 mkr för perioden. Avvikelsen härleds främst till ökat antal hemtjänsttimmar men hög sjukfrånvaro som i sin tur leder till fyllnad- och övertidskostnader påverkar också avvikelsen negativt. Kostnaden för externa placeringar är högre än budgeterat för perioden, vilken reduceras något av vakanser och tjänstledigheter. Budgeten för kompetensutveckling och heltid som norm är inte fullt utnyttjad för perioden och verksamheten för Integration har under januari månad erhållit medel om 500 tkr från Migrationsverket.

Prognos för helåret är beräknad till +0,6 mkr. De antaganden som gjorts är att budgeten för heltid som norm kommer nyttjas fullt ut samt att verksamheterna kommer erhålla vissa statliga stimulansmedel. Ökningen av personalkostnader som uppstått under januari månad inom Omsorgen om funktionsnedsatta beräknas återgå till budgeterad nivå samt att de vakanser som föreligger inom Individ- och familjeomsorgen kommer reducera den ökade kostnaden för externa placeringar.

Kommunens verksamheter

Ekonomisk analys

Analys av avvikelse för perioden

Socialförvaltningen uppvisar en negativ avvikelse om - 0,3 mkr för perioden. Avvikelse och prognos per verksamhetsområde visas i tabellen under rubriken Ekonomisk sammanställning.

Centralt

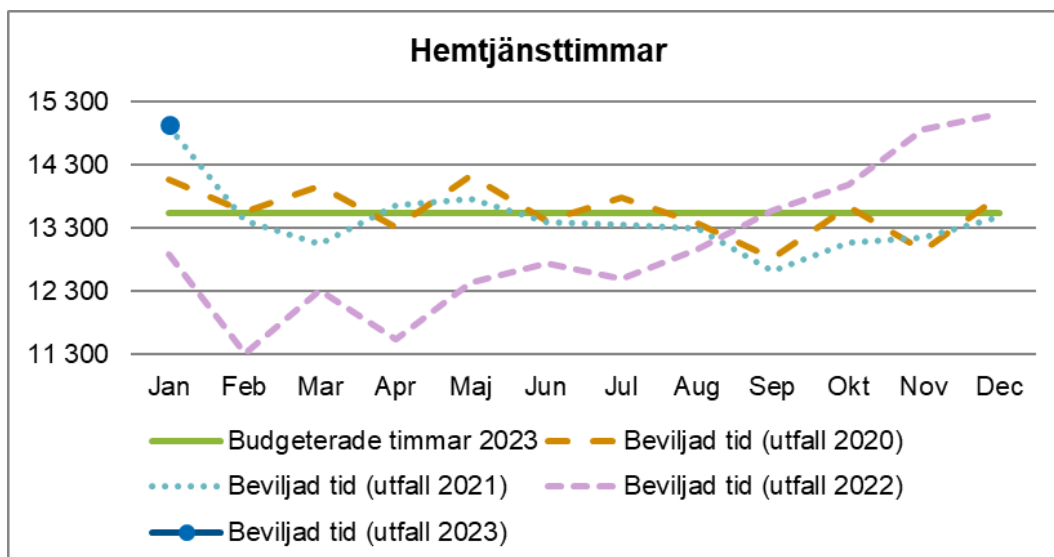
Den positiva avvikelsen härleds till för perioden låga kostnader avseende externa utbildningar samt för perioden ej nyttjad budget för Heltid som norm.

Vård och omsorg

Underskottet härleds framför allt till en ökning av hemtjänsttimmar. Hög sjukfrånvaro och svårigheter att rekrytera vikarier resulterar i höga kostnader. Sjuklönekostnaden i januari uppgår till 760 tkr och kostnaden för övertid och fyllnadstid till 570 tkr.

Ordinärt boende:

Avvikelsen härleds till att hemtjänsttimmarna är betydligt fler än budgeterad nivå vilket påverkar centrala kontot negativt. Budgetavvikelsen i Långlöt/Rälla orsakas av ökade personalkostnader på grund av dubbelbemanning av arbetsmiljöskäl. Ökad vårdtyngd hos unga palliativa omsorgstagare påverkar personalkostnaderna negativt. Underskottet i Böda beror endast på höga personalkostnader som härleds till frånvaro, övertid och semesterskuld till medarbetare som slutat.

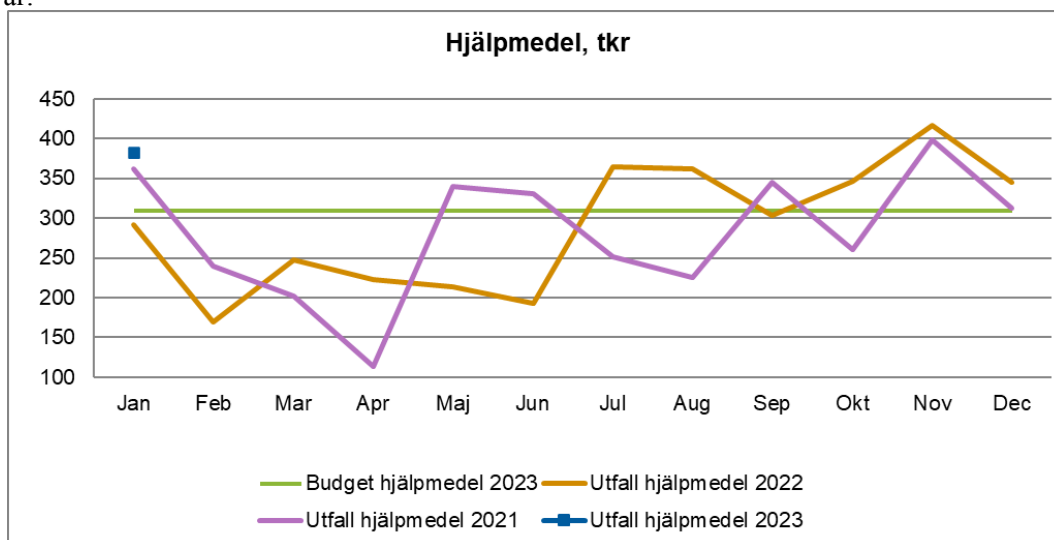


Särskilt boende:

Periodens resultat är i balans med budgeterad nivå. Åkerbohemmets negativa avvikelse orsakas av hög frånvaro samt omplacerad personal från annan enhet som inte är budgeterad. Bemanningsnyckeln är högre än budgeterad nivå och härleds till obokad resurstid. Vakanta tjänster centrat reducerar avvikelsen. Kostnader för obokad resurstid uppgår under januari månad till 160 tkr.

Hälsö-och sjukvård:

Verksamheten har erhållit ersättning för vaccinering som utförts av verksamheten och påverkar resultatet positivt. Kostnaden för hjälpmedel är hög under januari månad, som tidigare år.

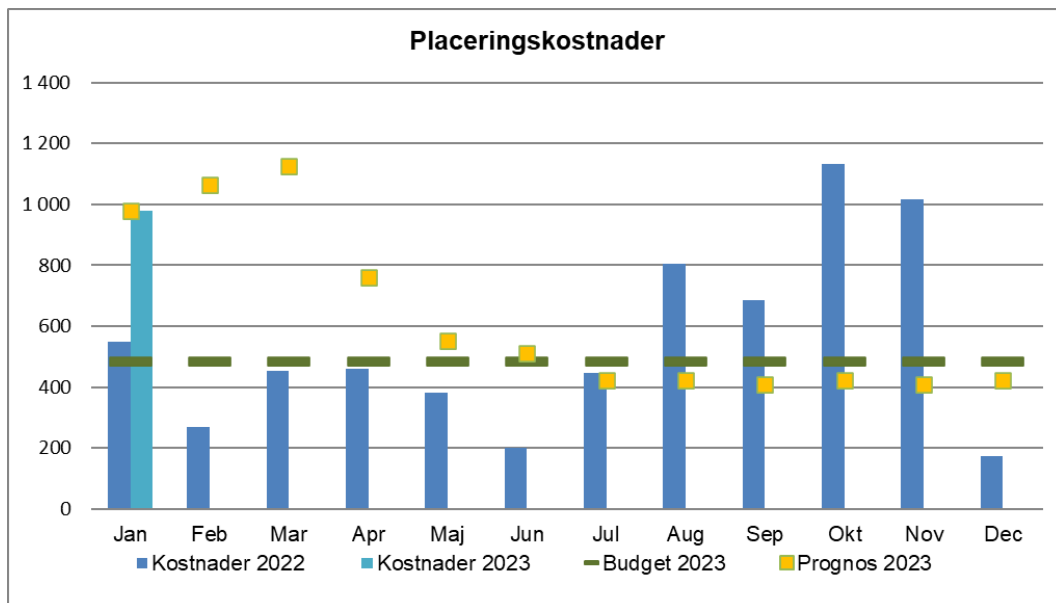


Omsorgen om funktionsnedsatta

Avvikelsen härleds främst till minskat behov inom korttidsverksamheten. Högre kostnader än budgeterat för personal inom en av gruppboendena samt högre kostnad än budgeterat avseende ersättning till Försäkringskassan reducerar avvikelsen.

Individ- och familjeomsorg

Avvikelsen härleds till längre och dyrare externa placeringar än budgeterat, verksamheten har även fått använda sig av konsulttjänst för handläggning av två ärenden om 20 timmar per vecka. Två vakanta tjänster inom verksamheten Stöd och insatser och Vuxnenheten reducerar avvikelsen.



Arbetsmarknadsenheten

Avvikelsen beror på ökad kostnad för ekonomiskt bistånd. Kostnaden för ekonomiskt bistånd går vanligtvis upp under januari månad. Under perioden har kostnaden för elförbrukning i de aktuella ärendena stigit. Kostnaden för hushållsel kompenseras fullt ut för de som är berättigade till försörjningsstöd. Därmed blir också kommunens kostnad högre. Det har under perioden varit en ökning av antalet nya ärenden vilket påverkar utfallet.

Analys av årsprognos

Prognos för helåret är beräknad till +0,6 mkr. De antaganden som gjorts är att budgeten för heltid som norm kommer nyttjas fullt ut samt att verksamheterna kommer erhålla vissa statliga stimulansmedel. Ökningen av personalkostnader som uppstått under januari månad inom Omsorgen om funktionsnedsatta beräknas återgå till budgeterad nivå samt att de vakanser som föreligger inom Individ- och familjeomsorgen kommer reducera den ökade kostnaden för externa placeringar.

Ekonomisk sammanställning

		Årsbudget	Budget jan	Utfall jan	Avvikelse jan	Årsprognos
	Total					
70	Centralt	39 316	3 430	3 007	423	0
72	Hälso- och sjukvård	30 067	2 418	2 350	67	250
73	Särskilt boende	99 727	8 347	8 314	32	1 000
74	Ordinärt boende	80 143	6 541	7 393	-852	-1 000
75	Omsorgen om funktionsneds.	58 532	4 807	4 766	41	200
76	Individ- och familjeomsorg	27 916	2 327	2 574	-246	100
77	Arbetsmarknadsenheten	13 970	1 129	1 213	-84	0
79	Projekt	0	0	-303	303	0
	Summa	349 671	28 999	29 315	-316	550

Åtgärder och konsekvensanalys

Nedan listas de åtgärder som verksamheterna planerar för att på sikt bli mer kostnadseffektiva och öka kvaliteten. Målet är att uppnå en hållbar organisation.

- Effektiv schemaplanering. Medarbetarna introduceras på fler enheter för att minska resurstiden. Målet är att ha en grundbemanning som är tillräcklig för att täcka planerad frånvaro.
- Rekrytering av vikarier för att säkerställa att bemanningsgrafen tillgodoses utan att ordinarie personal tvingas gå in och arbeta utöver sin ordinarie arbetstid mot fyllnads- och övertidsersättning. Verksamheten arbetar också för att tillsvidareanställa medarbetare så det finns en kapacitet att täcka planerad frånvaro samt förlägga resursspass.
- Nära samarbete med HR- avdelningen för att minska sjukfrånvaron och att utveckla grupperna.
- Att kontinuerligt informera personalen kring ekonomin och på så sätt öka förståelsen och kunna se helheten.
- Fortlöpande kompetensutveckling för personalen.
- Dagliga reflektioner. Trivselträffar med personalen samt uppskattning görs kontinuerligt för att bidra till att öka frisknärvaron samt vara en attraktiv arbetsplats med gott arbetsklimat.



§ 8

Budgetuppföljning januari 2023

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna den preliminära budgetuppföljningen för januari 2023.

Ärendebeskrivning

Den preliminära budgetuppföljningen för januari 2023 är framtagen av enhetschefer, verksamhetschefer och förvaltningschef tillsammans med ekonom.

Beslutsunderlag

Preliminär budgetuppföljning för januari 2023

Dagens sammanträde

My Nilsson, ekonom, informerar om den preliminära budgetuppföljningen för januari månad 2023.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--



Meddelande om tillsyn, Ranstad gruppbostad, nu meddelande om beslut.

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över till socialnämnden

Ärendebeskrivning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) lämnade 2023-01-24 beslut om ärendet. Tillsyn av förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärden eller andra kränkningar vid gruppbostad i Ranstad i Löttorp som drivs av Borgholms kommun.

Under utredningens gång har det inkommit tre anmälningar enligt Lex Sarah som bedömts som allvarliga missförhållanden och ett antal klagomål som varit allvarliga. Socialnämnden har den 26 oktober 2022 fattat beslut om att lägga ned gruppbostad Ranstad med anledning av att de inte längre kan garantera att brukarna får en god vård och omsorg.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Beslutsunderlag

Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i ärendet tillsyn Ranstad gruppbostad.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--

Borgholms kommun
Box 52
387 21 Borgholm

BORGHOLMS KOMMUN
SOCIALFÖRVALTNINGEN

2023-01-26

Diarienummer:.....

Huvudman

Socialnämnden, Borgholms kommun

Ärendet

Tillsyn av förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar vid gruppbostad Ranstad i Löttorp som drivs av Borgholms kommun.

Under utredningens gång har det inkommit tre anmälningar enligt lex Sarah som bedömts som allvarliga missförhållanden och ett antal klagomål som varit allvarliga. Socialnämnden har den 26 oktober 2022 fattat beslut om att lägga ned gruppbostad Ranstad med anledning av att de inte längre kan garantera att brukarna får en god vård och omsorg.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet, men påtalar följande brister:

- Det förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder och kränkande bemötande gentemot brukarna.
- Verksamheten brister i det systematiska kvalitetsarbetet och uppfyller inte kraven på god kvalitet.

IVO vidtar i nuläget inte några ytterligare åtgärder med anledning av bristerna. Skälen för detta är angivna under rubriken.

Skälen för beslutet

IVO bedömer sammanfattningsvis att det vid gruppbostad Ranstad har förekommit otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder samt att det förekommit kränkningar från personal riktade mot brukarna i verksamheten. IVO bedömer också att verksamheten vid gruppbostad Ranstad har brustit i det systematiska kvalitetsarbetet, både när det gäller ledning och styrning och när det gäller att säkra verksamhetens kvalitet för att tillförsäkra brukarna goda levnadsvillkor i enlighet med bestämmelserna i 6-7 §§ lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Tillsynen tillsammans med inkomna anmälningar enligt lex Sarah har uppmärksammat att det förekommit begränsningsåtgärder samt att det brustit i ledning och styrning, närvarande ledarskap, och bemanning. Det har också brustit i personalens kunskaper i metoder för kommunikation och personalens bemötande mot brukarna. I verksamheten har det också förekommit kränkningar som utifrån beskrivningarna utgör rena övergrepp mot två brukare. Det har även förekommit omfattande personalkonflikter, personalen har inte arbetat lika med brukarna och arbetsrutiner som bestämts har inte följts. Detta har påverkat brukarna som inte fått trygghet och förutsägbarhet i sina egna hem vilket är allvarligt.

Det framgår av 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att den som bedriver verksamhet enligt LSS med stöd av ledningssystemet ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enligt 5 kap. 7 § i samma föreskrift ska de åtgärder som krävs genomföras för att säkra verksamhetens kvalitet.

Det framgår vidare av 6 kap. 1 § att den som bedriver verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinernas som ingår i ledningssystemet. Relaterat till anmälan om missförhållanden vill IVO uppmärksamma nämnden på 24 a § LSS, som tydliggör att var och en som fullgör uppgifter enligt LSS ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Den som förestår en verksamhet är en nyckelperson för att verksamheten ska hålla god kvalitet och utvecklas gynnsamt. Av 5 § SOSFS 2002:9 framkommer bland annat att föreståndarens ansvar innefattar att organisera arbetet så att den enskilde genom omvårdnaden tillförsäkras goda levnadsvillkor, att omvårdnaden kännetecknad av god etik och ett värdigt bemötande samt att omvårdnaden för varje boende planeras, dokumenteras och följs upp. Vidare framgår av samma paragraf att personalens behov av handledning tillgodoses och att deras behov av kompetensutveckling bevakas och stöds.

Ansvar som föreståndaren har över en verksamhet enligt LSS innebär således övergripande skyldigheter från flera olika lagstiftningar som exempelvis bestämmelserna om arbetsmiljön, hälso- och miljöskydd samt sekretess. Föreståndaren ska säkra att verksamheten bedrivs utifrån gällande lagar och föreskrifter för att säkra kvaliteten i gruppboenden.

Enligt 5 § lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, ska verksamhet enligt denna lag främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

Det framgår vidare av 6 § LSS att verksamheten ska vara av god kvalitet. Verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten ska också systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamhet enligt LSS ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Den enskilde ska enligt 7 § LSS tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov och stärka deras förmåga att leva ett självständigt liv.

IVO har den 11 november 2022 samtalat med socialchefen i Borgholms kommun som bekräftade att gruppboende Ranstad ska stängas med anledning av att det inte längre går att säkerställa en god vård och omsorg för brukarna.

Socialchefen uppgav att två av de äldre brukarna har flyttat till ett äldreboende i Löttorp i slutet av september månad 2022 med anledning av att deras medicinska behov bättre kunde

tillgodoses i den boendeformen. De två kvarvarande brukarna kommer att evakueras vid årsskiftet 2022-2023 till ett tillfälligt boende som ligger närmare Borgholm.

Enligt myndighetschefen kommer den brukare som är knuten till gruppboenden men som bor i egen lägenhet i samhället att erbjudas en servicelägenhet på annan ort.

Enligt socialnämndens protokoll i Borgholms kommun har nämnden den 26 oktober 2022 beslutat:

- att evakuera gruppboende Ranstad
- att till dess det finns en ny LSS-gruppboende i Borgholm, inrätta en tillfällig gruppboende i Borgholm.

IVO har också fått del av tidsplanen i ett ordförandebeslut som togs den 18 november 2022 som beskriver evakueringen av gruppboende Ranstad. Bedömningen inför beslutet är att det är en ohållbar situation vid gruppboende Ranstad och att evakuering av gruppboenden ska genomföras omgående dock senast 2023-02-01.

Det förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder och kränkande bemötande gentemot brukarna

IVO bedömer att brukarna i gruppboenden har utsatts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder och kränkningar. När det gäller kränkningarna som har förekommit har tre anmälningar som inkommit till IVO bedömts vara ett allvarligt missförhållande. I två av lex Sarah utredningarna har en specifik brukare blivit utsatt av en personal och i den tredje lex Sarah utredningen berör det samtliga brukare i boendet.

I tillsynen framkom att boendet inte har så omfattande begränsningsåtgärder när det gäller den generella miljön inomhus och utomhus. Brukarna kan exempelvis ta sig ut själva från boendet då en av två ytterdörrar är upplåst under dagtid. Utomhus finns det ett staket som ramar in trädgården. Staketet har en grind som går att öppna. I det gemensamma köket finns ett skafferier som är låst. Det finns däremot flera individuella begränsningsåtgärder där det är oklart om det finns reella samtycken från brukarna och om det sker mot den enskildes vilja. I brukarnas lägenheter har vissa av brukarna låsta skåp, garderober och altandörrar. För en brukare används grindar på sängen. En brukare har avstängt vatten samt avstängd kyl och frys. Två brukare använder en body, en dräkt med halvkorta ben och armar med dragkedja som är svår för den enskilde att ta av. Dräkterna används sedan lång tid tillbaka. Personalen uppgav också i samband med intervjun att en dörr mellan två lägenheter och gemensamhetsutrymmet stängs på kvällen och natten av viss personal. En av brukarna som bor i en av lägenheterna riskerar att bli begränsad eftersom hen inte orkar få upp den tunga dörren. Dörren har inte varit låst men den är tung, vilket kan leda till att brukaren kan skada sig om hen går upp på natten och vill gå till gemensamhetsutrymmet. Det framkom också att samtliga brukare i boendet har larm i sina lägenheter i form av larmmatta eller rörelselarm som ljuder i hela gruppboenden när brukarna larmar eller förflyttar sig och det är inte acceptabelt. I dokumentationen finns det individuella ordinationer utskrivna av kommunens sjuksköterska när det gäller vissa av åtgärderna ovan, som larmmatta, rörelselarm och sänggrindar. Åtgärderna beskrivs som skyddsåtgärder för att brukarna inte ska komma till skada men det finns inte dokumenterat i dokumentationen hur sjuksköterskan har inhämtat samtycke från brukarna.

Tillsynen har också visat att brukarna som bor i gruppboenden har omfattande intellektuella funktionsnedsättningar och omfattande kommunikationssvårigheter och saknar verbalt språk och har därmed svårt att lämna ett reellt och uttryckligt samtycke till beskrivna begränsningsåtgärder ovan. Brukarna är vana vid åtgärderna eftersom dessa har pågått under lång tid. Vid intervjuerna med personal och verksamhetschef uppgavs att det har gjorts vissa individuella bedömningar till åtgärderna och att samtycket till åtgärderna inhämtas genom att läsa av brukarnas kroppsspråk och beteenden eftersom brukarna inte kan lämna ett muntligt samtycke. Samtycket är enligt personalen oftast inte dokumenterat men den brukaren som bor utanför gruppboendet kan både lämna ett muntligt och skriftligt samtycke. När det gäller samtycke vid hälso- och sjukvårdsåtgärder av olika slag inhämtas samtycket i stunden enligt ansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut.

IVO konstaterar att det inte framkommer i dokumentationen hur personalen har inhämtat brukarnas samtycke och hur de har försäkrat sig om att begränsningsåtgärderna inte sker mot den enskildes vilja. I brukarnas genomförandeplaner är det dokumenterat att brukarna ger ett konkluderat samtycke till vissa skyddsåtgärder och att de ska följas upp kontinuerligt. IVO vill påpeka att vid ett konkluderat samtycke agerar den enskilde på ett sätt som underförstått visar att han eller hon samtycker till åtgärden. Men för att brukare med kommunikativa och kognitiva begränsningar ska kunna samtycka konkluderat måste informationen vara anpassad efter den enskildes sätt att kommunicera via till exempel tydliggörande pedagogik och alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) för att försäkra sig om att den enskilde inte motsätter sig åtgärden.

IVO konstaterar också att i fyra brukares genomförandeplaner finns ett uppföljningsdatum men två brukares genomförandeplaner har inte följts upp på tre år. Det framkommer inte heller om verksamheten har provat att göra på ett mindre ingripande sätt innan en begränsningsåtgärd har satts in.

Enligt IVO:s mening har avsaknaden av samtycken, individuella bedömningar, uppföljningar och dokumentation av de åtgärder som införts inneburit att brukarna utsatts för otillåtna begränsningsåtgärder. Det är alltid viktigt att verksamheten ger förutsättningar för personalen att hela tiden eftersträva så få ingripande åtgärder som möjligt och att hitta arbetssätt som bygger på motiverande stöd istället för begränsningar. Stödet ska enligt 7 § LSS anpassas till mottagarens individuella behov samt stärka mottagarens förmåga att leva ett självständigt liv.

IVO:s bedömning av användning av tvångs- och begränsningsåtgärder utgår ifrån att LSS helt bygger på frivillighet. Inom LSS får verksamheten därmed inte genomföra åtgärder mot den enskildes vilja. I de fall en brukare kan lämna ett uttryckligt och informerat, så kallat reellt samtycke, ska verksamheten hämta in ett sådant. Det förekommer att brukare, exempelvis på grund av olika psykiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar, inte har förmåga att lämna ett sådant samtycke. I sådana fall måste verksamheten noggrant fastställa att de inte genomför åtgärden mot den enskildes vilja. Verksamheten kan enbart genomföra vissa särskilt ingripande åtgärder om den enskilde har lämnat ett reellt samtycke. Verksamheten kan därför inte genomföra den typen av åtgärder för brukare som inte kan lämna ett sådant samtycke.

Insatser enligt LSS ska vara av god kvalitet. När IVO bedömer om en begränsande åtgärd är god kvalitet utgår IVO från följande utgångspunkter.

Syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde, samt att

- verksamheten har gjort en individuell behovsbedömning före åtgärden och
- först har genomfört eller övervägt mindre ingripande åtgärder.

Syftet med åtgärden får inte vara att kompensera för

- brister i bemanningen,
- brister i personalens kompetens eller
- att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är lämpliga för sitt ändamål.

Begränsande åtgärder kan i vissa fall vara godtagbara utan att den enskilde har lämnat ett reellt samtycke, om verksamheten noggrant har försökt fastställa att åtgärden inte sker mot den enskildes vilja, att personalen har en god kännedom om den enskilde samt att ovanstående kriterier för kvaliteten i insatsen är uppfyllda. I sådana fall måste verksamheten vara ännu mer noggrann i arbetet med att ständigt utvärdera de åtgärder de använder samt dokumentera detta. Verksamheten måste också vara vaksam på om det sker förändringar som gör att de måste ompröva sina tidigare ställningstaganden.

Verksamheten brister i det systematiska kvalitetsarbetet och uppfyller inte kraven på god kvalitet.

Sammanfattningsvis gör IVO bedömningen liksom nämnden att verksamheten inte kunnat erbjuda samtliga brukare i boendet en säker omsorg med god kvalitet utifrån vad tillsynen har visat. IVO bedömer också att nämnden brustit i det systematiska kvalitetsarbetet på flera områden. Det har inte gjorts kontinuerliga riskanalyser och egenkontroller för att upptäcka brister i verksamhetens kvalitet.

Av 4 kap. 2-4 §§ Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd, SOSFS 2011:9, om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår bl.a. att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att kunna säkra kvalitet. Av 5 kap. 1-3 §§ samma föreskrift framgår att riskanalyser ska utföras fortlöpande. Egenkontroller ska bedrivas med den frekvens och omfattning som behövs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Klagomål och synpunkter ska tillsammans med inkomna rapporter sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Dokumentationsgranskningen har visat att verksamhetschefen tillsammans med personal har gjort en individuell riskanalys (2022-04-22) på samtliga brukare i boendet i samband med att IVO aviserade inspektionen. I riskanalyserna är det inte bestämt något datum för uppföljning eller hur de har inhämtat samtycke från brukarna. I intervjun uppgav verksamhetschefen att handlingsplaner som inte finns upprättade bör finnas för att skapa struktur i arbetet med brukarna. Verksamhetschefen uppgav också att brukarnas genomförandeplaner behöver uppdateras. IVO kan konstatera att egenkontroll inte har utförts i den omfattning som krävs för att säkerställa att brukarna får en trygg och säker omsorg.

Av 5 § SOSFS 2002:9 framkommer bland annat att föreståndarens ansvar innefattar att organisera arbetet så att den enskilde genom omvårdnaden tillförsäkras goda levnadsvillkor, att omvårdnaden kännetecknas av god etik och ett värdigt bemötande samt att omvårdnaden för varje boende planeras, dokumenteras och följs upp. Vidare framgår av samma paragraf att personalens behov av handledning tillgodoses och att deras behov av kompetensutveckling bevakas och stöds.

I tillsynen och i utredningarna enligt lex Sarah har det framkommit att brukarna har utsatts för allvarliga kränkningar och att det under en längre tid förekommit personalkonflikter i verksamheten som kan ha påverkat personalens omsorg om brukarna. Det ser IVO som mycket allvarligt.

I lex Sarah utredningen 2022/51-705 görs bedömningen att avsaknad av en närvarande chef och hög omsättning av chefer och personal samt gruppboendets geografiska läge har skapat svårigheter att bemanna gruppboendet. Det bekräftas av verksamhetschefen som uppgav i intervjun att det är svårt att rekrytera och behålla personal med anledning av gruppboendets läge samt att rekrytera kompetent personal. Enligt verksamhetschefen har verksamheten en hög bemanningsgrad men gruppboendets läge påverkar bemanningen när ordinarie personal är frånvarande. Personalen uppgav däremot att det fattas personal. Tidigare arbetade fyra personal dag och kväll men idag är de tre och det gör att brukarna inte får sina behov tillgodosedda exempelvis får brukarna inte komma ut på promenader mer än en gång i veckan enligt personalen. Detta styrks till viss del av dokumentationen där det bland annat framgår att en brukare på grund av låg bemanning inte fick komma ut på promenad, en brukare blev bortglömd på morgonen, en brukare fick inte duscha och en brukare fick inte hjälp med övre personlig hygien samt utevistelse. Personalen uppgav vidare att de varit utlämnade att klara sig själva i verksamheten under en längre tid men att chefen för cirka tre veckor sen, är på plats fler dagar i veckan. Personalen uppgav också att det av och till är personalbrist och personalkonflikter. Detta framgår i utredningarna om lex Sarah.

Enligt verksamhetschefen påbörjade hon sin tjänst vid Ranstad under hösten 2021 med placering i Borgholm men uppgav att hon numera är plats tre dagar i veckan i verksamheten.

I lex Sarah utredningen 2022/51-705 och i inhämtad personalmatris framkommer det att flera av personalen har en grundutbildning som undersköterska, personlig assistent och fritidsledare men det finns också personal och vikarier utan någon relevant utbildning med varierande erfarenheter av att arbeta med målgruppen. Verksamhetschefen är beteendevetare och har flerårig erfarenhet som boendepedagog.

I samma lex Sarah utredning framkommer bland annat att arbetsgruppen som helhet saknar kompetens om autism och alternativa kommunikationssätt. Planeringen var att personalgruppen under hösten 2022 skulle få utbildning inom detta område. I utredningen beskrivs också att personalen saknar kompetens i bemötande, i den enskildes situation och när det gäller dokumentation. Enligt utredaren har inte dessa områden prioriterats.

I intervjun uppgav personalen att de använder ett lågaffektivt bemötande som arbetsmetod men de har inte fått någon utbildning inom detta område. När det gäller AKK (alternativ och kompletterande kommunikation) har endast en personal som läser till stödpedagog utbildning inom detta område. Personalen uppgav också att viss personal och vikarierande personal inte har någon kännedom om personalens arbetssätt, metoder och hur de ska använda dem, vilket i sin tur kan påverka brukarna. Personalen uppgav vidare att det inte finns några individuella handlingsplaner för varje brukare, vilket gör att vikarierna inte alltid vet hur de ska bemöta brukarna.

Ärendet avslutas

IVO har mot bakgrund av de omständigheter som har framkommit i ärendet övervägt vilka åtgärder från IVO:s sida som är påkallade. Under tillsynen har det framkommit att socialnämnden valt att stänga gruppboenden och senast 2023-02-01 flytta samtliga brukare till andra boenden. Mot bakgrund härav väljer IVO att avsluta ärendet och att göra de uttalanden som framgår ovan.

Underlag

- Tjänsteanteckning Rundtur i verksamheten daterad 17 maj 2022.
- Tjänsteanteckning Sammanfattning brukarsamtal daterad 17 maj 2022.
- Protokoll från personalintervju daterad 18 maj 2022.
- Synpunkter från personal efter faktagranskning av protokoll daterad 17 augusti 2022.
- Protokoll från intervju med ledning och hälso- och sjukvårdspersonal daterad 18 maj 2022.
- Synpunkter från ledning och hälso- och sjukvårdspersonal efter faktagranskning av protokoll daterad 16 augusti 2022.
- Socialdokumentation från nämnden daterad 3 maj 2022.
- Uppgifter om personal (personalmatris) daterad 25 maj 2022.
- Socialnämndens synpunkter på underlag för beslut daterad 2022-08-31.
- Nämndens redovisning av beslutade åtgärder daterad 3 oktober 2022.
- Nämndens sammanträdesprotokoll daterade 26 oktober 2022.
- Beslut från socialnämndens ordförande om tidsplan daterad 18 november 2022.
- Lex Sarah utredningar med dnr 2022/35-705 (3.1.2- 24565/2022), 2022/36-705 (3.1.2-24571/2022), 2022/51-705 (3.1.2-33423/2022).
- Klagomål dnr 3.4.2-35346/2022, 3.4.2-35347/2022, 3.4.2-35348/2022, 3.4.2-34951/2022.

- E-post från verksamhetsutvecklare daterad 24 november 2022.
- Tjänsteanteckningar dokumentgranskning daterad 24 maj 2022.
- E-post från myndighetschef daterad 21 december 2022.

IVO:s underlag har kommunicerats med socialnämnden i Borgholms kommun i enlighet med 25 § förvaltningslagen (2017:900).

Ytterligare information

IVO genomför en nationell tillsyn av LSS-boenden för vuxna, bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS. Tillsynen ska bidra till att personer med funktionsnedsättningar inte blir utsatta för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder eller andra kränkningar i sitt boende. Tillsynen är avgränsad till gruppboendestäder. IVO genomför tillsynen i de gruppboendestäder där IVO genom ett strukturerat urval har identifierat boenden med hög risk för förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder samt andra kränkningar. Tillsynen omfattar totalt 90 gruppboendestäder i 83 kommuner och pågår under 2022 och 2023.

Vid inspektionen träffade IVO:s inspektörer alla fyra brukarna i boendet men inte den brukare som bor i egen lägenhet utanför gruppboendestaden. Det var inte någon av brukarna som kunde genomföra något självständigt samtal eller uttrycka hur de hade det i boendet.

Vid kommunikeringen och begärt yttrande över klagomål som inkom till IVO har nämnden yttrat sig över ett av klagomålen och redogjort för åtgärder som nämnden genomfört och planerar att vidta. Nämnden har under kommunikeringen också lämnat synpunkter på underlag för beslut och bifogat en av de tre utredningarna enligt lex Sarah som bilaga.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lars Rahm. Inspektörerna Sophie Karlsson och Jeanette Karlsson har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Marina Persson har varit föredragande.



Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen 2022

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över till socialnämnden

Ärendebeskrivning

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen för socialförvaltningen är en redogörelse över det patientsäkerhetsarbete och kvalitetsarbete som bedrivits inom socialförvaltningen under 2022 utifrån PSL, Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 och Svensk författningssamling SOSFS 2011:9 för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt PSL, Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Så länge det går att utläsa de uppgifter som anges i PSL och i SOSFS 2011:9 finns inget hinder för en vårdgivare att upprätta sin kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse i ett och samma dokument.

Beslutsunderlag

Socialnämndens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2022

Dagens sammanträde

Camilla Areskog, verksamhetsutvecklare, och Christina Bengtsson, medicinsk ansvarig sjuksköterska, får i uppdrag att lämna information om antalet avvikelser.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--



Borgholms
kommun

Socialnämnd
Patientsäkerhets- och
kvalitetsberättelse 2022⁵¹

Dnr: 2023/10-700



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning	4
2.1	Verksamhetens omfattning	4
3	Grundläggande förutsättningar för säker vård och en socialtjänst med god kvalitet	5
3.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	5
3.2	Organisation och ansvar	5
3.3	En god säkerhetskultur	7
3.4	Adekvat kunskap och kompetens	7
3.5	Den enskilde som medskapare.....	8
4	Agera för säker vård	9
4.1	Avvikelse	10
4.2	Tillförlitliga och säkra system och processer	12
4.3	Säker vård här och nu	13
4.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	13
4.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	14
5	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	16

1 Sammanfattning

Året har till stor del präglats av utveckling efter att samhället återöppnats efter pandemin. Mycket fokus har dock fortfarande legat på att förhindra smittspridning av covid-19.

Den digitala utvecklingen har haft stor betydelse under året. Ett digitalt signeringssystem har införts där medarbetarna signerar delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser i en app. Även hemmonitorering med sensorer och digitala surfplattor som lånas ut till patienterna i hemsjukvården har införts med möjlighet att bland annat boka videosamtal med läkare.

Olika utbildningssatsningar har genomförts i förvaltningen så som Stjärnmärkt inom demensomsorgen för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet. Andra exempel är utbildning i rehabiliterande förhållningssätt, första hjälpen till psykisk hälsa samt våld i nära relation.

Förbättringsområden är att fortsätta stärka teamsamverkan och den interna samverkan för att stärka kompetensen i komplexa ärenden och att tydliggöra såväl funktioners roll som helhetsansvar. Likaså att öka användandet av nationella kvalitetsregister för att ytterligare utveckla och säkra kvalitén i vården.

En ökning av lex Sarah rapporter kan ses i verksamheterna. Förbättringsområde är att se mönster av avvikelser för att kunna förebygga allvarliga händelser. Under kommande år är det även en utmaning att involvera medarbetare i kvalitetsarbetet.

Laghänvisningar som beskrivs i berättelsen:

- Socialtjänstlagen (2001:453) - SoL,
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS.
- Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall - LVM.
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga - LVU.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) - HSL.
- Patientsäkerhetslagen (2010:659) - PSL.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.

2 Inledning

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen för socialförvaltningen är en redogörelse över patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet som bedrivits inom förvaltningen under 2022 utifrån Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Enligt PSL ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse som ska vara färdigställd senast den 1 mars varje år. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Innehållet i kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Socialförvaltningens patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse för år 2022 upprättas i en samlad rapport.

2.1 Verksamhetens omfattning

Socialförvaltningen ansvarar för att på socialnämndens uppdrag handlägga, besluta och verkställa ärenden enligt SoL, LSS, LVM, LVU och HSL. För verksamheten ansvarar socialchef, som därmed är ansvarig för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Socialförvaltningens verksamhetsområden innefattar:

- individ- och familjeomsorg (IFO)
- integration och arbetsmarknad
- äldreomsorg (ÄO)
- omsorgen om funktionsnedsatta (OFN)
- hälso- och sjukvård (HSV).

3 Grundläggande förutsättningar för säker vård och en socialtjänst med god kvalitet

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

Enligt PSL 3 kap.1 § ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och omsorg uppnås. Socialnämnden är kommunens ansvariga vårdgivare och har en fastställd plan med en beskrivning av vilka åtgärder som avses så att en god vård säkerställs. Det ska även finnas uppföljningsbara mål och en redovisning av hur uppföljningen ska göras. Att kontrollera verksamheten innebär till exempel att fortlöpande granska att uppdrag fullgörs samt att processer och rutiner finns i tillräcklig omfattning och att de efterlevs (prop. 2009/10:210).

Övergripande mål och strategier

Socialförvaltningens övergripande mål är att ge individanpassat stöd, vård och omsorg som genomsyras av god kvalitet. Verksamheten ska bland annat:

- Vara av en god hygienisk standard.
- Tillgodose enskildas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.
- Bygga på respekt för enskildas självbestämmande och integritet.
- Främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Vara lättillgänglig.

Några strategier för att uppnå socialförvaltningens mål:

Nationella kvalitetsregister. Genom att arbeta strukturerat i teamsamverkan kan verksamheter förebygga uppkomsten av vårdskador och öka välbefinnandet hos enskilda.

Dokumentation. Genom att erbjuda utbildningar för medarbetare kan kvaliteten i dokumentation förbättras och den enskildes delaktighet av sin genomförandeplan ökas.

Basala hygienrutiner. Genom att systematiskt arbeta med smittförebyggande insatser och öka kunskapen hos medarbetare, minskas risken för smitta i verksamheterna.

Rapporter. Genom att säkerställa en samlad bild och analys av inkomna rapporter kan förbättringsområden identifieras som tas upp på socialförvaltningens ledningsgrupp för prioriteringar.

Systematiskt kvalitetsarbete. Genom att chefer och medarbetare är involverade i kvalitetsarbetet kan tryggheten för den enskilde stärkas.

3.2 Organisation och ansvar

Socialnämnden är vårdgivare/huvudman.

Socialchefen har det övergripande ansvaret för att verksamheten bedrivs enligt gällande lagar och regler.

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret och svarar för att omsorg

Socialnämnd

kommun@borgholm.se • 0485 – 88 000 •
www.borgholm.se

Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse 2022

Borgholms kommun

och hälso- och sjukvård i Borgholms kommun tillgodoser hög rättssäkerhet/patientsäkerhet, god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Verksamhetschef leder arbetet och ansvarar för att det finns ett ändamålsenligt ledningssystem.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/Medicinskt ansvarig för rehabilitering har tillsammans med verksamhetschefen ansvar för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet.

Verksamhetsutvecklare har en övergripande och strategisk funktion för kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll inom socialtjänstens verksamhetsområde utifrån gällande regelverk.

Enhetschefen ansvarar för att rutiner och riktlinjer som fastställts är väl kända i verksamheten. Enhetschefen ansvarar även för att informera, utbilda och göra medarbetarna delaktiga i kvalitetsarbetet.

Medarbetaren ansvarar för att arbeta utifrån beslutade rutiner, riktlinjer och processer samt att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetaren har också ett ansvar att rapportera brister i verksamheten.

Samverkan för att säkra kvalitet i verksamheten samt för att förebygga vårdskador

Exempel på olika samverkansformer för att förebygga vårdskador:

Samverkan med primärvård. Den kommunala hälso- och sjukvården samverkar med primärvården på olika nivåer, kring gemensamma projekt, processer och rutiner som exempelvis Hemsjukhuset 3.0.

Teamsamverkan. Samverkan mellan olika professioner sker internt kring patienters hälsotillstånd. Arbetet med team har intensifierats under året och är i behov av att utvecklas än mer för att förebygga och förhindra vårdskador.

FBIB. Förebyggande besök innan beslut för medborgare som ansökt om socialtjänstinsats.

Andra samverkansformer för att säkra kvalitén är samverkan mellan socialtjänst, skola, polis och fritid (SSPF). Ökat behov av intern samverkan mellan enheterna inom IFO har identifierats vilket lett till en systematisk och strukturerad samverkansform så att barnets hela situation uppmärksammas.

Informationssäkerhet

Kraven på informationssäkerheten utgår från kommunens och verksamhetens krav på funktion och tillämplighet liksom legala krav, förordningar, föreskrifter, avtal och säkerhetskrav. Socialförvaltningen samverkar med kommunens IT-avdelning kring informationssäkerhet.

I samband med årliga journalgranskningar granskas även loggningsuppgifter för att säkerställa att ingen obehörig tagit del av den enskildes journal. Denna granskning görs i samtliga socialförvaltningens verksamheter där man dokumenterar i verksamhetssystem.

En arbetsgrupp har startats som ska säkerställa att skriftliga rutiner finns för hur förvaltningen arbetar med dataskydd enligt dataskyddsombudets rekommendationer och görs tillgängliga på insidan.

3.3 En god säkerhetskultur

För att minska risken att patienter drabbas av vårdskador, behöver alla i verksamheten, tillsammans med patienten, skapa en långsiktig säkerhetskultur. Genom att systematiskt identifiera, analysera orsaker till avvikelser och vårdskador samt återföra resultaten till medarbetarna, sprids lärandet i organisationen och det riskförebyggande arbetet stärks.

Patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet tas upp i socialförvaltningens ledningsgrupp för att på en strategisk nivå planera och organisera för ökad kvalitet och säkerhet.

Verksamheterna arbetar med olika egenkontroller som cheferna redovisar i kvalitetsledningssystemet. För att ytterligare involvera chefer och medarbetare i arbetet planeras att implementera och sprida kunskap utifrån nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet från hösten 2023.

3.4 Adekvat kunskap och kompetens

Målet är att öka kvalitén i verksamheterna genom att främja lärandet av god kvalitet. Att öka medarbetarnas kompetens genom utbildning är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Nedan följer exempel på utbildningssatsningar som genomförts under året:

Delegeringsutbildning. Inför läkemedels- och insulindelegering går medarbetarna utbildning som ges av sjuksköterskor enligt speciellt program. Förbättringsarbetet har gjorts under året avseende rutiner för vad som gäller kring delegering, utbildningsmaterial samt bokningslistor.

Dokumentation. Fortlöpande utbildningar i dokumentation och genomförandeplan ges till medarbetarna vilket visar positivt resultat i egenkontroll för journalgranskning. All legitimerad personal har gått en dokumentationsutbildning men för att säkerställa den fortsatta kompetensen behövs även fortsatta utbildningar för att arbetet ska bli likvärdigt i verksamheterna. Under året har även utbildning påbörjats gällande Individens behov i centrum (IBIC) och verksamhetssystemet Lifecare. Syftet är bland annat att sätta fokus på den enskildes specifika behov och situation samt att medarbetaren ska få arbetsverktyg att göra genomförandeplaner.

Rehabiliterande förhållningssätt innebär att medarbetarna ska finnas med som stöd i de dagliga aktiviteterna och uppmuntra den enskilde att fortsätta vara aktiv i vardagen. Vid för mycket hjälp kan konsekvensen bli att den enskilde förlorar sina funktioner och färdigheter. Utbildningen vänder sig till samtliga medarbetare och påbörjades hösten 2022.

"Kommunikation". Samtliga medarbetare inom OFN har gått utbildning i alternativa kommunikationssätt så att den enskilde kan göra sig förstådd.

Första hjälpen till psykisk hälsa (MHFA). Utbildning ges fortlöpande till alla medarbetare för att kunna möta och ge första hjälpen till personer med psykisk ohälsa.

Våld i nära relation. Utbildning har getts gällande bedömningsstödet FREDA. Genom bedömningsstödet får medarbetarna stöd i att fråga om och upptäcka våld.

Tredelat föräldraskap. Kompetensutveckling har skett för att samarbetet ska

förbättras mellan föräldrar, socialtjänst samt exempelvis familjehem när ett barn/en ungdom är placerad.

3.5 Den enskilde som medskapare

Vid samordnad individuell plan (SIP) eller vid upprättande av vård- eller rehabiliteringsplan är den enskilde och eventuellt närstående delaktiga. Inför utskrivning från sjukhuset görs oftast en vårdplanering på sjukhuset istället för en SIP i patientens hem. Syftet är att hemgången ska bli så trygg och säker som möjligt och därmed minska risken för återinläggning. Under 2022 var antalet dagar för utskrivningsklara patienter 0,17 vilket är något över målvärdet 0,1. Sammantaget beror det på ökat tryck till korttidsavdelning under hösten.

Vartannat år genomförs en brukarundersökning inom omsorgen för funktionsnedsatta. Efter resultatet av 2020 års undersökning gjordes flera åtgärder. Prioriterade förbättringsområden var att arbeta för att öka enskildas upplevelse av att medarbetarna bryr sig om dem och att förbättra enskildas självbestämmande. I årets resultat kan vi se att sju av åtta enhetsundersökningar ger ett ökat resultat för dessa förbättringsområden. Sammantaget visar årets brukarundersökning på en positiv utveckling och varje enhet arbetar vidare med åtgärder utifrån vad enskilda svarat i undersökningen.

4 Agera för säker vård

Verksamhetens egenkontroll syftar till att systematiskt följa upp och utvärdera verksamhetens resultat och att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Egenkontroller såsom journalgranskning har utförts vid två tillfällen under året och utgör en del av nämndens internkontroll. I samband med journalgranskning utförs loggkontroll för att säkerställa den enskildes integritet.

Journalgranskningen utförs genom att chefer och medarbetare gemensamt granskar slumpvis utvalda journaler. Varje verksamhet använder sig av en framtagna mall med frågor som utgår från gällande lagar och regler. Årets granskning visar att egenkontrollerna för år 2023 behöver förändras med andra frågeställningar som är än mer specifika för varje verksamhet varför nya frågor tagits fram tillsammans med enhetschefer. Granskningen sammanställs i en kvalitetsrapport och tas upp på ledningsnivå för prioritering av åtgärder på kort- och lång sikt.

Journalgranskning inom IFO/Myndighet och Arbetsmarknadsenheten.

Resultatet av granskningen visar att utredningarna till stor del är rättssäkra. De enheter som under året arbetat med att formulera mål och uppdrag som är specifika och mätbara har numer ett förbättrat resultat. Övriga enheter erbjuds stöd i sitt förbättringsarbete så att även de kan tydliggöra vilka insatser den enskilde har behov av. Genom att fortsätta implementera Individens behov i centrum (IBIC) bidrar det till att individuella mål finns vid beslut av insatser inom myndighetssidan.

Journalgranskningen inom OFN. Årets journalgranskning visar att dokumentationen är skriven med respekt för den enskilde. Granskningen visar såväl att det finns hög rättssäkerhet som att dokumentationen är svår att följa och att genomförandeplanerna inte följts upp inom avsatt tid. Åtgärden är att berörda enheter arbetar vidare på APT samt att Lifecare och dokumentationsutbildningar ges till samtlig personal under 2023.

Journalgranskning inom ÄO. Resultatet har förbättrats under hösten avseende enskildas delaktighet i upprättandet av genomförandeplanerna samt att det är lättare att följa insatserna. Förbättringsområden är att göra uppföljning av genomförandeplanerna samt att utse kontaktman i tidigt skede för att kunna påbörja genomförandeplanen inom två veckor.

Mål med insatser behöver utvecklas tillsammans med biståndshandläggare vilket är ett förbättringsområde inom såväl OFN som ÄO vilket ingår som en åtgärd vid implementeringen av IBIC.

Journalgranskning inom HSV. I årets journalgranskning har legitimerad personal involverats i större omfattning. Granskningen visar en klar förbättring så att patienters vårdförlopp lättare kan följas. Förbättringsområde är att tydliggöra dokumentationen så att den blir än mer enhetlig.

Loggkontrollen visade inte på att någon obehörig läst journal.

Riskbedömning/avvikelseanalys. Under hösten 2022 har merparten av verksamheterna även gjort riskbedömningar utifrån de risker som nämnden tagit fram. Riskbedömningar är en del av den interna kontrollen för att förebygga

risker. Verksamheterna har också gjort en analys av inkomna avvikelser. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att såväl analysen av avvikelser som riskbedömningarna visar att arbetet med avvikelser inom myndighetsutövningen behöver förbättras då det är mycket få avvikelser som rapporterats. Riskbedömningarna visar även att vi behöver fortsätta med att fördjupa oss i avvikelser och dess åtgärder.

Basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en del av egenkontrollerna. Under vecka 11-12 utfördes punktprevalensmätning för BHK. Resultat var mycket bra med förbättring av både hygienrutiner och klädregler. Under hösten har flera enheter drabbats av smitta vilket kan bero på ökad smittspridning i samhället och minskad motivation av att följa rutinen vid covid-19, framförallt kan munskydd ge obehag hos användaren. Förbättringsområde är att samtliga verksamheterna även ska utföra hygienronder för att identifiera brister i smittskyddet.

4.1 Avvikelser

Huvudmannen är skyldig att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada eller missförhållande samt dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja dessa. Genom att rapportera avvikelser hanteras händelser enligt fastställda rutiner. Avvikelseerna ingår i det systematiska kvalitetsarbetet och redovisas som egenkontroll i kvalitetsledningssystemet.

Avvikelser under 2022

Avvikelser	Antal	Orsaker
Bemötande	19	Brist i bemötande/självbestämmande
Dokumentation	37	Utebliven/bristfällig, genomförandeplan saknas
Fall	1 070	Upprepade fall vid problematik
Handläggning	17	Felaktig/utebliven/fördröjd
Kommunikation	58	Brist i samverkan/överrapportering
Läkemedel	677	Utebliven/felaktig dos, fel adm./hanterat/förvarat
MTP	4	Felaktig användning/ordination saknas
Organisation	97	Brister i rutiner/bemannning/kompetens
Sekretess	4	Tystnadsplikt bruten/GDPR
Teknik	48	Brist/fel av lås/larm/IT/telefoni
Utförande	308	Utebliven/försenad insats, felaktigt utförd insats
Våld och hot	46	Enskilda mot varandra
Klagomål/ Synpunkter	48	Utförande/verksamhet/kommunikation/miljö
Lex Sarah Rapport	15	Brist i bemötande/utförande, fysiska övergrepp
Extern händelse	33	Färdtjänst/sjukresor KLT, Regionen

Totalt har 2482 avvikelser rapporterats under året vilket är en ökning med cirka 300 jämfört med 2021. Även för 2022 rör det flesta avvikelser fall och läkemedel. Upprepad fallproblematik ska hanteras i teamsamverkan. Avvikelser som avser läkemedelshantering handlar till exempel om utebliven och felaktig dos samt att narkotikaklassade läkemedel har försvunnit. Avvikelser som handlar om utförande

har ökat jämfört med 2021 och kan omfatta biståndsbeslutad insats eller basal omvårdnad som inte utförts som planerat.

Lex Maria

Under året har fem lex Maria utredningar gjorts varav en klassificerats som allvarlig vårdskada och anmälts till IVO. Övriga utredningar skiftar från *ingen vårdskada* till *vårdskada*. Konsekvenser för drabbade bedöms vara fördröjd/utebliven läkemedelsbehandling, att behandling inte utförts korrekt eller känsla av otrygghet. Bakomliggande orsaker handlar främst om brister i samverkan mellan olika professioner och att medarbetarna inte involverats i patienters hälso- och sjukvård i tillräcklig omfattning. Brister ses även vid dokumentation, kommunikation och att rutiner inte följts/är otydliga eller saknas. Beslutade åtgärder är bland annat att förbättra teamsamverkan där rollen som kontaktman ska stärkas samt att tydliggöra chefsansvar för personal under hela dygnet. Andra åtgärder är att öka medarbetarnas kompetens genom handledning och fler delegerade uppgifter samt fortsatta dokumentationsutbildningar.

Uppföljning av tidigare lex Maria anmälningar

Två lex Maria anmälningar 2021 har följts upp. Beslutade åtgärder handlade om att säkra upp antalet patientansvariga sjuksköterskor på vård- och omsorgsboenden, förbättra teamsamverkan, säkerställa medarbetarnas kompetens genom interna utbildningar samt implementera ny rutin vid bäddning med drag- och glidlakan. Resultatet visar att huvudman har ökat sjuksköterskeresurserna på vård- och omsorgsboenden. Ny rutin vid bäddning har implementerats i samtliga verksamheter. Kompetenshöjande insatser ges till medarbetarna inom bland annat dokumentation/genomförandeplan samt rehabiliterande förhållningssätt.

Lex Sarah

Under året har 18 utredningar enligt lex Sarah inletts varav ungefär hälften handlar om brister inom ÅO respektive OFN. En utredning avser IFO. Merparten av utredningarna har sin grund i händelser som handlar om brister i bemötande och i utförande av insatser. Tre av de avslutade utredningarna har bedömts som allvarligt missförhållande och har därmed anmälts till IVO.

Bedömda konsekvenser för enskilda har bland annat handlat om att deras vardag inte är trygg eller förutsägbar. Bakomliggande orsaker till händelserna har främst handlat om brister i den interna samverkan, brister i kompetens samt inom ledning och styrning. Utredningarna har lett till flera åtgärder för att förhindra att händelserna sker igen. Några åtgärder är förbättrad struktur för samordnad planering, nya rutiner och kompetensutveckling.

Analysen visar att rapporteringen har ökat inom i synnerhet OFN men även att det är låg rapportering inom områden som rör myndighetsutövning. Analysen påvisar att rapporterade händelser varierar från de som inte uppfyller kriterierna för lex Sarah emedan andra händelser visar på omfattande brister i kvalitén. Sammantaget visar analysen att rapporteringen är viktigt för att uppmärksamma kvalitetsbrister men det är även av vikt att det sker en kompetenshöjning i vad avvikelser/lex Sarah är.

Uppföljning av lex Sarah utredningar

Under året har sju utredningar, som rör en verksamhet, följts upp en gång per

kvartal. Uppföljningarna visar att merparten av åtgärderna är avslutade eller under arbete samt att det är av vikt att systematiskt följa upp beslutade åtgärder så att de får avsedd effekt.

En annan uppföljning handlar om rapporterade händelser som främst avser en enskild person. Uppföljningen visar att flera åtgärder vidtagits som exempelvis tillsättandet av en enhetschef men uppföljningen visar även på oklarheter kring resultatet av vissa åtgärder. Därefter har ansvarig chef haft dialogmöte med berörd personalgrupp för att diskutera vilka åtgärder som gäller.

4.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

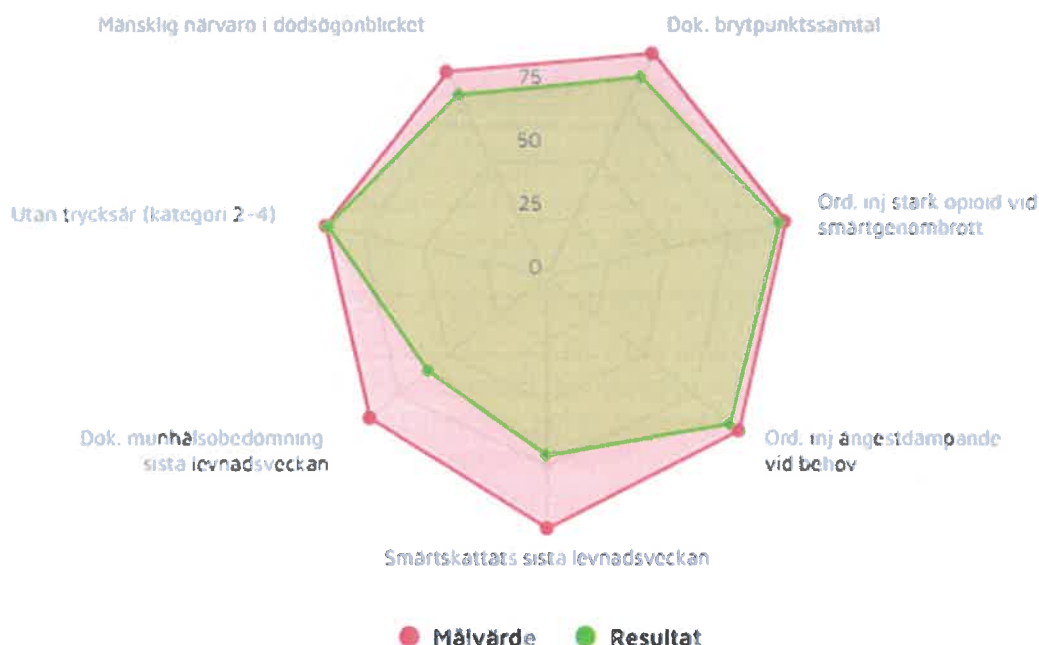
Vårdgivaren ska arbeta för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Här ges exempel på processer och system för att säkra kvaliteten.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och arbetsverktyg för medarbetarna att arbeta förebyggande för att äldre personer inte ska ramla, minska i vikt, få trycksår eller utveckla ohälsa i munnen. Under året har 154 personer registrerats vilket är en minskning mot tidigare år. Antalet registrerade trycksår har ökat från 16 personer 2021 till 21 personer 2022. En ny rutin har skapats för att tydliggöra arbetsgången.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Extern farmaceut har utfört granskning av tre enheter samt gett återkoppling och utbildning i *Säker läkemedelshantering* till sjuksköterskegruppen. Syftet är att minska risken för att patienter drabbas av läkemedelsrelaterade skador.

Stjärnmärkt är en utbildningsmodell med syfte att ge medarbetarna kunskap och verktyg att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. Fyra av sex demensenheter har genomgått utbildningen.

Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos. Diagrammet visar olika parametrar vid palliativ vård. Förbättrat resultat ses av munhälsobedömningar från 50 % 2021 till 60 % 2022 vilket kan bero på ökad kompetens hos medarbetare efter utbildning. Försämrat resultat av utförda och registrerade smärtskattningar från 87,5 % 2021 till 70,8 % 2022.



4.3 Säker vård här och nu

Den kommunala hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation, och förutsättningarna för säkerhet kan förändras snabbt.

Smittskydd mot Covid-19. Samtliga medarbetare arbetar utifrån vårdhygieniska riktlinjer för att förebygga smitta. I det systematiska kvalitetsarbetet utförs egenkontroller så som hygienrund, webbutbildning och punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler. Sjuksköterskor har vaccinerat patienter mot covid-19 enligt Regionens direktiv.

Snabb hemgång för utskrivningsklara patienter. Genom samordnad individuell planering (SIP) eller utskrivningsplanering säkerställer olika professioner att patienterna får en trygg hemgång från sjukhuset. Samverkansmöten har varit en förutsättning för att minska antal återinläggningar samt undvika onödiga inläggningar på sjukhuset.

Nära vård. Hemsjukhuset 3.0 innebär att hemmonitorering med sensorer och digital surfplatta lånas ut till patienterna. Sjuksköterskor i hemsjukvården bevakar inskickade värden och chattfunktion. Det finns möjlighet för patienterna att boka videosamtal med läkare och sjuksköterska. Arbetet påbörjades maj 2022.

Digitalisering. Digital signering av delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser i mobiltelefoner för medarbetare har implementerats i samtliga verksamheter mars 2022.

4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Under året har cheferna deltagit på två chefsforum. Fokus för dagarna har varit det systematiska kvalitetsarbetet och enhetscheferna har också delgett varandra lärande exempel. Cheferna har också deltagit i två workshops om egenkontroller och riskbedömningar för att få stöd i arbetet.

Sammanfattningsvis ser vi att cheferna rapporterat uppgifter i högre grad vilket underlättar för att effektiva åtgärder ska kunna sättas in på en övergripande nivå om flera enheter uppmärksammat samma risker. Cheferna har även involverat medarbetare i högre grad vilket är en förutsättning för att kvalitetsarbetet ska kunna utvecklas.

Klagomål och synpunkter

Huvudmannen är skyldig att hantera klagomål och synpunkter.

IVO har begärt att nämnden ska yttra sig över klagomål som kommit till dem gällande medarbetares bemötande och läkemedelsstölder vid samma verksamhet. I yttrandet framgår att händelserna redan var kända och att utredningar gjorts för att säkra kvalitén. Utredningen gällande bemötande ledde till en anmälan till IVO då bristerna var allvarliga och utredningen gällande läkemedel ledde till flera åtgärder och uppföljning av dem.

En närstående har kontaktat medicinskt ansvarig sjuksköterska och framfört synpunkter på den palliativa vården. Patientens önskemål var att få vårdas i livets slut i det egna hemmet med hjälp av hemsjukvård och hemtjänst men upplevde otrygghet och brister vid framförallt kommunikationen, önskemålet gick därför inte att uppfyllas. Utredningen visade att patienten hade kunnat drabbas av vårdskada och flera utvecklingsområden har identifierats som behöver åtgärdas för att minska risken att det händer igen.

4.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

För att säkra patientsäkerhetsarbetet på lång sikt har olika satsningar gjorts;

- Samverkan med primärvården genom regelbundna möten på olika nivåer för att fortsätta utveckla arbetet med Hemsjukhuset och gemensamma rutiner.
- Ökning av sjuksköterskeresurser på vård- och omsorgsboenden har genomförts för att säkerställa vårdens kvalitet. Under året har även en sjuksköterska gått specialistutbildning i samverkan med fackförbundet.
- Involvera undersköterskorna i arbetet för att stärka vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Flera satsningar har gjorts, bland annat har undersköterskor i verksamheten hospiterat i hemsjukvården för ökad kompetens. Ett utbildningscentrum håller på att tas fram där sjuksköterskor kan utbilda och handleda undersköterskor i praktiska arbetsuppgifter med syfte att öka delegeringen av sjukvårdsuppgifter. Tidigare utbildningssatsning har gjorts där 40 medarbetare utbildar sig till undersköterskor.
- Kompetensförsörjning genom att utveckla teknik i vård och omsorg. Fler digitala hjälpmedel införs i verksamheterna som ett stöd för sjuksköterskorna, till exempel Appva och hemmonitorering.
- Implementera och sprida kunskap utifrån nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet med start under hösten 2023.
- Utveckla ledningsgruppen med olika kompetenser. Syftet är bland annat att synliggöra än mer konsekvenser för enskilda i verksamheten genom god framförhållning i planerings- och prioriteringsbeslut.

Huvudmän som har en riskmedvetenhet och beredskap når dit genom att säkerställa att vårdgivarna

- har strategier för patientsäkerhet som styr och stödjer det lokala arbetet-
- identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt
- stärker sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling
- bedriver en aktiv omvärldsbevakning
- analyserar risker och skapar beredskap för störningar i den fysiska miljön, it-miljön och leveranserna av läkemedel och material
- bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete
- skapar möjlighet för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

För att öka patientsäkerheten och kvaliteten i vård- och omsorgen under år 2023 finns några centrala mål och utmaningar:

Samverkan internt och i team. Förbättringsområde är att fortsätta stärka teamsamverkan och den interna samverkan. Utmaningen är att skapa tid och resurser. Målet är att stärka kompetensen i komplexa ärenden och att tydliggöra såväl funktioners roll som helhetsansvar.

Kvalitetsregister. Genom att öka användandet av nationella kvalitetsregister kan vården utvecklas och kvaliteten säkras. Syftet är att bidra till löpande förbättringar, som göra vården ännu bättre för patienterna. Kommande utmaning är att förstärka teamet roll i arbetet så att olika professioner är engagerade med sin kunskap.

Använda resurser på bästa sätt. Undersköterskor får utbildning och handledning för att utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Målet är att öka kompetensen i vården och göra arbetet som undersköterska mer attraktivt samt frigöra tid för sjuksköterskor att arbeta med avancerad hemsjukvård som inte kan delegeras. Kommande utmaning är att rekrytera personal i tillräcklig omfattning.

God och nära vård. Fortsatt digital utveckling av hemmonitorering för att underlätta kontakt med hälso- och sjukvården. Syftet är att vården bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Målet är att patienter ska känna sig trygga i det egna hemmet och vara delaktiga i sin vård. Fortsatt utmaning är att involvera och utbilda patienter i tekniken.

Fortsätta att utbilda i ett **rehabiliterande förhållningssätt** till samtliga medarbetare för att ta tillvara och bibehålla enskildas egna resurser och förmågor. Målet är att den enskilda ska bibehålla sin förmåga att leva så självständigt som möjligt. Utmaning att implementera till ett arbetssätt.

Dokumentation. Fortsatt kompetensutveckling för medarbetarna genom fortlöpande dokumentationsutbildningar samt stöd, information och återkoppling av enhetschef. Målet är ökad rättssäkerhet och ökad delaktighet för den enskilde. Utmaningen är att implementeringen av ett nytt verksamhetssystem tar tid.

Systematiskt kvalitetsarbete. Förbättra arbetssättet inom området avvikelser och egenkontroller/riskbedömningar. Avvikelser kan hanteras på ett än mer fördjupat sätt. Målet är att signaler och mönster fångas upp i ett tidigt skede så att åtgärder kan sättas in. Egenkontrollerna/riskbedömningarna behöver än mer spegla vilka åtgärder som ska sättas in. Målet är att brister/risker följs upp och inte tappas bort. Utmaningen är att kvalitetsarbetet ska få utrymme i vardagen och att medarbetare involveras.

Systematisk uppföljning. Inom IFO är en utmaning att följa upp kvalitén på det arbete som utförs varför en systematisk uppföljning på individnivå kommer ske under 2023. Målet är att se över om vi gör rätt saker. I dagsläget finns ingen utmaning inom detta.

Introduktion av nya medarbetare. En omställning sker från central introduktion till webbaserad utbildningsprogram i samband med praktisk träning på arbetsplatsen. Målet är att säkerställa baskravet på kompetens hos nya medarbetare.



§ 11

Avvikelserapport, fysiskt övergrepp

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

Lex Sarah rapport registreras den 22 december 2022 angående fysiskt övergrepp vid en verksamhet inom äldreomsorgen.

I rapporten framgår det sammanfattningsvis att en enskild varit aggressiv mot andra som bor på boendet. Händelsen skedde den 18 december 2022.

De omedelbara åtgärder som vidtagits handlar främst om att personal från annan enhet kom och hjälpte till att avleda och lugna.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--



§ 12

Avvikelserapport, psykiskt övergrepp

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att godkänna informationen och lämna över till socialnämnden.

Ärendebeskrivning

Lex Sarah rapport registreras den 23 december 2022 angående psykiskt övergrepp vid en verksamhet inom äldreomsorgen.

I rapporten framgår det sammanfattningsvis att en enskild varit orolig och bankat på en dörr till en annan person som bor på boendet under cirka en timmes tid. Av rapporten framgår det även att det förekommit fysiskt bråk mellan enskilda. Händelsen skedde den 22 december 2022.

De omedelbara åtgärder som vidtagits handlar främst om att personal från annan enhet kom och hjälpte till att avleda och lugna.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--



Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre, beslut från Inspektionen för vård och omsorg.

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden

att godkänna informationen samt

Att ge Maria Svanborg, Verksamhetschef ÄO och HSV, i uppdrag att svara Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Ärendebeskrivning

IVO (Inspektionen för vård och omsorg) har påbörjat en nationell tillsyn gällande medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Syftet med tillsynen är att de äldres vård på särskilda boenden blir god och säker. En rapport har inkommit som är en delredovisning av tillsynen. Brister har konstaterats och omfattar bland annat svag följsamhet till regler vid vård i livets slutskede, avsaknad av medicinska bedömningar, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation.

Under hösten 2022 fortsätter en fördjupad tillsyn med inspektioner där kommunens resultat återkopplas som grund för lärande och förbättringsarbete.

Beslutsunderlag

Rapport från IVO, Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre.

Resultatredovisning per område

Vård i livets slutskede

Av granskningen framgår att brytpunktsamtal inte genomförs eller att dokumentation saknas, upplevd otrygghet, avsaknad av läkarkontakter samt att omsorgstagarna kan få avlida ensam.

I Borgholm finns rutiner för att brytsamtal ska göras och hur de ska dokumenteras. Samverkan med Hälsocentralen är god och patientansvarig läkare besöker SÄBO regelbundet samt konsulteras vid behov. Rutin finns både för hur sköterskan planerar vak hos omsorgstagaren vid livets slutskede samt för hur efterlevnadsamtal med närstående ska utföras. Genom data från palliativa registret kan det utläsas att 81 % har fått ett brytpunktssamtal.

Utvecklingsområde:

- I journalen använder verksamheten KVÅ koder för de insatser sköterskorna utför med syfte att kunna följa dokumenterade insatser. Nu har det tillkommit en KVÅ kod för brytpunktsamtal samt ordination av extra vak, för att kunna följa upp följsamheten till framtagna rutiner.
- Gemensam rutin mellan Hälsocentralen och kommunen gällande vård i livets slutskede är påbörjad. I rutinen ska det framgå vem som initierar till brytpunktsamtalet, att både kommun samt region ska delta vid brytpunktsamtalet samt hur närståendes delaktighet ska beaktas.

Läkemedel

Av granskningen framgår att det finns brister kopplade till läkemedelshanteringen, avsaknad av dokumenterade läkemedelsgenomgångar och att många omsorgstagare har läkemedel som bör undvikas av äldre.

Kommunen har goda rutiner för hur delegering av läkemedelshantering ska ske. Alla medarbetare ska genomföra en webbaserad läkemedelsutbildning årligen inför delegering. Baspersonal får den delegering som den enskilde individen har kompetens för. Kommunen delegerar dock inte iordningställande av dosetter eller injektioner. Ansvar för läkemedelsgenomgången ligger hos patientansvarig läkare men initieras vanligtvis av sjuksköterskan. Läkemedelsgång ska ske årligen och rutiner finns men följsamheten brister på en del enheter. I och med brister gällande läkemedelsgångar har det skett en ökning av olämpliga läkemedel hos omsorgstagarna.

Utvecklingsområde:

- Ökning av antal patientansvariga sjuksköterskor på särskild boende har skett. Från och med september månad har alla boenden en egen patientansvarig sköterska som sitter på eller i närheten av enheten.
- KVÅ kod för insatsen läkemedelsgång har tillkommit i journalsystemet för att kunna följa upp följsamheten till framtagna rutiner. Följsamheten kontrolleras vid egenkontrollen två gånger per år.

Resultat och bedömning

Rapporten påvisar brister gällande språkkompetens samt dokumenterad läkarkonsultation.

För närvarande råder brist på yrkesutbildad personal inom vård och omsorg om äldre personer. Det påverkar att rekrytering av medarbetare med svaga språkkunskaper förekommer. Utbildningssatsningar har gjort gällande hur bedömningar görs och när man ska kontakta sjuksköterska. Då antalet sjuksköterskor har ökat på särskilt boende har antalet omsorgstagare de ansvarar för minskat. Samverkan med Hälsocentralen är god och patientansvarig läkare besöker SÄBO regelbundet samt konsulteras vid behov.

Kontinuitet och dokumentation

Av granskningen framgår avsaknad av dokumenterade vårdplaner, bristande tillgång till primärvårdens journaler samt avsaknad av KVÅ koder.

Alla omsorgstagare inom kommunens särskilda boenden har en individuell vårdplan. Då kommunen även har tillgång till Regionens journalsystem, Cosmic, ser sköterskan även

--	--	--	--	--

primärvårdens journaler. Dokumentationskoder KVA, återfinns i samtliga journaler i Borgholms kommun.

71

Djupare analys samt åtgärder kommer när den fördjupade tillsynen är klar och kommunens resultat återkopplats från IVO.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--

Borgholms kommun
Socialnämnd
Box 52
387 21 BORGHOLM

Vårdgivare och huvudman

Borgholms kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Socialnämnden i Borgholms kommun (nämnden).

I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede

Beslut

IVO konstaterar följande brister:

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras och brytpunktsamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- de åtgärder som vidtagits eller planeras för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat,
- uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer att genomföras,
- samt hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 31 mars 2023**.

Om bristerna inte avhjälpas eller om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite.

Skälen för beslutet

Nedan kommer IVO under varje bristpunkt att redovisa myndighetens bedömning av den medicinska vården och behandlingen på SÄBO i Borgholms kommun.

Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

IVO:s tillsyn visar att den personal som gör individuella medicinska bedömningar på SÄBO i Borgholms kommun inte alltid har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och inte behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att den bristande kompetensnivån och bristerna i svenska språket utgör en patientsäkerhetsrisk och medför att kommunen inte säkerställer att kraven på en god vård uppfylls.

IVO konstaterar vidare att många livsavgörande bedömningar av patienter på SÄBO görs av den personal som har den lägsta utbildningsnivån. Det framkommer att sjuksköterskorna under jourtid oftast saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när detta skulle behövas för att uppnå god vård. Sjuksköterskorna saknar dessutom ofta möjlighet att ge vård- och omsorgspersonalen stöd i den omfattning som krävs.

Bristerna innebär att den personal som är närmast patienten inte alltid har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. I SÄBO har många patienter allvarliga sjukdomar eller befinner sig i livets slutskede, och det är då viktigt att vård- och omsorgspersonalen t.ex. förstår vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att tillkalla sjuksköterska.

IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att vård- och omsorgspersonal har otillräckliga kunskaper i svenska språket. Språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt är en förutsättning för patientsäkerheten. Det finns också en risk att information mellan olika yrkeskategorier missuppfattas eller förvanskas. Detta är förstås särskilt allvarligt när det gäller personal med delegering att ge läkemedel till patienter.

IVO vill påtala att det är den enskilda arbetsgivaren som måste ställa krav vid rekrytering utifrån verksamhetens behov av kvalitet och kompetens.

IVO konstaterar av underlaget att tillgång till läkare och läkarkonsultation ibland är otillräcklig. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att

enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO påtalar att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Ledningen har uppgett att man inte utövar någon egenkontroll eller uppföljning av hur läkarkonsultationerna fungerar. Detta är enligt IVO en brist då kommunen i egenskap av vårdgivare enligt PSL ska kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Borgholm	Kalmar*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	75%	60%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	0%	33%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	0%	22%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	0%	48%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	78%	93%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	78%	73%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att det finns några bland vård- och omsorgspersonalen på SÄBO som är duktiga, men det finns flera som brister i kompetens och inte har någon utbildning inom hälso- och sjukvård. De märker att personalen inte alltid kontaktar sjuksköterskorna när en patient mår dåligt. Personalen har inte kompetens att bedöma en patients hälsotillstånd vilket kan leda till att

man missar det viktiga och ringer om fel saker. Till exempel ringde personalen flera gånger om en röd tå men när sjuksköterskan kom hade patienten svårt att andas. Sjuksköterskorna framförde att de skulle behöva stötta och handleda personalen, som i basal omvårdnad och hygienrutiner.

Vidare framkom att en del av personalen inte har tillräckliga kunskaper i svenska språket. Sjuksköterskorna anser att det ibland är svårt att förstå personalen via telefon. Enligt sjuksköterskorna finns inga kunskaps- eller språkkrav för anställning i kommunen.

Sjuksköterskorna anser att bemanningen av sjuksköterskor är planerad utifrån att det är lugnt men vanligtvis är det inte det. Under dagtid finns förutsättningar för sjuksköterskorna att besöka och bedöma patienternas hälsotillstånd men de får prioritera. Är någon patient dålig eller palliativ så prioriterar de det. Om sjuksköterskorna inte har möjlighet att besöka patienten får personalen på SÄBO ringa efter ambulans. Jourtid har sjuksköterskorna svårt att räkna till eftersom de täcker ett stort geografiskt område med flera svårt sjuka patienter. Det är inte ovanligt att man skjuter på arbetsuppgifter/bedömningar till nästa arbetspass. På helgerna finns flera planerade insatser och då är det ännu svårare att hinna besöka och bedöma patientens hälsotillstånd. Sjuksköterskorna utgår ifrån och prioriterar vilka patienter de ska besöka utifrån den information som de får av personalen.

Sjuksköterskorna har tillgång till läkare när det finns behov av det, men det kan ta tid innan de får svar och det kan försvåra för dem vid planering av deras arbete. Det kan även hända att jouren inte ringer tillbaka. Sjuksköterskorna tycker inte att den totala läkartiden är tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov.

Patienter

Vid samtal med några patienter framkom att de flesta får hjälp av personalen på SÄBO när de behöver det, men det finns skillnader mellan avdelningarna, någon säger att personalen kommer som ett skott och någon får vänta minst en halvtimme innan de kommer. Patienterna kan oftast förstå och göra sig förstådda med personalen men uppgav att i somras var det mycket svårt. En övervägande del av patienterna framförde att de inte vet om de får träffa en läkare om de skulle ha behov av det.

Ledning

Vid mötet med representanter för kommunens ledning framkom att de är medvetna om att det finns vård- och omsorgspersonal som har bristande kompetens i hälso- och sjukvård samt i svenska språket. Ledningen anser att en viktig arbetsuppgift för sjuksköterskorna att handleda vård- och omsorgspersonalen. Det finns kompetens bland omsorgspersonalen och det är viktigt att de får använda sin kunskap. Det finns en sjuksköterska på ett SÄBO som arbetar omfattande med handledning och att instruera personal vilket bidrar till att stärka deras kompetens. Ledningen vill utöka detta så att sjuksköterskor ska ha möjlighet att handleda personalen inom flera enheter för att öka kompetensen.

Vidare framförde ledningen att 41 personer har gått Äldreomsorgslyftet och det är viktigt att det finns resurser för fortsatt utbildning. Vad gäller kompetenskrav på personal är målvärdet att 80 % ska vara utbildade undersköterskor, det målet når man inte i hela verksamheten. Enligt ledningen ställs ett språkrav på Svenska D, men de har upptäckt att lärarna som satt detta betyg har haft olika höga krav. All ny personal går interna utbildningar och klarar man inte dessa blir man inte aktuell för delegering.

När IVO efterfrågade om ledningen anser att patienterna får en individuell bedömning av personal med rätt kompetens så svarade ledningen nej. Genom tvärprofessionellt team ökar dock chansen för att få en samlad bild av patienten. De har lyft på möte att kontaktpersonen ska vara med på läkarkonsultation och vårdplanering.

Ledningen berättade att sjuksköterskorna har haft en hög arbetsbelastning, något som varit speciellt tydligt under sommarmånaderna. De har därför ökat upp antalet anställda sjuksköterskor på SÄBO under de senaste åren. De ökade även upp antalet patientansvariga sjuksköterskor (PAS) i september 2022. Målet är att det ska finnas en PAS på varje enhet och att deras arbetsuppgifter ska kunna skötas dagtid måndag till fredag. I de fall som sjuksköterskorna behöver täcka upp för varandra ska det bara vara på grannheterna och inte inom hemsjukvården. På grund av sjukdom och sommarbemanning har man inte fullt ut kommit igång med de nya strukturerna och arbetssätten.

Ledningen har haft möte med sjuksköterskorna för att sätta formerna för hur man ska arbeta framöver. Ledarskapet har tydliggjorts och man har rekryterat en chef som enbart ska ha ledarskap som sin uppgift. De har märkt att sjuksköterskorna har tagit ett stort ansvar utanför sina kärnuppgifter och andra arbetsuppgifter har stulit mycket resurser från dem. Genom att tydliggöra strukturer räknar man med att frigöra tid för sjuksköterskorna. Ledningen har även genomfört en tidmätning för att se hur man ska kunna effektivisera sjuksköterskornas arbetsuppgifter. Man misstänker att sjuksköterskorna har arbetsuppgifter som t.ex. administrativ personal skulle kunna utföra för att underlätta arbetet för sjuksköterskorna.

Ledningen berättar att de har en fungerande, regelbunden samverkan med primärvården sedan flera år med möte en gång/månad. Det finns en stabil läkarbemanning i Borgholm. Inom samverkan med regionen arbetar de med att bygga nya processer, bland annat digitala konsultationer. De har ännu inte kommit igång med detta inom alla verksamheter.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och

sjukvårdspersonalen. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet.

Enligt 6 kap. 1 § PL ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Till stöd för tillämpningen av bestämmelsen om lämplig utbildning och erfarenhet finns Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha

- kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer och hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
- förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
- förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.
- förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

Av 16 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen för att de ska kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård. Regionerna ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionerna inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen.

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i Borgholms kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det till viss del inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO konstaterar att det för flera patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk. Vidare finner IVO att vårdgivaren brister i sitt systematiska förbättringsarbete beträffande egenkontroll av dokumentation vilket krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

IVO konstaterar även att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till dokumentationsbrister som påverkar patienter i hög grad eller måttlig grad. En relevant och aktuell dokumentation är av stor betydelse för att bidra till en god och säker vård av patienten. Ju

fler som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för vård och behandling. IVO anser också att den som arbetar patientnära ska ha tillgång till den information som krävs för en god och säker vård.

IVO anser att patienter på SÄBO ska ha vårdplaner som utgår från deras aktuella tillstånd och behov. En förutsättning för god och säker vård är att information finns tillgänglig för den vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsinsatserna. I vårdplanen ska behovet av vård och behandling för patienten på kort och lång sikt beskrivas och det ska anges vem av huvudmännen (i de fall det är nödvändigt) som ska vidta åtgärderna och vem som har det övergripande ansvaret för planen. IVO är medveten om att vårdplaner kan vara dokumenterade i andra journaler än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler som granskats. Sjuksköterskorna uppger att de inte alltid hittar information i dokumentationen, vilket innebär risker för patientsäkerheten eftersom insatser riskerar att försenas eller inte kunna utföras.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland sjuksköterskor samt bland vård- och omsorgspersonalen, vilket inte främjar god vård. Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa otrygghet, leda till bristfällig vård och medföra ökade risker för patienten. IVO menar att bristande personalkontinuitet, med personal som inte sedan tidigare känner patienten, i kombination med bristande dokumentation utgör en riskfaktor för patientsäkerheten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus alternativt inte får tillgång till nödvändig sjukhusvård. Detta riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Borgholm	Kalmar*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	83%	60%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	-	62%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	61%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			

Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	22%	53%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	0%	1%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid IVO:s intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att kontinuiteten bland vård- och omsorgspersonalen inte är bra och under sommaren har det varit ännu sämre. På något boende får personalen gå runt på olika avdelningar beroende på var det fattas personal. All personal ska kunna arbeta överallt vilket är dåligt för patienterna och särskilt de dementa.

Kontinuiteten gällande sjuksköterskorna på dagtid är ganska dålig men mycket sämre på jourtid. Sjuksköterskorna framförde att bemanningen av sjuksköterskor är undermålig och de upplever att de inte klarar av att upprätthålla patientsäkerheten. Sjuksköterskorna får rycka ut och göra punktinsatser bland annat till hemsjukvården när de täcker för varandra fast det inte finns utrymme för det. De arbetar som PAS men på grund av arbetstiden (kväll/helg/deltid) hinner de inte fullgöra sitt patientansvar. Vissa sjuksköterskor väljer att arbeta själv på kvällen för att inte ta arbetskraft från dagen.

Vidare framkom att dokumentationen inte är tillräcklig för att uppnå patientsäker vård. Enligt sjuksköterskorna har alla patienter en strukturerad dokumentation i form av vårdplaner för vissa men inte alla hälsoproblem. Dokumentationen följer inte omvårdnadsprocessen eftersom det saknas delar. Sjuksköterskorna har svårt att hinna följa upp och utvärdera åtgärder. I somras fick de en justering över vilka sökord de ska använda och det har blivit något bättre, men det är fortfarande svårt att hitta i dokumentationen när de inte känner patienten. Sjuksköterskorna anser att det är svårt att få en sammanfattad bild av patienten och den planerade vården, beroende på innehåll men även hur systemet är strukturerat. Vidare berättade sjuksköterskorna om en checklista/prioriteringslista som de ska använda på sommaren när de är få sjuksköterskor men som har blivit en daglig vägledning för prioritering av arbetet. På checklistan står dokumentation sist vilket innebär att de prioriterar bort dokumentationen. Sjuksköterskorna anser att kommunen har många rutiner som inte följs. Nyligen kom en ny rutin om att de ska läsa dokumentation enligt socialtjänstlagen varje vecka men på grund av tidsbrist gör de inte det.

Patienter

Vid samtal med patienterna uppgav samtliga att kontinuiteten hos vård- och omsorgspersonalen är ganska dålig. Det är ofta ny personal, särskilt i somras, men de upplever att det kommer olika personal varje morgon även nu. Någon uttryckte att det är jobbigt att lära känna ny personal.

Vidare framkom att ingen patient hade varit delaktig eller kände till om det fanns en planering för deras vård och behandling. En patient hade hjälp med såromläggning och berättade att all personal tyvärr inte gör lika vid omläggningen.

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att kontinuiteten för vård- och omsorgspersonalen samt sjuksköterskorna inte har varit bra. De har bedömt att det nya arbetssättet med patientansvarig sjuksköterska som arbetar måndag – fredag kommer att stärka kontinuiteten.

Ledningen har genom journalgranskning sett att sjuksköterskorna dokumenterar olika. Sökord användes på olika sätt och det mesta skrevs under daganteckningar istället för att följa omvårdnadsprocessen. Ledningen har därför arbetat med dokumentationen och valt att ”släcka ner” daganteckningarna. De har skapat en ny manual för dokumentation och har utbildat sjuksköterskorna dokumentation för att det ska bli enhetligt. För att ytterligare stärka helhetsbilden av patienten har sjuksköterskorna även fått tillgång till den sociala dokumentationen.

I samband med framtagande av nya riktlinjer för dokumentation har vård- och omsorgspersonalen fått läsbehörighet till fler sökord och börjat dokumentera utförda insatser i hälso- och sjukvårdsjournalen. Ledningen har även riktat utbildningsinsatser i dokumentation för att stärka vård- och omsorgspersonalens kompetens och språkkunskap. Man har också haft utbildningsinsatser för att öka kunskapen i att använda datorer.

Vidare framförde ledningen att man genomför journalgranskning tillsammans med personal och de har konstaterat att dokumentationen har blivit bättre. Det finns dock fortfarande förbättringsområden. Enligt medicinskt ansvarig sjuksköterska granskas fyra journaler per månad men de ska kanske minska antalet och fokusera på kvalitet istället för kvantitet. Dokumentation och kvalitetsarbete följs upp regelbundet med tertiärrapportering till nämnden.

Tillämpliga bestämmelser

Bristande dokumentation

Enligt 3 kap. 1–2 §§ patientdatalagen (2008:355), PDL, ska en patientjournal föras när en patient får vård, och syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Enligt 6 § samma kapitel ska journalen innehålla de uppgifter som behövs för

en god och säker vård av patienten, däribland ställd diagnos och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt om patienten har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den som är behörig att ta del av uppgifterna. Enligt 5 § samma kapitel ska vårdgivaren säkerställa att patientjournalen i förekommande fall innehåller bl.a. följande uppgifter. Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden och resultatet av dessa åtgärder, ordinationer och ordinationsorsak samt vårdplanering.

Av 3 kap. 2 § första punkten HSLF-FS 2016:40 framgår att vårdgivaren genom ledningssystemet ska säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet).

Bristande personalkontinuitet

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i Borgholms kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristerna avser delegering och läkemedelsgenomgång och dessa brister medför en patientsäkerhetsrisk.

Delegering

IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt. Detta utgör enligt IVO en brist. Vid inspektionen framkom bland annat att det finns många läkemedelsavvikelser i verksamheten och att sjuksköterskorna sällan har förutsättningar att ge stöd och handledning till delegerad personal.

Läkemedelsgenomgång

IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med regionen medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas.

IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. IVO anser att det är av vikt att läkemedelsgenomgångar finns dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen även om huvudansvaret för läkemedelsgenomgång åligger regionen som huvudman. Vid inspektionen framkom att läkemedelsgenomgångar genomförs nästan alltid men det framkom inte att huvudmannen följer upp och säkerställer att samtliga patienter erbjuds detta årligen.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Borgholm	Kalmar*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	33%	45%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	17%	41%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	21%	16%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	33%	62%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	33%	39%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	89%	44%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	0%	21%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att de endast ibland har förutsättningar för att delegera enligt delegeringsföreskriften. Det finns inte tid att delegera tryggt och säkert.

Vid delegering följer de en rutin där det framgår att delegeringarna ska följas upp efter tre månader men de har inte möjlighet att göra det. Sjuksköterskorna uppgav att de skulle behöva dra in flera delegeringar då de sällan har förutsättningar att ge stöd och handledning till delegerad personal.

Vidare framkom att det finns många avvikelser gällande läkemedel. Kommunen har infört ett digitalt signeringssystem men sjuksköterskorna tycker inte att det har hjälpt. De gav exempel på att personal bland annat har gett fel läkemedel och satt plåster fel samt att personalen inte kontrollerar mot läkemedelslistan utan ger tabletterna av slentrian vilket har medfört att de glömt ge läkemedel delade i dosett.

Enligt sjuksköterskorna medverkar de till att läkemedelsgenomgång sker med läkare. Det ska genomföras årligen och det görs nästan alltid. Anhöriga bjuds in att delta samt kontaktpersonen eller annan vård- och omsorgspersonal. Vid samtalet diskuterar de även vårdnivå.

Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att endast en patient hade diskuterat sin läkemedelsbehandling med läkare det senaste året. En annan patient hade inte träffat någon läkare och ytterligare en annan patient framförde att hen endast talar med sjuksköterskan om sina mediciner. Samtliga patienter var trygga med att få rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

Ledning

Vid dialogmötet med representanter för kommunens ledning framkom att de har genomfört en förändring gällande delegering och de tror att sjuksköterskorna ännu inte har uppfattat resultatet av detta. De har uppdaterat rutinen och delegeringsutbildningen ska nu göras centralt. Enligt ledningen är det två sjuksköterskor som ansvarar för att delegera arbetsuppgifter till all ny vård- och omsorgspersonal. Den sjuksköterska som har patientansvar för enheten där personalen arbetar får sedan återkoppling och ansvar för att följa upp delegeringen.

När det gäller läkemedelsavvikelser så har ledningen sett en bristande följsamhet till rutinerna bland vård- och omsorgspersonalen. De har därför förtydligat gällande rutiner och anpassat arbetssättet utifrån personalens skiftande förutsättningar och kompetens. De har sett en nedgång i rapporterade avvikelser sedan de införde digitalt signeringssystem och de får nu snabbare kännedom om personalen exempelvis missar att ge en dos.

Vidare framkom att vård- och omsorgspersonalen måste vara utbildad undersköterska för att få delegering på subkutana injektioner. Delegeringen gäller för samtliga subkutana injektioner utan skillnad för vilket läkemedel som ska injiceras, det kan vara insulin eller palliativa läkemedel.

När det gäller läkemedelsgenomgång bekräftar ledningen att sjuksköterskorna medverkar till att de genomförs och att de försöker motivera anhöriga att medverka speciellt om patienten har en begynnande demens.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Delegering

Enligt 6 kap. 3 § PSL får delegering av arbetsuppgifter ske endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård och den som delegerar ansvarar för att den som får delegationen har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår bl.a. att den som delegerar en uppgift ska klargöra för den som tar emot den vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Om den som tar emot en delegering inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för uppgiften får uppgiften inte delegeras.

Läkemedelsgenomgång

Enligt 11 kap. 3–4 §§ HSLF-FS 2017:37 ska vårdgivaren erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid inflyttning på bl.a. SÄBO. Samma patienter ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under boendet. Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enklare läkemedelsgenomgång.

Av 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om utredande åtgärder samt bakgrunden till dessa (punkten 2) och andra sammanfattningar av genomförd vård (punkten 5).

Personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras och brytpunktsamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Borgholms kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal¹ genomförts när vården övergår i livets slutskede. Vid inspektionen framkom att sjuksköterskorna gör olika och att samtliga patienter inte erbjuds ett brytpunktssamtal. IVO anser att dessa brister kan medföra att patienten inte får god vård och att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte har tillgång till information om hur vården ska genomföras.

För att uppnå en god och säker vård ska patienten och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Samtalet, som förs med läkare, är centralt för att patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede, och därför är dokumentationen viktig. Att brytpunktsamtal inte dokumenteras utesluter inte att de genomförts men bara inte dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att inget samtal har genomförts. Oavsett vilket så riskerar effekten att bli densamma för patienten, nämligen att personalen saknar information om hur vården i livets slutskede ska genomföras.

IVO konstaterar att flertal sjuksköterskor påbörjar läkemedelsbehandling vid livets slutskede utan att först informera och på nytt ta kontakt med läkare för ett nytt ställningstagande. IVO menar att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare, i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlätas endast i undantagsfall.

IVO:s tillsyn visar även att undersköterskor får delegering på att ge palliativa injektioner till patienter i livets slutskede. Då läkemedel som ges vid palliativ vård ofta är väldigt potenta läkemedel anser IVO att det finns skäl att noggrant följa upp det arbetssättet för att säkerställa att det är förenligt med en god och säker vård av patienten.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

¹ Samtal som ska dokumenteras enligt 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

Nyckeltal	Borgholm	Kalmar*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	88%	73%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	33%	30%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	91%	67%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	11%	26%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	11%	6%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att de har ett arbetssätt så att patient och närstående förstår att vården har övergått till vård i livets slutskede. Palliativ vård prioriteras men hanteras på olika sätt av sjuksköterskor på olika SÄBO. På något boende diskuterar sjuksköterskan med läkare om vårdnivå och palliativ vård redan när patienten flyttar in och på något annat boende kan det vara sjuksköterskan som tar första kontakten med anhöriga.

Enligt sjuksköterskorna sker inte ett brytpunktssamtal tillsammans med läkare för samtliga patienter. Om det inte finns palliativ beslut tar sjuksköterskan kontakt med läkare men det kan hända att sjuksköterskan ringer och informerar anhöriga om att patienten har blivit sämre. När brytpunktssamtal har skett dokumenterar läkaren patientens önskemål om vården. Det framgår alltid av patientens kommunala hälso- och sjukvårdsjournal att vården har övergått till vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna drar ut dokumentation och sätter i patientens läkemedelspärm så att all personal kan läsa.

Vidare framkom att läkare kan ordinera palliativa läkemedel i samband med att patienten inkluderas i palliativ vård. Detta kan ske 1-2 år innan det blir aktuellt med läkemedlen. Ibland påbörjar sjuksköterskorna att ge dessa injektioner utan att först kontakta läkare även om det har gått lång tid sedan ordinationen. Men oftast har de kontakt med läkare i anslutning till medicineringen.

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att brytpunktsamtal ska ske men att det har funnits otydligheter kring detta. De har därför strukturerat upp den palliativa vården. Ledningen framförde att det måste vara tydligt för anhöriga när vården går in i ett palliativt skede. Ledningen reflekterade kring att sjuksköterskorna gör olika och anser att det är viktigt att processerna följs och att brytpunktssamtalet genomförs korrekt samt dokumenteras.

Ledningen har sett att det har funnits brister i samverkan med regionen kring den palliativa vården. Primärvården har inte haft kunskap om vilka rutiner kommunen har haft kring palliativ vård och de behövde förbättra strukturen. De har därför skapat en gemensam portal med primärvården för att stärka samverkan i den palliativa vården.

Vidare framkom att ledningen kände till att patienter får palliativa läkemedel som finns ordinerade om de snabbt försämrats och går in i livets slutskede. De framförde dock att sjuksköterskorna vanligtvis först ska ta ny kontakt med läkare för bedömning.

Vidare framkom att omvårdnadspersonal som sitter vak hos en palliativ patient får ge palliativa injektioner om de har delegering för detta. Först kontaktar de sjuksköterskan via telefon för att få ordinationen bekräftad och sen kan de ge en uppdragen injektion för att patienten ska få så snabb symtomlindring som möjligt. Enligt ledningen är det erfaren personalen som sitter vak och som kan bedöma patientens behov av smärtlindring.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt 5 kap. 1 och 3 §§ PL ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående.

Enligt 3 kap. 1 och 6 §§ PL ska patienten få anpassad information utifrån sina individuella förutsättningar. Informationen ska bl.a. innehålla uppgifter om hälsotillstånd, metoder för vård och behandling samt förväntat vård- och behandlingsförlopp. Enligt 4 § samma kapitel ska informationen, om den inte kan lämnas till patienten, istället såvitt möjligt lämnas till en närstående.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten enligt 4 § samma kapitel fastställa målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten enligt 3 kap. 2 § i föreskriften rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare. Den fasta vårdkontakten ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten, vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information, vilket framgår av 3 kap. 3 § i föreskriften.

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2011:7 framgår att om en patient ger uttryck för att en livsuppehållande behandling inte ska inledas eller inte ska fortsätta, ska den fasta vårdkontakten före ställningstagandet till patientens önskemål försäkra sig om att patienten och närstående har fått individuellt anpassad information i enlighet med 3 kap. PL. Den fasta vårdkontakten ska även göra en bedömning av patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten

1. förstår informationen,
2. kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter,
3. har haft tillräckligt med tid för sina överväganden, och
4. står fast vid sin inställning.

I propositionen 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, anges att vård i livets slutskede omfattas av prioritet 1 enligt den etiska plattformen.

Bakgrund och övergripande slutsatser av den nationella tillsynen

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under 2022–2023 genomför nu myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården

på SÄBO hos alla Sveriges kommuner. Tillsynen innefattar en granskning av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, enkäter till sjuksköterskor och patienter samt inspektioner på plats i kommuner. Inspektionerna omfattar intervjuer med patienter, sjuksköterskor och personer i ledande befattning. Den omfattande granskningen av journaler tillsammans med enkäterna och inspektionen möjliggör för IVO att dra generella slutsatser om hur kommunerna ger förutsättningar för god vård. Syftet med den fördjupade granskningen är att bidra till att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt de bestämmelser som reglerar området och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att vården blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Det nationella tillsynsresultatet visar att det finns stora brister inom medicinsk vård och behandling på SÄBO. Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad av reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation.

Underlag

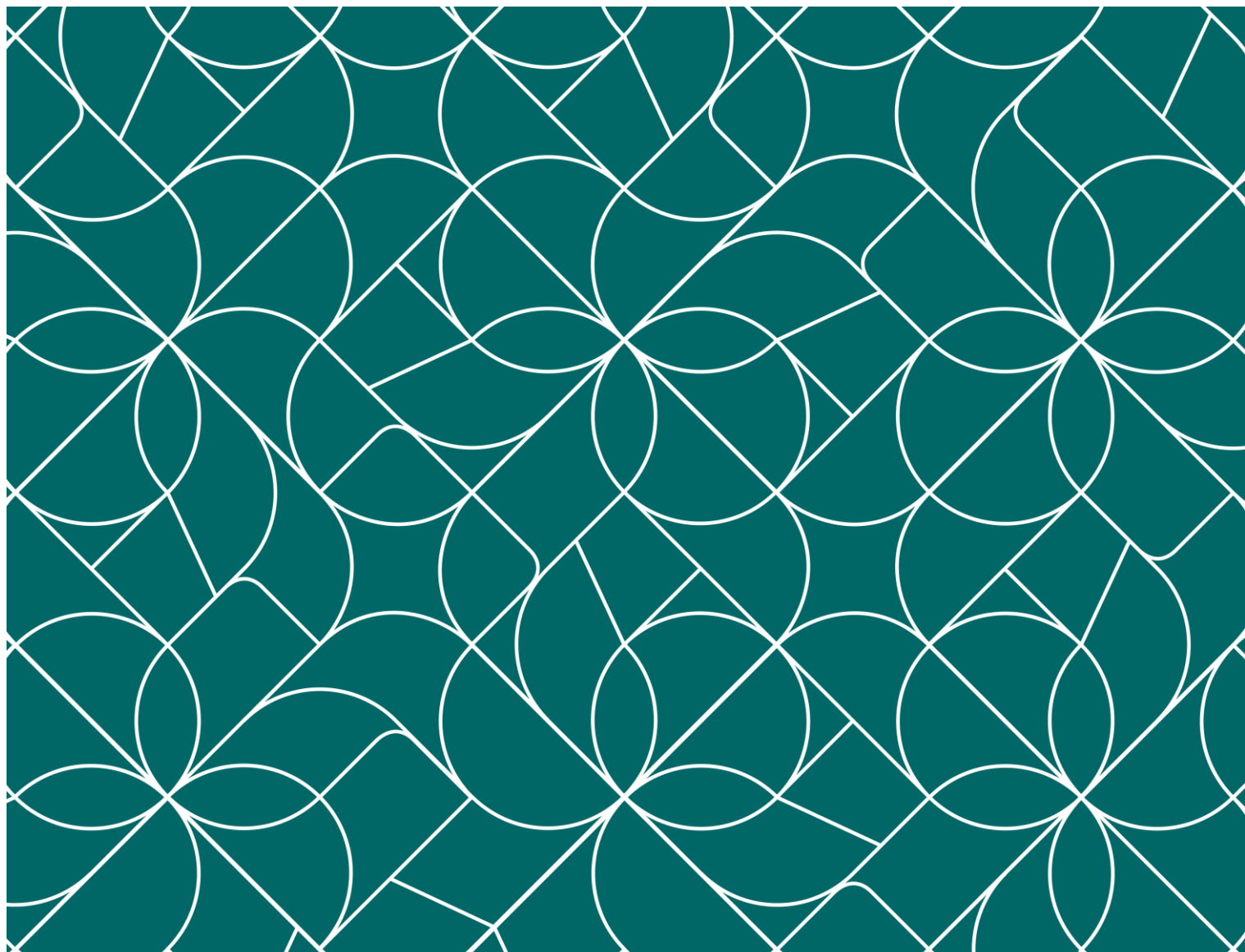
- Sammanställning intervju sjuksköterskor
- Sammanställning av patientintervjuer
- Protokoll dialog med kommunledning
- Detaljerat kommunkort

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Anna Karin Nyqvist. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Jenny Morsäter samt Jonas Nilsson deltagit. Inspektören Cecilia Eriksson har varit föredragande.

Enligt 10 kap. 13 § PSL får detta beslut inte överklagas.

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre

Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende
kommunernas hälso- och sjukvård



Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Rapporten finns publicerad på www.ivo.se

Artikelnr • IVO 2022-07

Utgiven • Augusti 2022, www.ivo.se

Innehåll

1. Sammanfattning	4
1.1. Bakgrund och syfte	4
Lagar, förordningar och föreskrifter	5
1.2 Övergripande resultat	5
Vård i livets slutskede	6
Läkemedel	6
Individuell bedömning och kompetens	7
Kontinuitet och dokumentation	8
1.3 Fortsatt tillsyn	9
2. Resultatredovisning per område	9
2.1 Vård i livets slutskede	9
Resultat och bedömning	9
Lagar, förordningar och föreskrifter	12
2.2 Läkemedel	13
Resultat och bedömning	13
Lagar, förordningar och föreskrifter	17
2.3 Individuell bedömning och kompetens	17
Resultat och bedömning	17
Lagar, förordningar och föreskrifter	20
2.4 Kontinuitet och dokumentation	21
Resultat och bedömning	21
Lagar, förordningar och föreskrifter	24
3. Metod och avgränsning	25
3.1 Journalgranskning	25
Styrkor och svagheter	27
3.2 Validering av journalgranskningsresultatet	27
3.3 Enkätundersökningar	29
Styrkor och svagheter	30
4. Slutsatser och fortsatt tillsyn	30
Referenser	33
Publikationer	33
Lagar, förordningar och föreskrifter	33
Bilagor	34

1. Sammanfattning

1.1. Bakgrund och syfte

Den här rapporten är en delredovisning av den nationella tillsyn som IVO genomför av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO).

Syftet med tillsynen är att bidra till att vårdgivare och huvudmän förbättrar vården så att den blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO. I tillsynen kontrolleras om de brister i patientsäkerhet som tidigare identifierats av IVO har åtgärdats och om vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Brister inom äldrevården har konstaterats av både IVO och andra aktörer under lång tid. Covid-19-pandemin ökade bristerna ytterligare och synliggjorde tidigare kända problem.

Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad till reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation.

Utöver bristerna avseende hälso- och sjukvård för personer på SÄBO har IVO under lång tid påtalat brister i omsorgsinsatserna. Långvarig kompetens- och personalbrist märks i den dagliga omvårdnaden, där larm stängs av automatiskt och blöjor inte byts på många timmar (IVO 2021).

Trots tidigare tillsyn och beslut under flera års tid, riktade till vårdgivare och huvudmän, kan IVO konstatera att nödvändiga förbättringsåtgärder antingen inte genomförts alls, eller genomförts med otillräcklig effekt. Vårdgivare redovisar återkommande planer och ambitioner för att förbättra kvaliteten, men trots det kan IVO konstatera att patienter fortsatt far illa.

IVO:s bedömning är att det inte handlar om enstaka olycksfall i arbetet, utan om grundläggande brister i vårdgivarnas förmåga att säkerställa en godtagbar kvalitet och säkerhet för de äldre som bor på SÄBO.

Mot denna bakgrund bedömde IVO under 2021 att hälso- och sjukvården för personer på SÄBO i samtliga kommuner uppvisade sådana risker och brister att en nationell tillsyn var nödvändig. Tillsynen påbörjades under 2021 och kommer bedrivas långsiktigt. Det är angeläget att utforma tillsynen så att tillräckliga effekter för patienterna uppnås.

Hittills har tillsynen riktats mot samtliga kommuner som bedriver SÄBO i kommunal regi, inklusive stadsdelarna i Stockholm. Granskningen är inte begränsad till personer som har eller har haft covid-19. Granskningens inledande faser har avgränsats till kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser, utifrån de brister som tidigare konstaterats avseende dessa delar.

I denna rapport redovisas resultaten på nationell nivå så här långt. Under hösten 2022 fortsätter en fördjupad tillsyn med inspektioner där respektive kommuns resultat återkopplas som grund för lärande och förbättringsarbete. I valda delar inkluderas regionerna i återkoppling även i denna fas av tillsynen.

Lagar, förordningar och föreskrifter

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL). För detta ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL).

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821) PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska få information om bl.a. sitt hälsotillstånd och förväntade vård- och behandlingsförlopp (3 kap. 1 § PL). Under vissa förhållanden kan även närstående få information (3 kap. 4 § PL). Vidare ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL) och den får inte ges utan patientens samtycke (4 kap. 2 § PL). Om lämpligt ska patientens närstående få möjlighet att medverka (5 kap. 3 § PL).

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. (3 kap. 2 § PSL).

IVO utövar tillsyn över hälso- och sjukvården (7 kap. 1 § PSL). Tillsyn innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (7 kap. 3 § PSL).

Ovan nämnda regler är grundläggande för hälso- och sjukvården. Därtill tillkommer en mängd olika bestämmelser i lag och föreskrift. Under respektive avsnitt i denna rapport nämns ytterligare reglering som är aktuell för området.

1.2 Övergripande resultat

I tillsynen har IVO granskat och genomfört analyser av ett urval av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler från merparten av kommunalt drivna SÄBO, totalt 1 985 boenden. IVO har även granskat och analyserat svar på enkäter från patienter/närstående, vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor samt verksamhetsföreträdare. Därutöver används i tillsynen information från IVO:s

tidigare tillsynsärenden, inkomna tips, upplysningar, klagomålsärenden och anmälningar enligt lex Maria.

IVO kan konstatera att lägstanivån vad gäller medicinsk vård och behandling på SÄBO är för låg och att ingen kommun till fullo lever upp till de lagar och regler som finns. Resultaten av granskningen hittills sammanfattas på nationell nivå enligt följande.

Vård i livets slutskede

IVO kan konstatera att det finns allvarliga brister kopplat till vård i livets slutskede. Detta trots att vård i livets slutskede hör till den vårdtyp som ska ges högsta prioritet enligt den etiska plattform som riksdagen fastställt.

När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktssamtal med patient och/eller närstående. Samtalet, som förs med läkare, är centralt för att patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktssamtalet om patientens önskan behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede. Därför är dokumentationen av samtalet viktig. I IVO:s granskning framkommer att av de patienter som avlidit har cirka 8 av 10 (75 procent) inte ett dokumenterat brytpunktssamtal. 7 av 10 patienter (66 procent) med minst tre palliativa läkemedel saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal. Enkät svar visar att 7 av 10 vård- och omsorgspersonal (66 procent) anser att vården inte alltid planeras så att patienten inte behöver avlida ensam. 5 av 10 sjuksköterskor (48 procent) uppger samma sak.

Att brytpunktssamtal inte dokumenterats kan betyda att det genomförts enligt regelverket men inte dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att det inte genomförts. Oavsett vilket så riskerar effekten att bli densamma för patienten, nämligen att personalen vid SÄBO:t inte har åtkomst till information om hur vården i livets slutskede ska genomföras. Därmed omöjliggörs eller kraftigt försvåras möjligheterna att i praktiken efterleva vad som fastställts vid brytpunktssamtalet.

Läkemedel

Av de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna framgår att patienterna har fått läkemedel som bör undvikas till äldre och av enkäterna framkommer att risken för osäker läkemedelshantering är uppenbar. IVO avser att särskilt återkoppla resultaten från denna del av tillsynen även till regionerna.

Över hälften av sjuksköterskorna (56 procent) anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering genom delegering på sätt som påverkar patienten i hög eller måttlig grad. Var fjärde sjuksköterska (25 procent) uppger att de delegerar iordningställande av läkemedel i dosett i någon mån. Mer än varannan sjuksköterska (56 procent) uppger att de delegerar subkutana injektioner, såsom blodförtunnande och eller palliativa läkemedel. Av de sjuksköterskor som delegerar är det endast 4 av 10 (40 procent) som alltid känner

sig trygga med att iordningställande av läkemedel i dosett efter delegering utförs på ett säkert sätt och 5 av 10 (51 procent) som alltid känner sig trygga med att subkutana injektioner efter delegering utförs på ett säkert sätt. Nästan 9 av 10 sjuksköterskor (88 procent) uppger att de inte alltid har möjlighet att ge stöd till vård- och omsorgspersonalen i den omfattning som krävs.

IVO kan konstatera att stora delar av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten bygger på att arbetsuppgifter gällande läkemedel delegeras. Det är inte förenligt med intentionen i Socialstyrelsens föreskrifter om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Resultaten av granskningen visar en situation som medför påtagliga patientsäkerhetsrisker. IVO menar att det behövs betydande insatser för att framtidens läkemedelshantering på SÄBO ska betraktas som god och säker. Det är viktigt att sjuksköterskan ger stöd och handledning och följer upp delegeringarna till vård- och omsorgspersonalen för att säkerställa att det finns rätt kunskap. Det är centralt att den vård- och omsorgspersonal som dagligen finns vid patientens sida har kompetens att ge läkemedel i rätt tid, till rätt person och på rätt sätt. Det omfattar också att ge god omvårdnad som komplement och alternativ till läkemedel samt att känna igen risker och uppmärksamma, reagera och signalera vid förändringar. Det handlar också om att förstå sin roll och sitt ansvar vid delegering samt uppmärksamma symtom.

När det gäller risker för eller förekomst av olämplig läkemedelsanvändning så bekräftar resultaten av granskningen tidigare kända brister. Var femte patient på SÄBO (20 procent) har läkemedel som bör undvikas till äldre. För 4 av 5 patienter (81 procent) med läkemedel som bör undvikas finns bättre alternativ. I patientgruppen som har läkemedel som bör undvikas saknar nästan hälften av patienterna (44 procent) en dokumenterad läkemedelsgenomgång. IVO kan slå fast att verksamheterna inte bedrivs i enlighet med gällande regelverk och att det innebär tydliga risker för patientsäkerheten och risk för vårdskador. Läkemedelsbiverkningar som är möjliga att förebygga riskerar leda till försämrad hälsa och livskvalitet och onödiga akuta inläggningar av äldre på sjukhus.

Individuell bedömning och kompetens

IVO kan konstatera att många livsavgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildningsnivå. De tillsyner IVO har gjort av SÄBO under de senaste åren visar att vård- och omsorgspersonalen i stor omfattning har låg kompetens i svenska språket, att sjuksköterskan inte har förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när sjuksköterskan bedömt att ett sådant behov föreligger samt att läkarbedömningar inte förefaller göras i den omfattning som det finns behov av.

I enkäten till sjuksköterskor framkommer att nästan 9 av 10 sjuksköterskor (88 procent) uppger att de inte alltid har möjlighet att ge stöd till vård- och omsorgspersonalen i den omfattning som krävs.

7 av 10 sjuksköterskor (66 procent) uppger att det finns patientsäkerhetsrisker orsakat av det stora antal patienter varje sjuksköterska ansvarar för.

Drygt 7 av 10 närstående till patienter på SÄBO (73 procent) upplever att vård- och omsorgspersonalen inte förstår vad de säger, pga. bristande språkkunskaper.

Endast 4 procent av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO anser att alla i personalen på arbetsplatsen har tillräckliga kunskaper i svenska.

Nästan 9 av 10 sjuksköterskor (87 procent) uppger att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till vård- och omsorgspersonalens kunskaper i svenska på ett sätt som påverkar patienterna i måttlig eller hög grad.

I all hälso- och sjukvård är det viktigt att personalen kan ge och ta emot instruktioner. Exempelvis gäller det att förstå och följa en instruktion från en sjuksköterska om vad man som vård- och omsorgspersonal ska vara uppmärksam på för symtom hos en patient som har en allvarlig sjukdom eller som befinner sig i livets slutskede och när man då ska tillkalla sjuksköterska.

Det är en stor patientsäkerhetsrisk att vård- och omsorgspersonal, särskilt om de som har delegering, inte har tillräckliga kunskaper i svenska och därför inte förstår instruktionen från en sjuksköterska. Det är även viktigt att all personal inser när en avvikelse har inträffat och kan förmedla den vidare. IVO bedömer att det finns allvarliga patientsäkerhetsrisker i äldreomsorgen med tanke på hur verksamheten är organiserad och givet de tydliga kompetensbrister som finns, inte minst när det gäller kunskaper i svenska.

Kontinuitet och dokumentation

Enligt IVO:s granskning saknar i genomsnitt varannan patient (44 procent) dokumenterade vårdplaner i sin kommunala hälso- och sjukvårdsjournal. För de patienter som träffar sex sjuksköterskor eller fler under en vanlig månad saknar cirka 4 av 10 (39 procent) vårdplan. Bristande personalkontinuitet ställer extra höga krav på en god dokumentation.

Patienter som bor på SÄBO bör enligt IVO ha en vårdplan som utgår från patienternas tillstånd och behov. I en vårdplan ska behovet av vården och behandlingen för patienterna på kort och lång sikt beskrivas och det ska anges vem av huvudmännen (kommun eller region) som ska vidta åtgärderna och ha det övergripande ansvaret för planen. IVO har kännedom om att vårdplanerna kan vara dokumenterade i andra journaler än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler som nu granskats. Men sjuksköterskorna och vård- och omsorgspersonalen vid SÄBO har i många fall ingen, eller bristfällig, tillgång till andra journaler än den egna kommunens. Det betyder att den identifierade bristen omöjliggör eller allvarligt hindrar möjligheterna att genomföra de insatser som beskrivs i vårdplanen, alternativt att erforderliga vårdplaner saknas. Effekten för patienten blir negativ i båda fallen.

I patientjournalerna rekommenderas att särskilda klassifikationskoder används för att beskriva vårdåtgärder (KVÅ) och funktionstillstånd (ICF). Användningen av koder är viktig för att kunna göra nationell och lokal uppföljning och samt driva ett systematiskt kvalitetsarbete. Cirka 6 av 10 journaler (63 procent) saknar helt KVÅ-

eller ICF-koder. I ungefär var tredje kommun (96 kommuner) saknas koder i samtliga journaler. Detta försvårar förutsättningarna för kommunerna att leva upp till kraven på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

God dokumentation och kommunikation är avgörande när arbetssätten bygger på att icke legitimerad vård- och omsorgspersonal (ofta utan adekvat utbildning) möter patienten i vardagen och rapporterar till sjuksköterska, som i sin tur rapporterar till läkare, som fattar beslut om medicinsk vård och behandling. Denna kedja, bräcklig i sig, utmanas ytterligare om det är låg kontinuitet i personalgruppen, bristande journalföring, vårdplaner som inte finns tillgängliga för all berörd personal, osäker läkemedelshantering och dessutom omfattande språkförbistringar i personalgruppen.

1.3 Fortsatt tillsyn

Det kan konstateras att granskningen hittills visar förekomst av regelöverträdelser i samtliga kommuner, även om nivån varierar. Det är mot denna allvarliga bakgrund som den nationella tillsynen av SÄBO nu fortsätter. IVO avser att driva tillsynen långsiktigt till dess att tillräckliga effekter för patienterna kan fastställas. Under hösten 2022 och våren 2023 fördjupas tillsynen med genomförande av fysiska inspektioner i samtliga kommuner som bedriver SÄBO i kommunal regi för att ge återkoppling och föra dialog kring respektive kommuns resultat. Syftet är att bidra till lärande och förbättringsåtgärder i kommunerna, samt på sikt ökad kvalitet i vården på SÄBO. I valda delar inkluderas regionerna i återkoppling även i denna fas av tillsynen. Tillsynsbeslut kommer att fattas gällande samtliga kommuner.

2. Resultatredovisning per område

2.1 Vård i livets slutskede

Resultat och bedömning

IVO kan konstatera att det finns allvarliga brister kopplat till vård i livets slutskede. Vidare känner sig närstående otrygga med den medicinska vården och omvårdnaden vilket IVO delvis anser skulle kunna vara en effekt av att brytpunktssamtal inte genomförs, eller att brytpunktssamtalens innebörd inte är kända för vård- och omsorgspersonalen vid SÄBO där patienten bor.

Dessutom beskrivs i avsnitt 2.4 att en av fem sjuksköterskor uppger att man inte har tillgång till primärvårdsjournalerna för någon av sina patienter. Om brytpunktssamtal har genomförts men endast dokumenterats i journal, omöjliggörs eller försvåras möjligheterna för sjuksköterskan och vård- och omsorgspersonalen vid SÄBO att genomföra vård i livets slutskede enligt vad man kommit överens om tillsammans med patienten och närstående vid brytpunktssamtalet.

Av granskningen framgår sammanfattningsvis att:

- Nästan 8 av 10 av de patienter som avlidit (75 procent) saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal i kommunal hälso- och sjukvårdsjournal. För de patienter som har minst tre palliativa läkemedel saknar 7 av 10 (66 procent) ett dokumenterat brytpunktssamtal.
- 6 av 10 av de närstående (61 procent) har enligt enkätsvar inte haft samtal om vård inför livets slutskede (brytpunktssamtal).
- 4 av 10 (42 procent) av närstående känner sig otrygga med den medicinska insatsen i livets slutskede. Ungefär lika många (41 procent) känner sig otrygga med omvårdnaden i livets slutskede.
- Drygt var tionde patient (13 procent) saknar dokumenterade läkarkontakter veckan före det att tre palliativa läkemedel omnämns i den kommunala hälso-och sjukvårdsjournalen.
- Nästan 7 av 10 vård- och omsorgspersonal (66 procent) uppger att vården inte alltid planeras så att patienten inte behöver avlida ensam. Motsvarande siffra för sjuksköterskor är 48 procent.

För att uppnå god och säker vård ska patienten alltid ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och behandling. Att patienter och i förekommande fall närstående ska vara informerade om den vård som ges är en grundläggande del av hälso- och sjukvården. Av patientlagen framgår att patienter och i förekommande fall närstående ska vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling.

När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett så kallat brytpunktssamtal med patient och/eller närstående. Samtalet utgår från patientens situation och önskemål så långt det är möjligt. Samtalet bör leda till en gemensam planering med en medicinsk vårdplan som innehåller en strategi för fortsatt vård och behandling.

Om det av journalen inte framgår att patienten och/eller närstående informerats och gjorts delaktiga när vården övergår från behandlande till enbart lindrande finns det risk att kraven i patientlagen inte uppfylls.

Journalgranskningen visar att det saknas ett dokumenterat brytpunktssamtal för 75 procent av de patienter som avlidit. För de patienter som har minst tre palliativa läkemedel är siffran 66 procent. Resultatet för de båda olika parametrarna är således alltså nästan identiskt och indikerar att det finns brister avseende brytpunktssamtal. Detta styrks även av enkätresultatet som visar att en majoritet, närmare bestämt 61 procent, av de tillfrågade närstående inte har haft samtal om vård inför livets slutskede.

Resultatet tyder enligt IVO på att information och planering av vården i livets slutskede inte fungerar som lagstiftaren har tänkt sig. Det sker heller inte i enlighet med de olika behandlingsriktlinjer som finns inom hälso- och sjukvården avseende

vård i livets slutskede vilka ska säkerställa att kravet på god vård uppfylls också på detta område.

Av enkäten till närstående framgår att många känner en otrygghet när det gäller vården i livets slutskede. 42 procent av de svarande känner sig otrygga med den medicinska insatsen i livets slutskede och 41 procent känner sig otrygga med omvårdnaden i livets slutskede. Resultatet från journalgranskningen bekräftar därmed svaren från enkäten till närstående.

Socialstyrelsen har i föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling reglerat hur bedömningen av att inte inleda eller avbryta livsuppehållande behandling ska göras. Kortfattat innebär bestämmelserna att behandlande läkare efter samråd med minst en annan legitimerad yrkesutövare ska ha gjort och dokumenterat detta ställningstagande. Bestämmelser om samråd med patienten samt information till denna och närstående finns också.

IVO anser att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare (enligt ovan), i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlåtas endast i undantagsfall. Faktorer som då har betydelse är om det har gått kort tid mellan beslut avseende plan för vård i livets slutskede och tidpunkt när åtgärden vidtas. Patientens hälsotillstånd (anamnes och aktuell försämring), läkarens och sjuksköterskans kännedom om patienten samt patientens önskemål har också betydelse.

IVO har i tillsynen funnit uppgifter som tyder på att sjuksköterskor inte i tillräcklig utsträckning tar kontakt med läkare innan läkemedelsbehandling med palliativa läkemedel för vård i livets slutskede inleds. Journalgranskningen visar att en dokumenterad läkarkontakt saknas för mer än var tionde patient (13 procent) veckan före det att tre palliativa läkemedel omnämns i kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen, vilket indikerar att vård i livets slutskede har påbörjats. Flera av de läkemedel som används i palliativ vård kan även användas i andra sammanhang, men tendensen syns även i den enkät som IVO skickat ut till sjuksköterskor där 16 procent uppger att de inte alltid kontaktar läkare i samband med ställningstagande att påbörja palliativ läkemedelsbehandling.

IVO har i tidigare tillsyn av medicinsk vård på SÄBO konstaterat att personalbrist leder till att vak inte alltid sattes in när en patient var döende (IVO 2022). Den bilden bekräftas av resultatet från de två enkäter som i denna tillsyn skickats ut till sjuksköterskor samt vård- och omsorgspersonal. Där framgår att vård i livets slutskede inte alltid planeras tillräckligt. Endast 34 procent av vård- och omsorgspersonalen uppger att vården alltid planeras så att patienten inte behöver dö ensam. Motsvarande siffra för sjuksköterskor är 52 procent. 66 procent av vård- och omsorgspersonalen och 48 procent av sjuksköterskorna svarar alltså att vården inte alltid planeras så att patienten inte avlider i ensamhet.

Sammanfattningsvis kan IVO konstatera att det för att vården i livets slutskede ska fungera krävs ett nära samarbete mellan olika yrkesutövare men också med patienten och närstående. IVO tolkar resultaten i tillsynen som att det brister i

samverkan mellan vård- och omsorgspersonal, sjuksköterska och läkare. För att ett brytpunktssamtal ska kunna genomföras och att palliativ vård ska kunna påbörjas krävs att sjuksköterskan kontaktar läkaren för att informera om patientens försämrade tillstånd. Många gånger bygger den information som sjuksköterskan har på upplysningar om patientens tillstånd som sjuksköterskan fått från vård- och omsorgspersonalen som arbetar närmast patienten.

I flera fall har vårdgivare själva genomfört journalgranskningar. I redovisningar från vårdgivare i tidigare tillsyn bekräftas de brister som framkommer i nu aktuell tillsyn. Aviserade åtgärder från vårdgivarna handlar om att genomföra förbättringar som berör delaktighet, information och brytpunktssamtal (IVO 2022).

Lagar, förordningar och föreskrifter

Vård i livets slutskede ska som all annan vård ges i enlighet med patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelserna säger att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL) samt att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 § PL). Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående (5 kap. 1 och 3 §§ PL). Vård i livets slutskede omfattas av prioritet 1 enligt den etiska plattformen (fastställd av riksdagen i prop. 96/97:60).

I patientlagen slås också fast att patienten ska få anpassad information utifrån sina individuella förutsättningar (3 kap. 1 och 6 §§ PL). Informationen ska bland annat innehålla uppgifter om hälsotillstånd, metoder för vård och behandling samt förväntad vård och behandlingsförlopp. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den istället lämnas till en närstående när det är möjligt (3 kap. 4 § PL).

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt (2 kap. 3 §). Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten fastställa målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses. (2 kap. 4 §). Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare (3 kap. 2 §). Den fasta vårdkontakten ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information (3 kap. 3 §).

Socialstyrelsen använder följande definitioner när det gäller palliativ vård och vård i livets slutskede, vilket framgår av Socialstyrelsens termbank (Socialstyrelsen 2022 a):

Palliativ vård: hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.

Palliativ vård i livets slutskede: palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet

Brytpunkt till palliativ vård i livets slutskede: övergång till palliativ vård i livets slutskede när det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande.

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede: samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

2.2 Läkemedel

Resultat och bedömning

IVO kan konstatera att det finns stora brister i hanteringen av läkemedel för patienter på SÄBO. Sammantaget är IVO:s bedömning att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som delegeras arbetsuppgiften att ge läkemedel, vilket leder till patientsäkerhetsbrister. Allvaret understryks av bristande språkkunskaper, se även avsnitt 2.3. Av resultaten framkommer också att sjuksköterskor inte har möjlighet att ge stöd samt känner sig tvungna att delegera för att patienterna ska få sina läkemedel. Av de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna framgår att risken för eller förekomsten av olämplig läkemedelsanvändning är uppenbar. IVO avser återkoppla resultaten från denna fas av tillsynen till regionerna.

Av granskningen framgår sammanfattningsvis att:

- Nästan 6 av 10 sjuksköterskor (56 procent) anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering genom delegering på ett sätt som påverkar patienter i hög eller måttlig grad.
- Var fjärde sjuksköterska (25 procent) uppger att de delegerar iordningställande av läkemedel i dosett i någon mån.
- Mer än varannan sjuksköterska (56 procent) uppger att de delegerar subkutana injektioner såsom blodförtunnande och eller palliativa läkemedel.
- Av de sjuksköterskor som delegerar är det endast 4 av 10 (40 procent) som alltid känner sig trygga med att iordningställande av läkemedel i dosett efter delegering utförs på ett säkert sätt och 5 av 10 (51 procent) som alltid känner sig trygga med att subkutana injektioner efter delegering utförs på ett säkert sätt.

- Nästan 9 av 10 sjuksköterskor (88 procent) uppger att de inte alltid har möjlighet att ge stöd till vård- och omsorgspersonalen i den omfattning som krävs.
- Var femte patient i granskningen (20 procent) har läkemedel som bör undvikas till äldre. För 4 av 5 patienter (81 procent) med läkemedel som bör undvikas finns bättre alternativ.
- I patientgruppen som har läkemedel som bör undvikas saknar nästan hälften av patienterna (44 procent) en dokumenterad läkemedelsgenomgång. Av de patienter som dessutom träffar sex eller fler olika sjuksköterskor en vanlig månad är andelen 57 procent.
- Andel patienter som har palliativa läkemedel ökade med 20 procent i april 2020 jämfört med april året innan.¹

Läkemedelsanvändningen bland äldre personer är ett viktigt område. Känsligheten för läkemedel ökar till följd av både åldrande och sjukdom, och det är vanligt att äldre använder många läkemedel. De allra flesta som bor på SÄBO kan betecknas som multisjuka. Äldre som är multisjuka är mest känsliga för läkemedel. Dessa grupper använder i snitt närmare tio läkemedel (Socialstyrelsen 2022 b).

En god och säker läkemedelshantering är starkt förknippad med kunskap och kompetens hos den personal som överlämnar läkemedel till patienten. Av granskningen framgår att en stor del av läkemedelshanteringen delegeras till vård- och omsorgspersonal, d.v.s. personal som ofta saknar adekvat utbildning (Socialstyrelsen 2022 c). 58 procent av sjuksköterskorna som svarat på IVO:s enkät anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering genom delegering. Av dessa anser 96 procent att det påverkar patienterna i måttlig eller hög grad. Detta bekräftar att läkemedelshanteringen inom kommunal hälso- och sjukvård på SÄBO är ett riskområde. IVO anser därför att det krävs betydande insatser för att framtidens läkemedelshantering på SÄBO ska betraktas som god och säker.

Det är viktigt att sjuksköterskan ger stöd och handledning och följer upp delegeringarna till vård- och omsorgspersonalen för att säkerställa att det finns rätt kunskap. Det är centralt att den vård- och omsorgspersonal som dagligen finns vid patientens sida har kompetens att ge läkemedel i rätt tid, till rätt person och på rätt sätt. Det innebär även att ge god omvårdnad som komplement och alternativ till läkemedel och att känna igen risker samt uppmärksamma, reagera och signalera vid förändringar. Det handlar också om att förstå sin roll och sitt ansvar vid delegering och uppmärksamma symtom vid t.ex. diabetes samt observera och hantera de symtom som patienten kan få. 25 procent av sjuksköterskorna uppger i enkätsvaren att de delegerar iordningställande av läkemedel i dosett i någon mån. Vidare svarar 56 procent av sjuksköterskorna att de delegerar subkutana injektioner, såsom blodförtunnande och eller palliativa läkemedel, dvs. att läkemedel sprutas in i underhuds fett.

¹ IVO har analyserat användning av sju palliativa läkemedel.

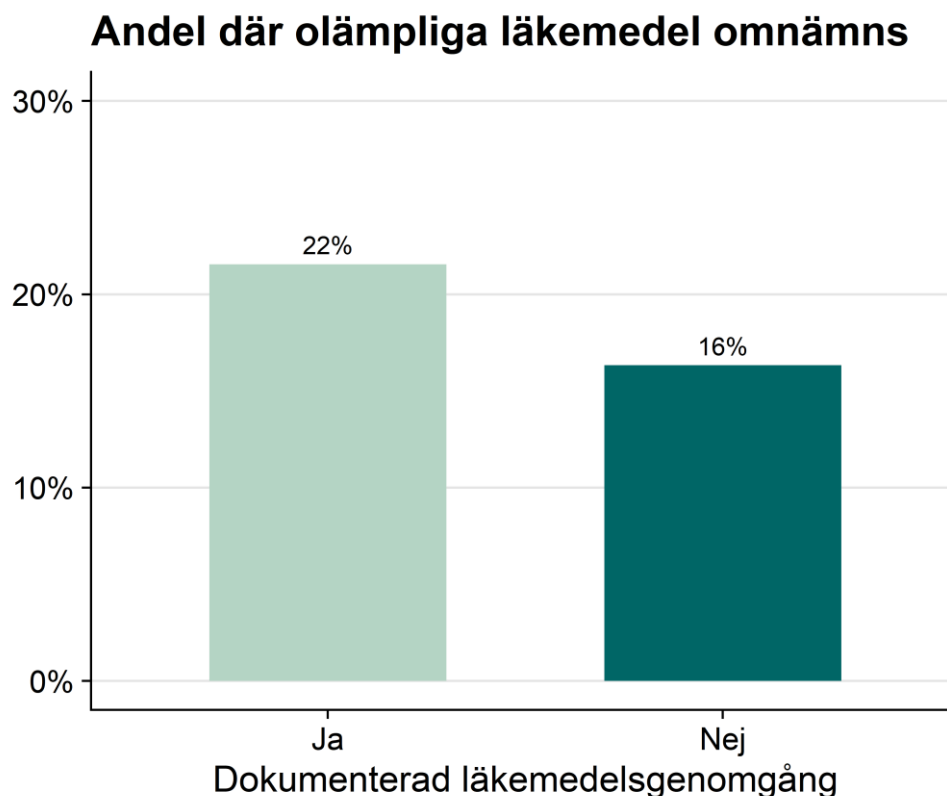
Av tidigare genomförda tillsyner kan IVO konstatera att stora delar av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten bygger på att arbetsuppgifter gällande läkemedel delegeras. Av de sjuksköterskor som delegerar är det endast 4 av 10 (40 procent) som alltid känner sig trygga med att iordningställande av läkemedel i dosett efter delegering utförs på ett säkert sätt och 5 av 10 (51 procent) som alltid känner sig trygga med att subkutana injektioner efter delegering utförs på ett säkert sätt. Det är inte förenligt med intentionen i gällande föreskrifter från Socialstyrelsen om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Av enkätresultatet framgår också att majoriteten av sjuksköterskorna inte har möjlighet att ge det stöd till vård- och omsorgspersonalen som man bedömer behövs. Det gör att IVO anser att detta inte är förknippat med en god och säker läkemedelshantering. Bristande språkkunskaper understryker allvaret i denna brist, se även avsnitt 2.3.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård har kännedom om de läkemedel som satts in, utvärderingar som är gjorda samt genomförda läkemedelsgenomgångar. Därför är det centralt att dessa uppgifter även finns dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vilka läkemedel som patienter på SÄBO har i sin behandling behöver kontinuerligt ses över för att uppnå god behandling och undvika risker. Journalgranskningen visar att det i hälften av fallen (51 procent) saknas en dokumenterad läkemedelsgenomgång.

Vissa läkemedel kan påverka äldre personer på ett annat sätt än andra ålderskategorier. Socialstyrelsen anser att äldre bör avstå från vissa läkemedel (Socialstyrelsen 2021). IVO:s granskning visar att var femte patient har läkemedel som bör undvikas. För fyra av fem patienter med sådana läkemedel kan det finnas bättre alternativ.

IVO menar att användning av många läkemedel utgör en stor riskfaktor för bland annat biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Äldre personer har ofta en omfattande läkemedelsanvändning och är därför utsatta för en högre risk. Ålder och sjukdom orsakar kroppsliga förändringar som kan påverka känsligheten och därmed effekten och omsättningen av läkemedel. En vanlig biverkning är yrsel vilket lätt leder till att patienter faller och drabbas av skador som t.ex. benbrott. Granskningen visar att regler kring läkemedelsgenomgång inte följs. IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med primärvården medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas. I journalgranskningen framgår att en stor grupp patienter, 16 procent, av de som inte har en läkemedelsgenomgång har läkemedel som bör undvikas. Förekomsten av läkemedel som bör undvikas är dock vanligare bland patienter där det finns en läkemedelsgenomgång. Där förekommer läkemedlen hos 22 procent av patienterna. Det är läkaren som ordinerar och förskriver ett läkemedel. I denna del av tillsynen avser IVO även återkoppla resultat till regionerna.

Figur 1 Andel patienter med läkemedel som bör undvikas. Uppdelning i patienter som har, respektive inte har läkemedelsgenomgång. (perioden januari 2019-juni 2021).



Källa: IVO:s journalgranskning 2022

Under perioden 2018-2020 genomförde IVO ett antal tillsyner med fokus på läkemedelshantering och delegering i kommunala hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis visar tillsynerna att det finns brister i personalens kunskap om både läkemedel och läkemedelshantering. Det brister även i sjuksköterskornas kontroll av personalens teoretiska och praktiska färdigheter i samband med delegeringstillfället och även efter delegeringstillfället i samband med nyinsatta läkemedel. De brister IVO identifierade i dessa tillsyner stämmer väl överens med det som framkommer av den granskning som IVO nu genomfört.

Slutligen har IVO granskat användningen av palliativa läkemedel. Ökningen ligger i snitt på 20 procent för de sju substanser som granskats: haloperidol, midazolam, diazepam, glykopyrronium, morfin, oxikodonhydroklorid och ketobemidon. Ökningen avser perioden april 2019-april 2020 IVO känner sedan tidigare till att det förekommit generella förskrivningar till patienter, utan hänsyn till individuell bedömning, och där vissa kommuner sticker ut i högre grad. Det är dock svårt att dra en direkt slutsats om det är kopplat till ett generellt ökat behov under pandemin

eller ett ändrat arbetssätt med generella förskrivningar. Dock är detta ytterligare en fråga att följa upp i tillsynen.

Lagar, förordningar och föreskrifter

Enligt 6 kap. 3 § i patientsäkerhetslagen, får delegering av en arbetsuppgift till någon annan ske endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att klara av uppgiften. Fler bestämmelser om hantering av läkemedel finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Av denna följer bl.a. att det som huvudregel är läkare, tandläkare och sjuksköterskor som är behöriga att iordningställa, administrera och överlämna läkemedel (7 kap. 1 §). Dessa uppgifter får dock delegeras till någon annan av läkare, tandläkare och sjuksköterskor (9 kap. 1 och 2 §§).

Regler om hur delegering ska gå till finns främst i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. Av föreskriften framgår bl.a. att den som delegerar en arbetsuppgift ska klargöra för den som tar emot delegeringen vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att utföra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Om den som tar emot en delegering inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för uppgiften får uppgiften inte delegeras.

Av HSLF-FS 2017:37 framgår vidare bl.a. att den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig med utgångspunkt i patientens behov. En lämplighetsbedömning ska göras där hänsyn bl.a. ska tas till patientens hälsotillstånd, ålder och läkemedelsanvändning. Läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen ska beaktas (6 kap. 2 §).

I HSLF-FS 2017:37 (11 kap. 3 och 4 §§) finns också regler om s.k. läkemedelsgenomgångar. Vårdgivaren ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång bl.a. vid inflyttning på SÄBO. Dessa patienter ska därefter erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under sin tid på boendet. En enkel läkemedelsgenomgång ska även erbjudas till patienter med läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en sådan misstanke.

2.3 Individuell bedömning och kompetens

Resultat och bedömning

IVO konstaterar att många livsavgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildningsnivå. Enkätresultaten visar att vård- och omsorgspersonalen ofta har låg kompetens i svenska språket, att sjuksköterskan inte alltid har förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på

plats samt att tillgången till läkare ofta är otillräcklig. IVO bedömer att detta utgör allvarliga patientsäkerhetsrisker..

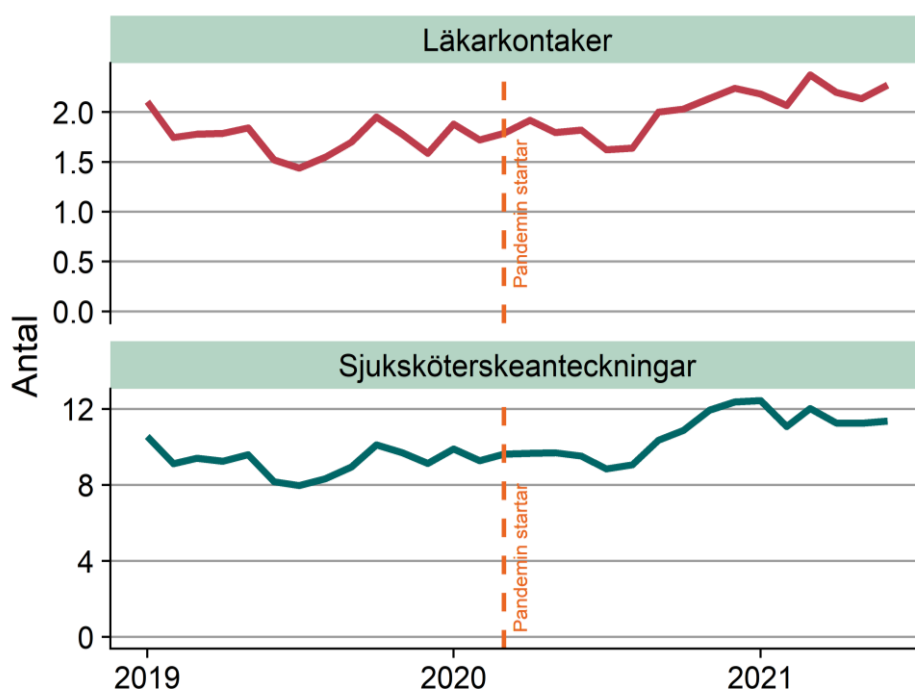
Av granskningen framgår sammanfattningsvis att:

- 7 av 10 sjuksköterskor (66 procent) uppger att det finns patientsäkerhetsrisker orsakat av det stora antal patienter varje sjuksköterska ansvarar för.
- Drygt 7 av 10 närstående (73 procent) upplever att personalen inte förstår vad de säger, pga. bristande språkkunskaper.
- Endast 4 procent av vård- och omsorgspersonalen anser att alla i personalen på arbetsplatsen har tillräckliga kunskaper i svenska.
- Nästan 9 av 10 sjuksköterskor (87 procent) uppger att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till vård- och omsorgspersonalens kunskaper i svenska på ett sätt som påverkar patienterna i måttlig eller hög grad.
- Drygt 3 av 10 (34 procent) av patienterna har en vanlig månad inte en dokumenterad läkarkonsultation.
- Antalet sjuksköterskeanteckningar ökade inte under pandemins första våg, vilket kan indikera att vård inte getts efter behov.

För den enskilde patienten ska vård och behandling bedrivas så att patienten får en god och säker vård. För att ge god vård är det viktigt att den personal som finns närmast patienten har kunskapen och kompetensen att observera och signalera när patientens hälsotillstånd förändras. I Sverige är medianvårdtiden i äldreboende 24 månader. Ett halvt år efter inflyttningen har i genomsnitt 20 procent av de nyinflyttade avlidit medan en tredjedel lever mer än tre år (Szebehely 2020). De flesta patienter som bor på SÄBO är multisjuka. Mot den bakgrunden står det klart att behovet av adekvat utbildning och goda språkkunskaper hos personal inom äldreomsorgen är centralt.

Journalgranskningen visar att antalet sjuksköterskeanteckningar inte ökade under första vågen av pandemin. Det finns en risk att det har inneburit att vård inte getts efter behov. En ökning av såväl sjuksköterskeanteckningar som läkarkonsultationer syns först i samband med pandemins andra våg. Figuren nedan visar antalet sjuksköterskeanteckningar och läkarkontakter i snitt för en patient och hur det utvecklats före och efter pandemin.

Figur 2 Antal sjuksköterskeanteckningar och dokumenterade läkarkontakter i snitt för en patient under tidsperioden jan 2019 – juni 2021



Källa: IVO:s journalgranskning 2022.

På SÄBO görs den vardagliga bedömningen av patienternas hälsotillstånd av vård- och omsorgspersonal. Dessa saknar i många fall adekvat utbildning (Socialstyrelsen 2022 c). Det styrks även av information som inkommit till IVO från vård- och omsorgspersonal.. Att sjuksköterskorna inte alltid har möjlighet att bedöma patienter i den utsträckning som behövs framgår också i den enkätundersökning som IVO skickat ut till sjuksköterskor.

Arbetsätten inom svensk äldreomsorg bygger i huvudsak på att vård- och omsorgspersonal observerar patienten och rapporterar vidare sina iakttagelser till sjuksköterska som i sin tur rapporterar till läkare. Det innebär att viktiga beslut som läkare fattar kring patientens vård och behandling bygger på observationer från den yrkesgrupp som har lägst medicinsk kompetens. Det finns här en risk att informationen mellan vård- och omsorgspersonal och sjuksköterska missuppfattas eller förvanskas, speciellt i de fall där vård- och omsorgspersonalen har brister i medicinsk kompetens och/eller i det svenska språket. I all hälso- och sjukvård är det även viktigt att personalen kan ge och ta emot instruktioner. Exempelvis gäller det att förstå och följa en instruktion från en sjuksköterska om vad man som vård- och omvårdnadspersonal ska vara uppmärksam på för symtom hos en patient som har en allvarlig sjukdom eller befinner sig i livet slutskede och när man då ska

tillkalla sjuksköterska. När vård- och omvårdnadspersonal har brister i svenska språket finns risk för att man inte förstår och inte kan följa en sådan instruktion. 87 procent av de sjuksköterskor som svarat på IVO:s enkät uppger att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till bristande språkkunskaper på ett sätt som påverkar patienterna i måttlig eller hög grad. I den enkät som skickats ut till närstående framkommer att 73 procent upplever att vård- och omsorgspersonalen inte förstår vad de säger, pga. bristande språkkunskaper. Endast 4 procent av vård- och omsorgspersonalen anser att alla i personalen på arbetsplatsen har tillräckliga kunskaper i svenska.

Det är en stor patientsäkerhetsrisk att vård- och omvårdnadspersonal som har delegering eller på annat sätt bistår legitimerad personal inte förstår svenska och därför inte förstår instruktionen från sjuksköterska. Det är även viktigt att all personal förstår när en avvikelse har inträffat och kan förmedla den vidare.

I IVO:s tillsyn av SÄBO under 2020 framkom i journalgranskningen att var femte patient inte fick någon individuell läkarbedömning vid misstänkt eller bekräftad covid-19. Det framkom också att 40 procent av dessa inte heller fick någon bedömning av sjuksköterska. Dessutom har en väldigt liten andel av de läkarbedömningar som ändå gjorts – under 10 procent – ägt rum på plats. En övervägande majoritet hade skett via telefon, där läkaren pratat med en sjuksköterska och på så sätt gjort bedömningen (IVO 2021).

Av enkätresultatet framkommer att 63 procent av sjuksköterskorna ser patientsäkerhetsrisker orsakat av det stora antal patienter varje sjuksköterska ansvarar för. 47 procent av sjuksköterskorna uppger i enkäten att de inte alltid har förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats hos patienten.

Vid IVO:s intervjuer med medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom ramen för tidigare tillsyner av SÄBO framkommer också att man upplever en generell kunskapsbrist hos vård- och omsorgspersonalen. Vidare framkommer att dessa upplever att vård- och omsorgspersonalen har bristande kunskaper i svenska språket. IVO har också konstaterat att legitimerad personal delegerar hantering av läkemedel till personal som inte har tillräcklig erfarenhet, kunskap eller språklig kompetens för att kunna utföra uppgiften på ett säkert sätt (IVO 2020).

Lagar, förordningar och föreskrifter

Som framgår ovan ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls vilket anges i hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL). För detta ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL). Vidare ska patienten, enligt patientlagen få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 § PL)

Socialstyrelsen lyfter fram sex dimensioner av god hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2019). Dessa är:

- *Säker*: Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- *Individanpassad*: Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- *Kunskapsbaserad*: Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- *Jämlik*: Hälso- och sjukvården ska se till att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.
- *Tillgänglig*: Hälso- och sjukvården ska verka för att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av.
- *Effektiv*: Hälso- och sjukvården ska använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12), om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, anges bl.a. att personalen som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs
- förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper
- förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska
- kunskap om hälso- och sjukvård.

2.4 Kontinuitet och dokumentation

Resultat och bedömning

IVO kan konstatera att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation medför allvarliga patientsäkerhetsrisker. Bristande efterlevnad till reglerna om vårdplan ökar riskerna ytterligare. Av granskningen framgår sammanfattningsvis att:

- Nästan var tionde patient (8 procent) har sex eller fler olika sjuksköterskor en vanlig månad. Av dessa patienter saknar 4 av 10 (39 procent) dokumenterad vårdplan.
- 4 av 10 patienter (44 procent) saknar dokumenterad vårdplan i kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.
- 1 av 5 sjuksköterskor (21 procent) uppger att man inte har tillgång till primärvårdsjournalerna för någon av sina patienter.
- I 6 av 10 journaler (63 procent) saknas dokumentationskoder helt (dvs. klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) samt klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

- Var tredje kommun (96 kommuner) saknar dokumentationskoder i samtliga journaler.
- Nästan 7 av 10 sjuksköterskor (67 procent) anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till dokumentationsbrister och tillgång till olika journaler på ett sätt som påverkar patienten i måttlig eller hög grad.

Hälso- och sjukvårdsverksamheter är beroende av olika typer av information om den enskilde patienten. Det handlar ofta om en stor mängd information som hanteras av många olika personer. För att se till att patienten får en god och säker vård måste vårdgivaren enligt lag föra journal över patienten. En patientjournal innehåller uppgifter om och dokumentation t.ex. över en patients hälsotillstånd, behandling och vårdåtgärder.

En god dokumentation är en av grundpelarna för att en god och säker vård ska kunna ges. Det handlar om att dokumentera rätt information, varken för mycket eller för lite. IVO kan konstatera att det i en betydande del av vården vid SÄBO saknas dokumentation i journalen över vilken riktning vården ska ha eller vilken vård som planeras för enskilda patienter. 67 procent av sjuksköterskorna i enkäten vittnar om att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till bristande dokumentation, en oroväckande hög andel.

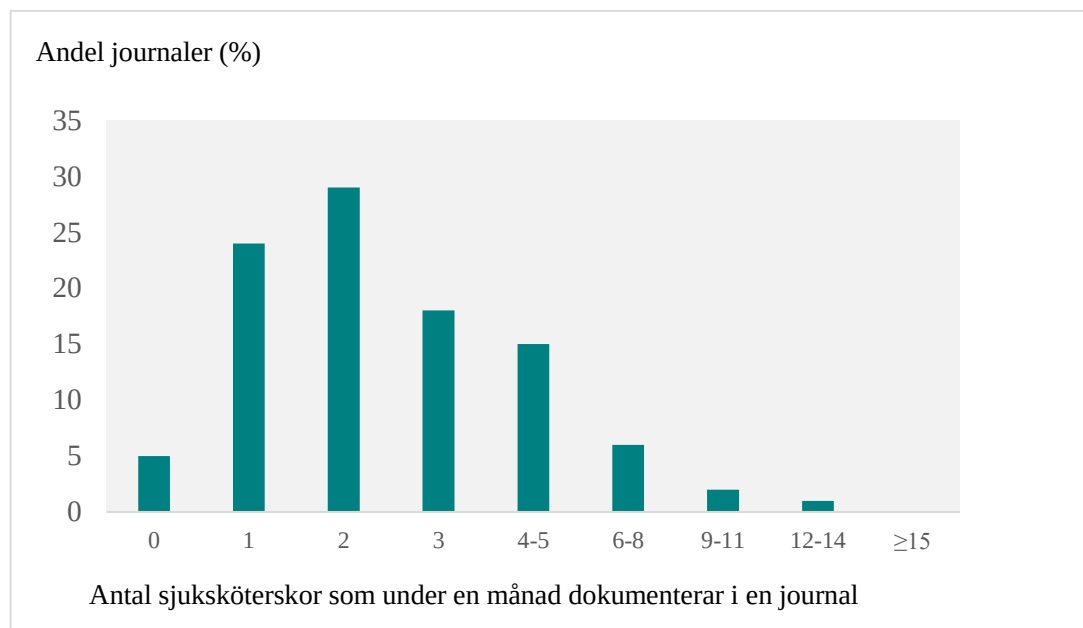
I en tid då vården och omsorgen präglas av personal- och resursbrist är det ur ett patientsäkerhetsperspektiv ännu viktigare att dokumentationen speglar patientens vårdbehov och vilka vårdinsatser som är genomförda eller ska genomföras. IVO bedömer att kvaliteten på dokumentationen i kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler är på för låg nivå för att upprätthålla patientsäkerheten och möjliggöra nationella kvalitetsuppföljningar. Det är för övrigt bara ett 40-tal kommuner som delar sin information via Nationell patientöversikt (NPÖ) (Inera 2022) vilket kan medföra att nödvändig information inte finns tillgänglig för de som står närmast patienten

Nästan 90 procent av de äldre som bor på SÄBO har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser (Socialstyrelsen 2022 b). Idag sker dokumentationen av patientens vård och behandling i flera journaler. Journaler förs i kommunen och av flera andra aktörer, tex. primärvården inom regionens ansvarsområde, för samma patient. Till det kommer insatser enligt socialtjänstlagen som dokumenteras i den sociala journalen i kommunen. Detta gör att planering och insatser behöver dokumenteras i flera olika journaler för samma patient, vilket leder till (minst) dubbel dokumentation och ställer stora krav på att personalen som arbetar jämte patienter får den information som de behöver. Annars riskerar informationsbrister att leda till allvarliga patientsäkerhetsbrister.

Ju fler personer som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för patientens vård och behandling. Detta för att säkerställa att patienten får rätt vård vid rätt tillfälle. Journalgranskningen visar att det inte är ovanligt att patienter har sex eller flera olika sjuksköterskor som dokumenterar i den kommunala hälso-

och sjukvårdsjournalen under en vanlig månad. Variationerna mellan kommunerna är stora.

Figur 3 Antal olika sjuksköterskor som en vanlig månad dokumenterar i en patients journal (perioden från januari 2019 till juni 2021).



Källa: IVO:s journalgranskning 2022

En förutsättning för att viktig information ska kunna finnas tillgänglig för all vård- och omsorgspersonal som behöver den, är att vårdplaner upprättas för de patienter som har behov av det. Det bör enligt IVO:s bedömning gälla i princip alla personer som har hälso- och sjukvårdsinsatser och är boende på SÄBO.

Granskningen visar att fyra av tio patienter (44 procent) saknar dokumenterade vårdplaner i sin kommunala hälso- och sjukvårdsjournal. I gruppen patienter som träffar sex eller fler sjuksköterskor en vanlig månad är det 4 av 10 patienter (39 procent) som saknar dokumenterad vårdplan i sin kommunala hälso- och sjukvårdsjournal. Vårdplanerna kan dock ha dokumenterats i andra dokument och system i kommunen än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna som nu granskats. Vårdplaner kan också återfinnas hos andra vårdgivare. Vård- och omsorgspersonal samt sjuksköterskorna vid SÄBO har i många fall ingen eller bristfällig tillgång till andra journaler än den egna kommunens. I vissa fall har de heller inte tillgång till den egna kommunens alternativa dokumentation av vårdplan. Det betyder att den identifierade bristen möjliggör eller allvarligt hindrar möjligheterna att i praktiken genomföra vårdplanen, alternativt att erforderliga vårdplaner saknas. Effekten för patienten blir negativ oavsett.

Utöver god kvalitet i dokumentationen bör innehållet i journalen, dvs. texten, följer Socialstyrelsens rekommendationer om standardisering för att minska missförstånd och för att förenkla uppföljning. Vårdgivaren bör bl.a. använda klassifikation av

vårdåtgärder (KVÅ) och klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) när dessa är tillämpliga. Med hjälp av dessa klassificeringar (dokumentationskoder) kan personal i vård och omsorg dokumentera information om patienter på ett systematiskt och enhetligt sätt. Denna information ska sedan rapporteras in till Socialstyrelsen enligt gällande föreskrift (HSL-FS 2017:67). Av granskningen framgår att det i 6 av 10 av journalerna (63 procent) helt saknas dokumentationskoder när det gäller KVÅ samt ICF. I en tredjedel (34 procent) av kommunerna saknas det sådana dokumentationskoder i samtliga journaler.

Genom journalgranskningen kan IVO se att kvaliteten av innehållet i de kommunala hälso- och sjukvårdsjournalerna som beskriver patientens vård och behandling är mycket varierande. Det är en stor variation i vilka begrepp som används för att beskriva samma sak, exempelvis brytpunktssamtal, som kan benämnas som brytsamtal, förhandsplanering av vård eller andra begrepp. IVO ser också att journalerna skiljer sig så pass mycket åt att en nationell jämförelse är svår att göra, vilket försvårar möjligheten att följa upp kravet på en jämlik vård. IVO bedömer att bristerna i dokumentationen leder till allvarliga patientsäkerhetsrisker.

Att personalkontinuiteten behöver förbättras i äldreomsorgen var en av Coronakommissionens slutsatser (SOU 2020:80). Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa både otrygghet, leda till bristfällig vård och ökade risker för patienterna.

IVO menar att bristande personalkontinuitet i kombination med bristande dokumentation är en allvarlig riskfaktor för patientsäkerheten, vilket kan riskera liv och hälsa. För att patienten ska få en god och säker vård är det viktigt att det finns en tydlig dokumentation om patientens tillstånd och planering för patienten. Det gäller särskilt om hälso- och sjukvårdspersonalen, som ofta är fallet vid bristande personalkontinuitet, saknar personlig kännedom om patienten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan i sin tur leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus, alternativt inte får tillgång till sjukhusvård. Det riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.

Flera kommuner har svårt att rekrytera både sjuksköterskor och vård- och omsorgspersonal. Sjuksköterskor som arbetar kvällar, helger och nätter har ofta stora ansvarsområden och överrapporteringen mellan sjuksköterskor bygger många gånger på att man tar del av patientens journal. IVO ser av inkomna anmälningar att det saknas fast läkare i primärvården på många håll i landet. Detta innebär att det finns brister i kontinuitet både bland vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och läkare, vilket innebär patientsäkerhetsrisker.

Lagar, förordningar och föreskrifter

I patientdatalagen (2008:355), PDL, regleras skyldigheten att föra patientjournal. En sådan ska föras när en patient får vård (3 kap. 1 § PDL). Syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten (3 kap. 2 § PDL). En

patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga ska journalen alltid innehålla bl.a. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, ställd diagnos, vidtagna och planerade åtgärder samt uppgift om en patient har beslutat att avstå från en viss vård eller behandling (3 kap. 6 § PDL). Kraven på innehållet i en patientjournal förtydligas ytterligare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Av 5 kap. 5 § i föreskriften anges bl.a. att journalen i förekommande fall ska innehålla uppgifter om bl.a. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden och resultatet av dessa åtgärder, ordinationer och ordinationsorsak samt vårdplanering.

Vidare anges i 5 kap. 2 § HSLF-FS 2016:40 att vårdgivaren ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga. Vårdgivaren bör för detta använda tillämpliga delar av bl.a. klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

Från och med 1 januari 2019 gäller Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. I föreskrifterna slås fast att uppgifter om vårdåtgärder som har utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården, där kommunen är vårdgivare, ska rapporteras till Socialstyrelsen. Dessa uppgifter ska vara klassificerade enligt den mest detaljerade nivån i KVÅ.

3. Metod och avgränsning

3.1 Journalgranskning

Arbetet inom aktuell tillsyn har hittills avgränsats till kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser för patienter vid SÄBO som drivs i kommunal regi. Det har gjorts för att lägga grunden för tydlighet och träffsäkerhet i kommande tillsynsbeslut i förhållande till kommunerna och det ansvar som faller på dessa. Tillsynen omfattar 1 985 SÄBO i 283 kommuner och stadsdelar och som underlag för granskningen används 55 653 journaler.

De möjliga källorna för information om den kommunala hälso- och sjukvården för personer vid SÄBO är begränsade. På nationell nivå saknas i stor utsträckning motsvarande statistik och register som finns för den regiondrivna hälso- och sjukvården. IVO har därför i aktuell tillsyn huvudsakligen varit hänvisad till den information som finns i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

För att få en god bild över brister och risker har IVO begärt in patientjournaler för personer som bor eller har bott på SÄBO från 283 kommuner under perioden 2019-01-01 till 2021-06-30. De sju kommuner som inte drev boenden i kommunal regi under insamlingsperioden ingår inte i denna del av granskningen.

En digital överföringstjänst har använts för att underlätta och göra det säkrare för vårdgivaren att skicka in de aktuella journalerna till IVO. Den digitala tjänsten har också gjort det lättare för IVO att granska och analysera den stora mängden material. Majoriteten av kommunerna använde överföringstjänsten för att inkomma med begärda handlingar. Journalerna lagras på säkra servrar i Sverige (bakom brandväggar och fysiska skydd) med separerade ytor för lagring och analys. Den tekniska lösningen uppfyller MSB:s (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) krav för hantering av information med denna säkerhetsklass. När det gäller utformningen av informationsinsamlingen har IVO beaktat minimeringskraven som följer av dataskyddsförordningen², både vad gäller uppgiftsinsamling och lagring av uppgifter. Det betyder att IVO inte begärt mer information än vad som är nödvändigt för att kunna genomföra erforderlig tillsyn.

IVO har gjort ett slumpmässigt urval som omfattar en tredjedel av de patienter som bor eller har bott på berörda SÄBO under den aktuella tidsperioden. På större boenden innebär detta att antalet journaler blir fler och på mindre boenden blir antalet färre. Det blir dock aldrig färre än tio journaler per boende. Totalt har journaler för 55 653 patienter begärts in. Journaler har inkommit för 54 349 patienter. Av dessa har journaler för 53 845 patienter kunnat bearbetas. I de fall journalerna inte har kunnat bearbetas har det framför allt berott på att det har saknats signaturnamn i journalerna eller att algoritmen inte har uppfattat datumstämplarna i journalen och därmed inte kunnat dela upp journalen i olika inlägg.

Mängden journaler som begärts in är anpassad för att ge ett rättvisande underlag. Urvalet är nödvändigt för att ge goda förutsättningar att genomföra granskning på kommunnivå. I underlaget finns journaler från patienter som bott på boendet under hela insamlingsperioden, patienter som flyttat in under insamlingsperioden samt patienter som avlidit under perioden. Det gör det möjligt att granska att den breda patientgruppen givits en god vård, men också vård som specifikt gäller vård i livets slutskede.

Den maskinella journalgranskningen har tagit avstamp i de metoder som används i markörbaserad journalgranskning (MJG), där man med hjälp av markörer identifierar vilka journaluppgifter som ska granskas vidare för att upptäcka vårdskador. Den granskning som IVO har gjort är maskinell, där flera sökord och begrepp har använts för att identifiera olika företeelser i vården.

Den maskinella journalgranskningen har genomförts i två steg. Först har respektive journal maskinellt delats in i journalinlägg. För varje inlägg har tid för inlägget, namnet och yrkesrollen för personen som författat inlägget extraherats. Detta används för att se när i tid något har skett samt hur många olika personer och yrkesroller som antecknar i journalen. I nästa steg har sökord, även kallade markörer, använts för att hitta information i journalinläggen som kan ge

² Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

information om hur vården utförts. Till exempel har en sökning gjorts för ord som kan kopplas till vårdplan (t.ex. behandlingsplan eller vpl) för alla inlägg i en patients journal.

Styrkor och svagheter

Svensk äldreomsorg brottas med stora brister, därför blir också tillsynen omfattande. Det kräver nya arbetssätt, vilket i sin tur gjort det möjligt att samla in ett större underlag för granskningen än vad som annars varit fallet. Det är en stor styrka med metoden och det har resulterat i en rad nyckeltal som tillsammans ger förståelse för hur patienter bedöms och behandlas i den kommunala hälso- och sjukvården på SÄBO i Sverige som helhet, men också i enskilda kommuner.

En utmaning med maskinell journalgranskning är att hitta träffsäkra markörer, det vill säga sökord eller meningar, för alla frågeställningar. Generellt sett blir inte resultaten mer relevanta än de sökord som använts, och är också beroende av hur standardiserat personalen dokumenterat. Det kan också finnas skillnader över landet avseende hur olika vårdsituationer benämns och dokumenteras. Sökorden som använts finns samlade i en särskild bilaga (se bilaga 1). Det kan även finnas andra utmaningar, exempelvis om det i journalen använts ord för vård som inte getts. Det kan t.ex. handla om att journalgranskningen söker efter om patienten har fått ett specifikt läkemedel och det i journalen är dokumenterat att en patient inte har fått detta. Då finns risk för s.k. falska fynd eftersom journalgranskningsverktyget letar efter specifika ord. I de fall där det är relevant har en anpassning gjorts för detta där meningar med vissa negationer exkluderas.

IVO är också medveten om att olika kommuner har olika tekniska system för journalföring och därmed journaler i olika format. Ett journalinlägg ska innehålla kombinationen av tidsangivelse (datum och tidpunkt), yrkesroll och namn och verktyget har utvecklats för att kunna hantera en majoritet av all variation som finns mellan kommuner. En validering har gjorts av såväl markörorden som hur väl verktyget hanterar extraheringen av journalinlägg. Resultatet av valideringen redogörs för i nästkommande avsnitt.

3.2 Validering av journalgranskningsresultatet

För att få en överblick över osäkerheterna i resultatet från den maskinella journalgranskningen har en validering genomförts. Det har gjorts genom en manuell journalgranskning av 106 kompletta journaler med IVO:s inspektörer för att kunna beräkna samstämmigheten i markörerna för tillsynsområdena. Utöver detta har cirka 14 000 anteckningar validerats separat för att se hur väl den maskinella journalgranskningen identifierar en anteckning. Båda valideringar har gjorts för att se hur stor skillnad en manuell och maskinell granskning ger. I den manuella journalgranskningen har inspektörerna sökt efter om tex. brytpunktssamtal skett, läkemedelsgenomgång har gjorts eller om en vårdplan finns

utifrån deras bedömning, det vill säga inte bara utifrån de sökord som den maskinella granskningen har använt.

Tabellen nedan visar samstämmigheten mellan den maskinella och manuella journalgranskningen. Som nämns ovan, så indikerar valideringsnivån överensstämmelsen i att identifiera en anteckning (datum, namn och roll) eller en markör för att identifiera risker för eventuella brister.

Valideringsnivå	Markörer	Samstämmighet
Anteckning	Rätt datum har identifierats	99,1%
Anteckning	Rätt namn (av sjuksköterska) har identifierats	98,7%
Anteckning	Rätt roll (sjuksköterska) har identifierats	98,5%
Journal	Patienten har avlidit	95%
Journal	Förekomst av brytpunktsamtal	81%
Journal	Användande av KVÅ/-ICF-koder	83%
Journal	Förekomst av läkemedelsgenomgång	84%
Journal	Förekomst av läkemedel som bör undvikas	85%
Journal	Förekomst av vårdplan	66%
Journal	Förekomst av palliativa läkemedel	* 3

Överlag finns en låg förekomst av fel (i snitt är träffsäkerheten för datum, namn och roll cirka 98,8 procent) vid identifikation av journalinlägg. Detta har alltså en låg påverkan på kommunresultatet. Nyckeltal som bygger på tid används för beräkning av antal sjuksköterskor och kontinuitet.

Vidare har valideringen påvisat en god samstämmighet, över 80 procent, mellan den maskinella och den manuella granskningen för markörer som identifierar risker. Ett undantag är förekomsten av vårdplaner, där träffsäkerheten är 66 procent. Generellt övervärderar den maskinella granskningen förekomsten av vårdplaner i jämförelse med den manuella granskningen. Det beror på att även vårdplaner som avser en specifik åkomma eller sjukdom riskerar att räknas med, även om patienten saknar en vårdplan för vården på SÄBO. Det är viktigt att känna till i det fortsatta tillsynsarbetet och utgör en tydlig indikation på var den maskinella träffsäkerheten kan utvecklas.

³ Samstämmigheten för palliativa läkemedel kan inte beräknas då vi definierar palliativa läkemedel som att vi hittar minst tre olika palliativa läkemedel i samma journal. Däremot kan så kallad precision och recall beräknas för förekomsten av enskilda palliativa läkemedel på anteckningsnivå. Precision är 0,76 och recall 0,88.

I redogörelsen av nyckeltal i rapporten förekommer begreppet ”en vanlig månad”. Det syftar här på en medianmånad. Beräkningen görs genom att ta medianen av samtliga månaders värde. För resultat som innefattar begreppet ”en vanlig månad” har samstämmigheten inte kunnat beräknas eftersom de innefattar komplexa beroenden mellan flera markörer och i tid. Detsamma gäller indikatorer som mäts i två steg, till exempel om en sjuksköterska har dokumenterat att läkarkonsultation skett eller inte inför att behandling med palliativa läkemedel inleds.

Slutligen har en extern kodgranskning av kodbasen som bland annat identifierar journalinlägg och aggregerar resultat till nyckeltal genomförts. Resultaten av denna genomgång är en väldokumenterad kod utan tydliga felaktigheter som påverkar resultatet.

3.3 Enkätundersökningar

För att fördjupa bilden av förutsättningarna för god och säker vård för personer som bor på SÄBO har IVO i tillsynen genomfört ett antal enkätundersökningar. Enkäter ger en möjlighet att besvara frågor som är svåra att fånga med maskinell journalgranskning och fungerar därmed som komplement till journalgranskningen. Ett exempel är frågor om kompetens och språk, där det saknas underlag från journalgranskningen. Genom enkätsvaren skapas även ökad förståelse för patienters och närståendes upplevelser kring medicinsk vård och behandling på SÄBO. Enkäterna skickades ut under 2021-2022. Rapporten omfattar enkät svar från följande respondentgrupper:

- *Enkät riktad till närstående och patienter boende på särskilt boende.*

Utskick av enkäten gick via pensionärsföreningarna SPF, PRO, SKPF samt RPG som spred enkäten i sina nätverk. Utöver detta lades även en länk till enkäten upp på IVO:s hemsida. Totalt uppgick antalet respondenter till 687. Svarsalternativen i närståendeenkäten utgörs i de flesta fall av en svarsskala från 0 till 5, där 0 är mest negativt och 5 är mest positivt. Generellt lyfter IVO i rapporten fram hur hög andel som har svarat något av alternativen 0-2.

- *Enkät riktad till vård- och omsorgspersonal på SÄBO.*

Totalt 1 783 respondenter med olika yrkesbakgrund besvarade enkäten. Respondenterna var vård- och omsorgspersonal såsom undersköterskor, vårdbiträden. Svarsalternativen för frågorna i enkäten har i de flesta fall haft följande skala: alltid – oftast – ibland – sällan – aldrig. Generellt lyfter IVO i rapporten fram hur hög andel av respondenterna som inte har svarat ”alltid”. Enkäten fanns även publicerad på IVO:s hemsida under samma insamlingsperiod. Enkäten på hemsidan användes dock inte som det var tänkt och IVO valde därför att ta ner länken till enkäten från hemsidan. Av den anledningen är resultaten från enkäten på hemsidan inte inkluderade i underlaget.

- *Enkät riktad till sjuksköterskor som jobbar i kommunal hälso- och sjukvård.*

Totalt uppgick antalet respondenter till 2 614, där alla arbetade som sjuksköterska med arbetsuppgifter på SÄBO. I den svarsskala som har använts har

sjuksköterskorna i de flesta fall kunnat svara med följande alternativ: alltid – oftast – ibland – sällan – aldrig. Generellt redogör IVO i rapporten hur hög andel av respondenterna som inte har svarat ”alltid”.

Styrkor och svagheter

De tre enkäterna som används i tillsynen i nuläget har skickats ut på olika sätt och har därmed också olika kvalitet och svagheter. Enkäten till sjuksköterskor har skickats ut via kommunernas registratur. Där har IVO fått in 2 614 svar med en god spridning mellan kommuner och proportionalitet gentemot kommunernas storlek.

Enkäten till närstående och patienter har skickats ut via pensionärsförbund samt funnits tillgänglig via länk på IVO:s hemsida. Den absoluta majoriteten av respondenterna är närstående – patienterna utgör endast 15 personer – varför IVO redovisar svaren som närståendes syn på verksamheten. Det totala antalet svar i närståendeenkäten är 687 stycken. Det finns en god spridning mellan landets kommuner, dock finns det vissa kommuner med ett oproportionerligt litet antal svar i förhållande till sin kommunstorlek och vice versa. På grund av denna svaghet används svaren från den här enkäten endast för att ge en bild på nationell nivå, inte för enskilda kommuner.

Enkäten som avser vård- och omsorgspersonalens erfarenheter har skickats ut via fackförbundet Kommunal. Totalt har 1 783 respondenter svarat på enkäten och det finns en god spridning mellan landets kommuner. I likhet med närståendeenkäten finns det dock vissa kommuner med ett oproportionerligt litet antal svar i förhållande till sin kommunstorlek och vice versa. Svaren används därför endast för att ge en bild på nationell nivå och inte för enskilda kommuner. Enkäternas frågor och svarsalternativ redovisas i bilagor.

4. Slutsatser och fortsatt tillsyn

Resultaten hittills i granskningen bekräftar, och preciserar, tidigare kända kunskaper om brister och patientsäkerhetsrisker inom äldrevården. Det är första gången som det genomförs en nationell tillsyn av vården vid SÄBO, det vill säga att alla kommunalt drivna SÄBO:n i hela landet granskas samtidigt. Det fördjupar kunskapen om hur bristerna och riskerna är fördelade. Det skapar i sin tur förutsättningar för IVO att genomföra tillsynen mer träffsäkert och på så sätt med ökad effekt. Resultaten lägger grund för IVO:s fysiska inspektioner i samtliga kommuner med SÄBO i kommunal regi, med start under hösten 2022, och kommer då att kunna verifieras och kompletteras.

Svensk äldrevård och omsorg har haft omfattande brister och risker under många års tid. IVO:s tidigare tillsyner har inte haft tillräcklig effekt och har inte lett till att vårdgivare och huvudmän vidtagit förbättringsåtgärder i tillräcklig grad. Enstaka kritikbeslut eller övergripande iakttagelser har inte förmått att stimulera lärande och bidra till förbättringsarbete. Tillsynen har därmed inte bidragit till ökad

beredskap för att möta framtidens utmaningar, som i stora delar redan är här. Pandemin synliggjorde bristerna och orsakade ytterligare påfrestningar och utmaningar, inte minst avseende bemanning. De kvardröjande effekterna av pandemin är fortfarande synliga, och till det kommer de tidigare identifierade utmaningarna med den långsiktiga demografiska utvecklingen, kompetensförsörjningen och övriga kvalitetsaspekter.

Lagstiftningen som ska garantera äldre på SÄBO en säker och god vård är tydlig. Det finns både övergripande regler om vårdgivarnas skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten så att en god vård nås, samt olika detaljerade regler om bland annat individuell planering av vården, läkemedelshantering och vård i livets slutskede. Dessa regler har inte följts fullt ut.

Kompetensbristen är en allvarlig risk då multisjuka äldre personer vårdas av vård- och omsorgspersonal som många gånger saknar adekvat utbildning och tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Riskerna med detta ökar ytterligare eftersom arbetssätten som regel bygger på att det är denna personal som gör de direkta bedömningarna av patienten, rapporterar detta till sjuksköterska, som i sin tur rapporterar till läkare vid behov. Läkemedelshanteringen bygger i praktiken på att sjuksköterska delegerar uppgifter till vård- och omsorgspersonal med bristande kompetens för uppgiften. Mer än varannan sjuksköterska anser att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till detta.

Omfattande läkemedelsbehandling i en känslig patientgrupp, i kombination med olika huvudmän och vårdgivare, ställer höga krav på rutiner, tydlighet i kommunikation och informationsöverföring. Tillsynen visar att ungefär hälften av patienterna saknar en dokumenterad läkemedelsgenomgång och att 20 procent av patienterna har olämpliga läkemedel. Sjukvården. IVO kan konstatera att den låga graden av regelefterlevnad innebär tydliga risker för patientsäkerheten och risk för vårdskador. Läkemedelsbiverkningar som är möjliga att förebygga riskerar leda till försämrad hälsa och livskvalitet och onödiga akuta inläggningar av äldre på sjukhus.

God dokumentation och kommunikation är avgörande när arbetssätten bygger på att ickelegitimerad vård- och omsorgspersonal (ofta utan adekvat utbildning) möter patienten i vardagen och rapporterar till sjuksköterska, som i sin tur rapporterar till läkare, som fattar beslut om medicinsk vård och behandling. Denna kedja, bräcklig i sig, utmanas ytterligare om det är låg kontinuitet i personalgruppen, bristande journalföring, vårdplaner som inte finns tillgängliga för all berörd personal, osäker läkemedelshantering och dessutom omfattande språkförbistringar i personalgruppen. Det leder till missade diagnoser, avvikelser, utebliven vård, försämrat hälsotillstånd och en allmänt patientosäker vård. Tillsynen visar att det i en betydande del av vården vid SÄBO saknas dokumentation i journalen över vilken riktning vården ska ha eller vilken vård som planeras för enskilda patienter. Förutom att dessa brister leder till fara för patientens liv och hälsa leder de till stora svårigheter för vårdgivaren att följa upp vården och bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Dokumentationsbördan

ska inte öka, men det är ett grundläggande krav att det i en patientjournal går att följa den vård och behandling som planerats och genomförs.

IVO konstaterar även att patienter och närstående inte känner sig trygga med vården i livets slutskede. Det råder en brist på information och delaktighet samt förekomst av brytpunktssamtal. Även om brytpunktssamtal kan ha genomförts så noterar IVO att samtalen i låg grad dokumenterats i den journal som kommunens personal har åtkomst till. Därmed omöjliggörs eller försvåras genomförandet av vård i livets slutskede enligt brytpunktssamtalet.

Tillsynen bekräftar problembilden och preciserar förekomsten av patientsäkerhetsbrister. Variationen är stor över landet, men IVO konstaterar att ingen kommun till fullo följer de lagar och regler som gäller för vården vid SÄBO. Lågstanivån är för låg och det är inte acceptabelt. Lagstiftningen som ska garantera äldre patienter på SÄBO en säker och god vård måste upprätthållas. Det är mot denna allvarliga bakgrund som den nationella tillsynen nu fortsätter. IVO avser att driva tillsynen långsiktigt till dess att tillräckliga effekter för patienterna kan konstateras. Fokus är att:

- Genom återkoppling till vårdgivarna av tillsynens iakttagelser bidra till lärande och förbättringsarbete. IVO bedömer att samtliga kommuner har ett jobb att göra, och att även de kommuner som är relativt sett bäst eller bättre också behöver genomföra förbättringsåtgärder för att uppnå lagens krav. I valda delar inkluderas regionerna i återkoppling även i denna fas av tillsynen.
- Genom tillsynsbeslut där brister i aktuell verksamhet påtalas gentemot vårdgivare och huvudmän definiera lågstanivån, dvs. var gränsen enligt lagstiftningen går för hur låg graden av kvalitet och säkerhet i vården vid SÄBO som är acceptabelt. ” I de fall IVO anser det nödvändigt kan myndigheten komma att vid vite förelägga ansvariga för verksamheter att vidta åtgärder för att säkerställa en god och säker vård eller alternativt förbjuda verksamheter.

De fysiska inspektionerna kommer att påbörjas under hösten 2022 och fortsätta under våren 2023. Tillsynsbeslut kommer att fattas gällande samtliga kommuner. .

Referenser

Publikationer

Inera 2022. Statistik för Nationell patientöversikt (per den 2022-04-08)

IVO 2020. Vad har IVO sett 2019?

IVO 2021. Vad har IVO sett 2020?

IVO 2022. Vad har IVO sett 2021?

Socialstyrelsen 2019. Öppna jämförelser 2018

Socialstyrelsen 2021. Lista över läkemedel som bör undvikas till äldre

Socialstyrelsen 2022 a. Socialstyrelsens termbank,
<https://termbank.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen 2022 b. Vård och omsorg om äldre 2022

Socialstyrelsen 2022 c. Öppna jämförelser 2022. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen

Szebehely 2020. Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden. Underlagsrapport till SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.

Lagar, förordningar och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL

Patientdatalagen (2008:355), PDL

Patientlagen (2014:821), PL

Patientsäkerhetslagen (2010: 659), PSL

Proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om
livsuppehållande behandling

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos
personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre,

Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom
den kommunala hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:67)

Bilagor

Bilaga 1 Markörer/sökord

Bilaga 2 Enkät till boende och närstående

Bilaga 3 Enkät till vård- och omsorgspersonal

Bilaga 4 Enkät till sjuksköterska



Statsbidrag avseende personligt ombud för år 2023

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden

att från Länsstyrelsen Kalmar län ansöka om statsbidrag avseende personligt ombud för år 2023.

Ärendebeskrivning

Personligt ombud är en verksamhet som kommunen kan bedriva till stöd för vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar. Personligt ombud ska arbeta på den enskildes uppdrag i syfte att den enskilde ska få sina rättigheter tillgodosedda och tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service utifrån önskemål och behov.

Kommuner kan ansöka om statsbidrag hos Länsstyrelsen för finansiering av personligt ombud. Ansökan ska ha kommit in till Länsstyrelsen senast den 1 mars 2023 och redovisas senast den 15 januari 2024. Antal/andel anställda ombud avgör hur bidraget fördelas mellan kommunerna.

För år 2022 fick socialnämnden 202 941 kr i statsbidrag till personligt ombud som omfattar en halvtidstjänst.

Beslutsunderlag

Förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Beslutet skickas till

Enhetschef Vuxen/IFO
Verksamhetsutvecklare

--	--	--	--	--



Statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg (återhämtningsbonusen) för år 2023

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden

att hos Socialstyrelsen ansöka om 2 miljoner i statsbidrag avseende återhämtningsbonusen för år 2023.

Ärendebeskrivning

Syftet med statsbidraget är att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personalen. Medel kan sökas för kostnader avseende projekt som innebär att verksamheten prövar nya eller vidareutvecklar befintliga arbetsmetoder, arbetssätt eller arbetstidsmodeller för att långsiktigt stärka arbetsmiljön inom äldreomsorgen.

För år 2022 erhöll nämnden 2 000 000 kronor efter ansökan om statsbidrag gällande återhämtningsbonusen. Målet för projektet är att genom tidiga och samordnade insatser, i samverkan mellan socialförvaltningen och personalavdelningen, minska korttidsfrånvaron. Syftet med årets ansökan är att fortsätta implementera och utveckla detta arbetssätt. Under 2022 kan vi se positiva resultat av projektet såsom minskad korttidsfrånvaro och god stämning i arbetsgruppen. De aktiviteter som planeras är bl.a. riktade individuella insatser till enskilda medarbetare med hög korttidsfrånvaro.

Beslutsunderlag

Socialstyrelsens anvisningar dnr. 9.1-33825/2022.

Beslutet skickas till

Verksamhetschef
Verksamhetsutvecklare

--	--	--	--	--

Anvisningar för att ansöka om statsbidrag för 2023 för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg

Socialstyrelsen har tidigare fördelat statsbidrag till regioner och kommuner för insatser som bidrar till att främja ett hållbart arbetsliv för personal inom hälso- och sjukvårdsverksamhet samt socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer. Statsbidraget kan även sökas specifikt för projekt som leder till att minska delade turer inom äldreomsorgen.

Syftet med statsbidraget är att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personalen inom dessa verksamheter.

Regioner och kommuner kan nu söka medel för projekt 2023.

Sista datum att inkomma med ansökan är den 21 februari 2023.

Läs förordningen (2021:313) om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg samt syftet med bidraget samt dessa anvisningar innan ni fyller i och skickar in ansökan. Läs mer om uppdraget: [\[länk till webbsida\]](#).

Bidragets storlek

Statsbidraget som ska fördelas efter ansökan 2023 är 1 594 700 000 kronor.

348 145 000 kronor ska fördelas för hälso- och sjukvårdsverksamhet enligt bestämmelserna i förordningen (2021:313) om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg.

646 555 000 kronor ska fördelas för verksamhet i äldreomsorgen i enlighet med förordningen (2021:313) om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg.

600 000 000 kronor ska fördelas till kommuner för att minska eller ta bort delade turer inom äldreomsorgen enligt bestämmelserna i förordningen (2021:313) om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg.

Vilka kan söka medlen?

Regioner och kommuner som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård samt socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer kan söka medlen eller där skötseln har överlämnats till en juridisk person enligt 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725).

Vad kan ni söka medel för?

Statsbidraget kan sökas för att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personal. Medel kan sökas för kostnader avseende projekt som innebär att verksamheten prövar nya eller vidareutvecklar befintliga arbetsmetoder, arbets sätt eller arbetstidsmodeller för att långsiktigt stärka arbetsmiljön. Det är viktigt att det tydligt framgår en koppling till dessa tre områden i er projektbeskrivning samt att projektet inte finansierar ordinarie verksamhet inom den egna organisationen.

Kommuner kan även söka medel för projekt som innebär en minskning av delade turer inom äldreomsorgen. Delade turer innebär två arbetspass med ett uppehåll på över en timme emellan.

Statsbidrag kommer inte beviljas för;

- För projekt som enbart innehåller kartläggningar
- Renovering av kontor för att skapa en bättre fysisk arbetsmiljö
- Kompetensutveckling kopplat till yrkesroll

Instruktion för ansökan:

I e-tjänsten för statsbidrag är antalet projekt begränsade till 20. Om ni söker medel för fler än 20 projekt behöver ni kontakta oss för en särskild ansökningsblankett som ni behöver fylla i.

Socialstyrelsen uppmanar kommuner att noggrant gå igenom privata aktörers projekt för att säkerställa att det är förenligt med statsbidragets syfte innan det skickas in till myndigheten.

När kan ni använda medlen?

Socialstyrelsen betalar ut medlen under våren 2023 och de kan användas till och med den 31 december 2023.

Bidrag lämnas för projekt som påbörjas efter den 1 januari 2023. Detta gäller endast nya projekt som ni tidigare inte beviljats medel för. För projekt som beviljats vid tidigare ansökningsomgångar gäller inte denna bestämmelse.

När behöver Socialstyrelsen ha er ansökan?

Ansökan ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast den 21 februari 2023. Vi beräknar att ge samtliga sökanden ett skriftligt besked om beslut under våren 2023.

Särskilda prioriteringar

Socialstyrelsen får prioritera mellan inkomna ansökningar om bidrag och ge företräde till de ansökningar som bäst bedöms uppfylla det syfte med bidraget.

Vid prioriteringen mellan inkomna ansökningar får intresset av en geografisk spridning över hela landet beaktas.

Hur gör ni ansökan?

Socialstyrelsen har tagit fram ett webbformulär för de uppgifter som vi efterfrågar i ansökan. Formuläret återspeglar de villkor som framgår av förordning 2021:313. Ansökan görs via Socialstyrelsens e-tjänst. Läs mer om e-tjänsten för statsbidrag: <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/om-etjansterna/e-tjansten-for-att-soka-statsbidrag/>

Vad gäller för återrapportering och återbetalning av medel?

Bidragsmottagare ska i början av 2024 lämna en kortfattad ekonomisk redovisning och en sammanfattande redogörelse till Socialstyrelsen om hur statsbidraget har använts. Redogörelsen ska även innehålla en sammanfattande bedömning av hur och på vilket sätt projektet har bidragit till att uppfylla det syfte med bidraget som anges i 2 § i förordningen samt hur projektet kommer att tas om hand inom verksamheten när bidraget upphör. Socialstyrelsen skickar i början av 2024 ut ett webbformulär för återrapportering till respektive kommuns eller regions registratur.

Medel som inte har använts eller som inte har använts för de ändamål som det lämnats för ska återbetalas till Socialstyrelsen. Bidraget ska även betalas tillbaka om det har beviljats på felaktig grund eller med för högt belopp, om bidragsmottagaren inte har återrapporterat på föreskrivet sätt eller om villkor i beslutet om bidrag inte har följts. Socialstyrelsen fakturerar berörda bidragsmottagare.

Socialstyrelsen får besluta att helt eller delvis avstå från återkrav om det finns särskilda skäl för det.



§ 16

Genomlysning av arbetssätt inom hemtjänsten.

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott beslutar

att ge Maria Svanborg, verksamhetschef ÄO och HSV, i uppdrag att genomlysa hemtjänstens arbetssätt.

att ge Maria Svanborg, verksamhetschef ÄO och HSV, i uppdrag att presentera förbättringsåtgärder.

Ärendebeskrivning

Maria Svanborg, Verksamhetschef ÄO och HSV, kommer att lämna en rapport till socialnämndens arbetsutskott inom 6 månader.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

Maria Svanborg, Verksamhetschef ÄO och HSV

--	--	--	--	--



§ 17

Handlingsplan Fossilbränslefri kommun 2030, remissversion

Beslut

Socialnämndens arbetsutskott föreslår socialnämnden

att inte lämna några synpunkter.

Ärendebeskrivning

Inkommit Handlingsplan för fossilbränslefri kommun 2030 från Kommunledningsförvaltningen, Tillväxtenheten.

Remissvar ska ha inkommit senast 2023-03-03 till jenniefridalinn.gustafsson@borgholm.se, miljöstrateg.

Beslutsunderlag

Handlingsplan för fossilbränslefri kommun 2023.

Beslutet skickas till

Socialnämnden

--	--	--	--	--



Handlingsplan för fossilbränslefri kommun 2030

Remissversion 2022-12-20

Revideras senaste år 2027

Kommunstyrelsen är dokumentansvarig

Innehåll

Om handlingsplanen	3
Beställare	3
Syfte och omfattning	3
Genomförande och styrning	3
Uppföljning	3
Finansiering av åtgärder	3
Metod4	
Framtagande.....	4
Bakgrund	5
Globala, nationella och regionala mål	5
Relevanta styrdokument	6
Nuläge och trender	6
Energianvändning	6
Förnyelsebar energi	7
Fossil energi.....	7
Indikatorer och mätetal	8
Mätetal för fossilbränslefri energiproduktion:	8
Mätetal för fossilbränslefri energianvändning:	8
Mätetal för effektiv energianvändning:.....	8
Aktiviteter	9
Bilagor	9
Bilaga 1. Aktivitetslista för Borgholms kommun handlingsplan för fossilbränslefri kommun.....	9
Bilaga 2. Energibalans för 2020 för Borgholms kommun.	9

Om handlingsplanen

Beställare

Borgholms kommunsstyrelse tog beslut 2021/89-007 om att revidera kommunens hållbarhetspolicy (antagen av kommunfullmäktige 2020-05-18), Energi- och klimatstrategin (antagen av kommunfullmäktige 2019-11-18) samt handlingsplanen för Energi- och klimatstrategin (antagen av kommunfullmäktige 2020-09-14). Detta är den reviderade versionen av handlingsplanen för klimat och Energi.

Syfte och omfattning

Handlingsplanen berör Borgholms kommunkoncern, men kan rikta sig till Borgholms kommun som geografiskt område. Syftet med handlingsplanen är att skapa långsiktighet i arbetet, underlätta samverkan och ge en helhetsbild av arbetet fram till 2027. Fokus ligger på åtgärder som leder till kvarstående förändringar inom organisationen och i Borgholms kommun som geografiskt område.

Målet som ligger till grund för handlingsplanen är att bli fossilbränslefria år 2030. Därför omfattar handlingsplanen enbart klimatpåverkan av fossila bränslen, och kommer inte att inkludera åtgärder som berör övriga växthusgaser eller att binda koldioxid. Klimatpåverkan av konsumtion av varor och tjänster som produceras utanför kommunen som geografiskt område ingår inte.

Handlingsplanen ska komplettera andra styrande dokument som berör energi och klimat, däribland vindkraftsplanen, cykelstrategin och översiktsplanen.

Aktiviteter som berör Borgholms kommun som organisation eller utövas på kommunal mark betecknas med ORG (organisation) i handlingsplanen. För aktiviteter i Borgholms kommuns geografiska område betecknas med GEO (geografiska). I dessa aktiviteter har kommunen inte rådighet utan kan främst bidra med rådgivning och samverkan.

Genomförande och styrning

Målet om att bli fossilbränslefri år 2030 är taget av kommunfullmäktige och ska vara en del av Borgholms kommuns årsplan och budget. Mätetal och aktiviteter läggs årligen in i ansvarig förvaltnings eller bolags verksamhetsplan. Aktiviteter ska utföras av en eller flera förvaltningar och bolag som har ansvar för genomförandet.

Uppföljning

Aktiviteter följs upp genom ordinarie uppföljning av respektive förvaltnings verksamhetsplan.

Finansiering av åtgärder

Hur aktiviteter finansieras beror på dess karaktär. Aktiviteter som successivt utvecklar kommunens verksamhet finansieras inom befintlig ram alternativt äskas medel inom ordinarie budgetprocess. Extern finansiering ska sökas när det är möjligt.

Metod

Förslaget till handlingsplan är framtaget i dialog med tjänstepersoner. Miljö- och hållbarhetsberedningen och kommunstyrelsen har ansvarat för beredningen av förslaget till handlingsplan.

Framtagande

Projektledare för arbetet är Frida Gustafsson (miljöstrateg, kommunledningsförvaltningen), men ett flertal tjänstepersoner har bidragit till framtagandet av handlingsplanen.

- Linda Kjellin (chef ekonomavdelningen, kommunledningsförvaltningen)
- Veronica Grandin (controller, kommunledningsförvaltningen)
- Jan-Åke Johansson (chef Gata/Park, kommunledningsförvaltningen)
- Hilda Karlsson (bygglovschef, kommunledningsförvaltningen)
- Lars-Gunnar Fagerberg (chef tekniska avdelningen, kommunledningsförvaltningen)
- Elias Kristmansson (drifttekniker Fastighet, kommunledningsförvaltningen)
- Anders Magnusson (chef över tillväxtavdelningen, kommunledningsförvaltningen)
- Leon Hansson (samhällsplanerare, kommunledningsförvaltningen)
- Åsa Bejemar (planarkitekt, kommunledningsförvaltningen)
- Hanna Andersson (planarkitekt, kommunledningsförvaltningen)
- Daniel Hägerby (energirådgivare, kommunledningsförvaltningen)
- Sven Jansson (chef miljöenheten, kommunledningsförvaltningen)

Bakgrund

Borgholms kommun arbetar mot hela Agenda 2030, med fokus på fyra valda kommunfullmäktigemål; *God hälsa och välbefinnande*, *God utbildning för alla*, *Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt* samt *Hållbar konsumtion och produktion*. Arbetet med att få Borgholms kommun fossilbränslefri bidrar till Agenda 2030. Kommunfullmäktige tog beslut om att uppdatera strategin och handlingsplan för klimat- och energi samt hållbarhetspolicy (Dnr 2021/89 007 KS, beslut 2022-02-14) för att få en tydligare styrning och ansvarsfördelning inom miljöarbete. Detta dokument ersätter den tidigare handlingsplanen för energi och klimat (antagen av kommunfullmäktige 2020-09-14 § 144).

Globala, nationella och regionala mål

I Parisavtalet, år 2015, kom världens länder överens om att begränsa den globala uppvärmningen till under 2 °C, vilket Sverige har implementerat i svensk lagstiftning. Inom detta arbete har ett klimatpolitiskt ramverk tagits fram, med klimatlag, klimatmål och ett klimatpolitiskt råd. Enligt klimatlagen ska regeringen årligen redovisa hur arbetet mot klimatförändringar fortskrider och vart fjärde år ska en ny handlingsplan tas fram. Det övergripande målet för Sveriges klimatmål är att Sverige år 2045 inte har några nettoutsläpp av växthusgaser i atmosfären, och därefter negativa utsläpp. För att nå detta finns etappmål, exempelvis att Sverige år 2030 ska ha 63 % lägre utsläpp av växthusgaser än år 1990. Aktiviteter i handlingsplanen ligger i linje med att arbeta mot de globala hållbarhetsmålen Agenda 2030, främst *Hållbar industri, innovationer och infrastruktur*, *Hållbara städer och samhällen*, *Hållbar konsumtion och produktion* samt *Bekämpa klimatförändringarna*. Arbetet bidrar även till att uppnå de svenska miljömålen, främst *Begränsad klimatpåverkan* och *God bebyggd miljö*.



Figur 1. De huvudsakliga Agenda 2030-målen och Sveriges miljömål som berörs av handlingsplanen.

I Region Kalmar län finns sedan 2006 mål för att få regionen fossilbränslefri. Arbetet för att uppnå detta summeras i mål och aktiviteter i handlingsprogrammet NoOil. Borgholms kommun har beslutat att arbeta enligt den regionala handlingsplanen och dess mål.

Relevanta styrdokument

- Fastighetsstrategi för Borgholms kommun (Antagen av kommunfullmäktige 2018-02-09 § 48)
- Lokalförsörjningsplan Borgholms kommun 2020 (Antagen av kommunstyrelsen 2019-10-22 § 162).
- Cykelstrategi för Borgholms kommun 2020 – 2025 (Antagen av kommunfullmäktige 2020-09-14 § 145)
- Digitaliseringsstrategi (Antagen av kommunstyrelsen 2019-09-24 § 142).
- No Oil – Regional handlingsplan för fossilbränslefritt 2030.

Nuläge och trender

Jordens klimat förändras i en snabb takt på grund av klimatiförändringar.

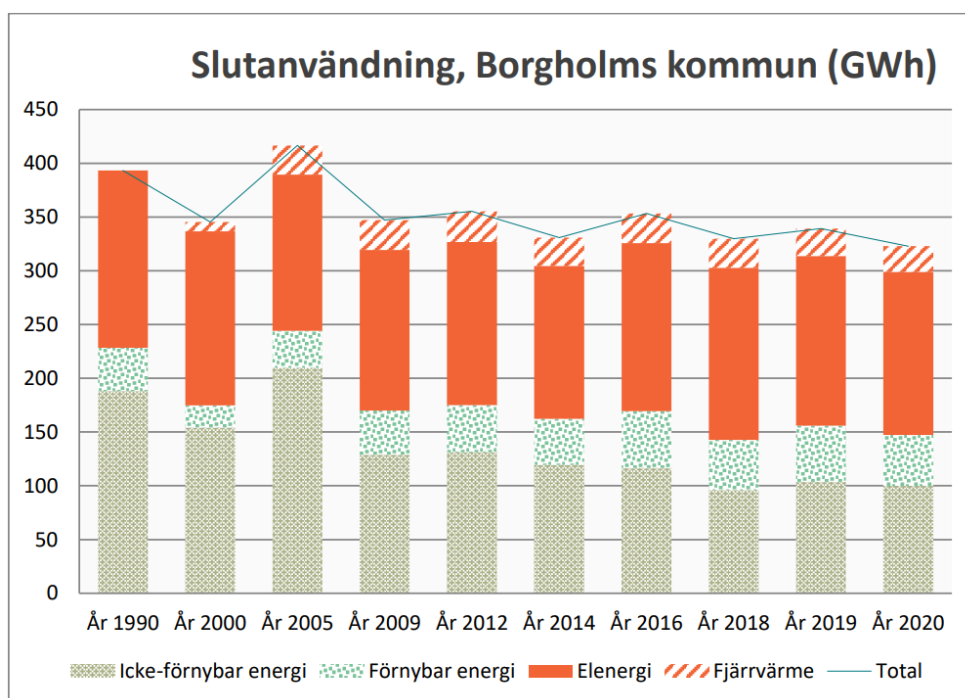
Klimatiförändringar orsakas av utsläpp av växthusgaser, där fossila bränslen, som kol, olja och naturgas, är den internationellt största bidragande faktorn. FN:s forskningspanel för klimatiförändringar, IPCC, har konstaterat att växthusgaser i atmosfären har ökat sedan förindustriell tid, från 280 ppm (parts per million) till 421 ppm (uppmätt 19 juni 2022) och att detta är förorsakat av människan. I en rapport från 2021 fastslår de att de senaste fyra decennierna har blivit successivt varmare än något decennium innan 1850, och att en global uppvärmning på 1,07 °C har skett mellan 1850 – 1900 till 2010 – 2019 på grund av mänsklig aktivitet (IPCC, 2021) och dess utsläpp av växthusgaser.

IPCC beskrev i sin senaste rapport (IPCC, 2022) att pågående klimatiförändringar är ett hot mot människors och jordens välbefinnande, där runt 3,3 – 3-6 miljarder människor bor i de områden som är mest sårbara för temperaturförhöjningar, och miljontals människor påverkas redan idag av extrema väderförändringar på grund av klimatiförändringar. För att minska klimatiförändringarna och dess katastrofala effekter krävs det att vi minskar koldioxidutsläppen drastiskt. Fortsätter vi globalt med samma utsläppstakt som idag har vi nått över Parisavtalets 1,5 °C gräns inom 8 år. Sverige har minskat sina territoriella utsläpp (utsläpp som uppstår inom Sveriges gränser) av växthusgaser med 33 % mellan 1990 och 2021, vilket beror på minskade utsläpp från industrin och övergång till förnybar energi och energieffektivisering.

Energianvändning

Borgholms kommun har som mål att uppnå en förnyelsebar energiproduktion och energianvändning samt en mer effektiv energianvändning. Totalt användes 320 GWh under år 2020 i Borgholms kommun, vilket visar på en svag tendens på minskad energianvändning jämfört med tidigare år med en användning runt 340 GWh. Den viktigaste anledningen till denna förändring var den minskade användningen av fossil energi, en trend som även kunde ses regionalt och nationellt under samma år. Hushåll är den största användaren av energi, och därefter transporter och jord- och skogsbruk.

Borgholms kommun arbetar kontinuerligt med att minska energianvändning inom kommunkoncernen, för att arbeta mot lokala mål och enligt den kommunala fastighetsstrategin.



Figur 2. Energianvändning fördelat på icke-förnybar energi, förnybar energi, fjärrvärme och elenergi, utdrag från Borgholms kommun energibalans 2020.

Förnyelsebar energi

Förnybara energikällor utgörs av solenergi, vindkraft, vattenkraft, geotermisk energi och biomassa. Av den förnyelsebara energi som produceras i Borgholms kommun är vindkraft och bioenergi det huvudsakliga ursprunget. Sedan 2012 har kommunen haft en större förnyelsebar elproduktion än elanvändning, med nästan två gånger så hög produktion som användning. Andelen el som produceras genom solenergi är fortfarande låg, men har ökat snabbt sedan 2020 och visar på en starkt positiv trend.

I kommunen finns även en mindre produktion av biogas vid reningsverket i Borgholm samt vid ett fåtal lantbruk. Det finns en ambition om en större produktionsanläggning vid Alböke, där planen är att både producera fordonsgas och flytande biogas.

Andelen förnybart i den totala energianvändningen i kommunen har förändrats från 32 % 1990 till 69 % år 2020 (Se bilaga, Borgholms kommuns Energibalans 2020).

Fossil energi

Koldioxidutsläppen från fossila bränslen har i Borgholms kommun minskar från 6,4 ton/capita år 1990 till 4,5 ton/capita år 2019. Detta är om man bara ser till utsläpp från fossila bränslen, och speglar den svagt negativa trenden av användningen av fossil energi. Borgholm kommun ska enligt den regionala handlingsplanen ha en helt förnyelsebar energianvändning till år 2030, vilket innebär att användningen av fossila bränslen måste minska drastiskt. Koldioxidemissionerna i Borgholms kommun är störst från transporter (3,37 ton/capita), därefter arbetsmaskiner (0,64 ton/capita), egen uppvärmning (0,35 ton/capita), jordbruket (0,09 ton/capita), produktanvändning (0,04 ton/capita) och industri (0,03 ton/capita).

Koldioxidemissioner från transport kommer främst ifrån personbilar och inrikes civil sjöfart, sedan tunga lastbilar, lätta lastbilar och militär transport.

Medborgare i Borgholms kommun är till stor del beroende av att ha egen transport, eftersom det saknas god kollektivtrafik i stora delar av kommunen. Fossila bränslen används till stor del som drivmedel, men det finns en tydlig trend att nyregistrerade fordon drivs på förnyelsebara drivmedel. Under 2021 var 44 % av det totala antalet inregistrerade personbilar drivna på annat än huvudsakligen bensin eller diesel. Tydligast är att användningen av elfordon ökar.

Indikatorer och mätetal

Borgholms kommun har antagit de regionala målen för att bli fossilbränslefria, och ska uppnå samma mål inom de kommunala gränserna. Detta innebär att Borgholms kommun ska ha en fossilbränslefri energiproduktion, fossilbränslefri energianvändning och en effektiv energianvändning. För att följa utvecklingen i Borgholms kommun har ett fåtal mätetal och indikatorer valts ut. Fyra av mätetalen med tillhörande indikatorer berör kommunens organisation och kommer att följa genom den årliga verksamhetsplanen, resterande berör kommunen som geografisk yta.

För att följa upp det kommunala arbetet med dessa mål kommer följande mätetal att användas:

Mätetal för fossilbränslefri energiproduktion:

- Borgholms kommuns organisation ska öka sin installerade effekt för förnyelsebar elenergi i snitt 100 kW per år, och minst 1000 kW år 2030 jämfört med år 2020.

Mätetal för fossilbränslefri energianvändning:

- Borgholms kommuns bilflotta ska vara 100 % fossilbränslefri år 2025.

Mätetal för effektiv energianvändning:

- Borgholms kommun ska minska primärenergitalet med 10 % från år 2020 till år 2030 på sina ägda fastigheter.

Tabell 1. Indikatorer och mätetal mot målet om fossilbränslefri kommun 2030.

År	2019	2020	2021	2022	2025	2029	2030
Fossilbränslefri energiproduktion							
Andel producerad förnybar el av totalt använd el i kommunen som geografiskt område ¹	100						100
Andel producerad förnybar fjärrvärme av totalt använd fjärrvärme i kommunen som geografiskt område ¹	100						100

¹ Källa: Borgholms kommun

Andelen förnybar fjärrvärmeproduktion i kommunen som geografiskt område ²	97,8	96,7					100
Installerad effekt förnyelsebar elenergi av Borgholms kommuns organisation				248			
Fossilbränslefri energianvändning							
Koldioxidutsläpp per capita (CO ₂ /inv) ^{2,3}	4,61	4,53			1,68 ⁴		0
Utsläpp av koldioxid från transporter ^{2,3}	38490	36533			132331 ⁴		0
Andel fordon med förnyelsebart drivmedel i kommunens organisation (%)				37,5	100		100
Andel miljöbilar i kommunen som geografiskt område (%) ²	12,4	13,2			50		75 ⁵
Slutanvändning av fossil energi (MWh/capita) ²		9,3					0
Andel förnyelsebar värme använd i kommunalt ägda fastigheter (%) ¹				98	100		
Andel förnyelsebar el av totalt använd el i kommunalt ägda fastigheter (%) ¹			100				100
Effektiv energianvändning							
Medelvärde av primärenergital för Borgholms kommuns fastigheter				178,04			160,2

Aktiviteter

Handlingsplanen omfattar hela Borgholms kommun som geografiskt område, men det är begränsat vilken rådighet kommunen har över utvecklingen. De största mängderna utsläpp kommer ifrån transport, arbetsmaskiner och egen uppvärmning, vilket till speglar aktiviteter.

Bilagor

Bilaga 1. Aktivitetslista för Borgholms kommun handlingsplan för fossilbränslefri kommun

Bilaga 2. Energibalans för 2020 för Borgholms kommun.

² Källa: Statistiska centralbyrån

³ Utsläppen avser förbränning av fossila bränslen.

⁴ Ett av målen i NoOil är att år 2025 ska utsläppen från transporter vara 70 % lägre än 2010. Förutsatt att målet nås sänks även koldioxidutsläppen per capita.

⁵ Under följande antagande: Dagens diesel- och bensinfordon som kommer att kunna drivas av biodrivmedel alternativt konverteras till biogas omfattas inte av miljöbilsdefinitionen, vilket gör att andelen miljöbilar inte behöver vara 100 % för att målet om en fossilbränslefri flotta kan nås. Att det räcker med 75 % av bilarna är miljöbilar är ett antagande att resterande bilar drivs av förnyelsebara medel.

Bilaga 1, aktivitetslista för Borgholms kommuns handlingsplan för fossilbränslefri kommun.

140

Aktivitet	Ansvarig ¹	Uppskattad effekt ²	När
Fossilbränslefri energiproduktion			
Samverka för en ökad biogasproduktion och biogasmack i Borgholm genom att informera och skapa dialog mellan relevanta aktörer.	Kommunledningsförvaltning: Tillväxtavdelningen	Hög effekt	Löpande
Fortsätt arbetet med att anlägga solceller på kommunala byggnader: - <i>Undersök kontinuerligt vilka befintliga kommunägda fastigheter som är lämpliga för solceller och installera solceller där det är möjligt.</i> - <i>Installera solceller på kommunägda nybyggnationer och större ombyggnader.</i>	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen	Hög effekt	Löpande
Utred möjligheten att ta fram en solbruksplan för att lokalisera möjliga platser för utbyggnad av solcellsparker.	Kommunledningsförvaltning: Tillväxtavdelningen	Hög effekt	2023 – 2025
Uppdatera vindkraftsplanen	Kommunledningsförvaltning: Tillväxtavdelningen	Hög effekt	2023 – 2027
Fossilbränslefri energianvändning			
Öka andelen fossilbränslefria fordon i den kommunala fordonsflottan: - <i>Ta fram en plan över utfasning över fossildrivna fordon och utred möjlighet till ökad samnyttjande av fordon i kommunal verksamhet.</i> - <i>Köp successivt in fordon med förnyelsebart drivmedel, främst</i>	Kommunledningsförvaltningen: Ekonomiavdelningen	Hög effekt	- 2025

¹ Fetmarkerad avdelning är huvudansvarig för aktiviteten.

² En ungefärlig uppskattning av aktivitetens effekt för att nå målet om fossilbränslefrihet i närliggande tid (i jämförelse med andra aktiviteter på listan).

el och biogas.			
Öka andelen fossilbränslefria tunga fordon och arbetsmaskiner i den kommunala flottan: - <i>Ta fram en plan över utfasning över fossildrivna tunga fordon och arbetsmaskiner, där man även utreder möjlighet till ökad samnyttjande av fordon i kommunal verksamhet.</i> - <i>Köp successivt in fordon och arbetsmaskiner med förnyelsebart bränsle, förutsatt att dessa finns på marknaden.</i>	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen	Medelhög effekt	2022 – 2025
Ta fram och samordna en plan för laddinfrastruktur för allmänheten och kommunal verksamhet. Öka antalet laddstolpar utefter kommunens ökade behov och antalet publika laddstolpar.	Kommunledningskontoret: Tekniska avdelningen , Ekonomiavdelningen	Hög effekt	2023
Ställ krav på fossilbränslefria transporter vid egna upphandlingar. Detta gäller både transport- och resetjänster, samt varutransporter. Dessa ska prioritera el och biogas.	Kommunledningsförvaltningen: Ekonomiavdelningen	Hög effekt	Löpande
Samlasta varutransporter - <i>Säkerställ fortsatt samlastning och utveckla samarbetet med samlastning av varor vid Kvarnholmen.</i>	Kommunledningsförvaltningen: Ekonomiavdelningen	Hög effekt	Löpande
Följ upp och utvärdera anställda på Borgholm kommuns resevanor i förhållande till beslutad resepolicy. Uppföljningen ska med fördel göras via esmaker och populum.	Kommunledningsförvaltningen: Ekonomiavdelningen , Tillväxtavdelningen, HR-avdelningen	Medelhög effekt	Löpande
Köp in grönt bränsle för flygresor via Kalmar Airport. Kompensera även för andelen fossilt bränsle använt genom att köpa in motsvarande fossilbränslefritt bränsle.	Kommunledningsförvaltningen: Ekonomiavdelningen	Hög effekt	Löpande
Installera en båtbottentvätt och spolplatta för fritidsbåtar i	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska	Långsiktig effekt	2022 – 2024

Borgholms hamn, för minskad drivmedelsförbrukning.	avdelningen		
Säkerställ att förnyelsebar energi används i kommunala fastigheter: - Byt ut värmesystem i kommunägda fastigheter drivna av fossil energi till förnyelsebar energi - Borgholms kommun köper redan in 100 % förnyelsebar elenergi. Säkerställ att även förnyelsebar värme köps in.	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen , Ekonomiavdelningen	Hög effekt	2023 – 2025
Utred möjligheten att bli medlem i dElbilspoolen, och i det fall utveckla och marknadsföra tjänsten.	Kommunledningsförvaltningen: Ekonomiavdelningen, Tillväxtavdelningen	Långsiktig effekt	2022 – 2023
Förbättra cykelinfrastruktur i följande stråk: - Trafiksäkert cykelstråk mellan Byxelkrok och Böda - Trafiksäkert cykelstråk mellan Stora Rör - Rälla - Borgholm - Säkra passager av väg 136	Kommunledningsförvaltningen: Tillväxtavdelningen	Hög effekt	Löpande
Förbättra cykelfaciliteterna vid minst 5 platser exempelvis längsmed Ölandsleden, besöksmål, busshållplatser, hamnar och badplatser, exempelvis med cykelparkering och cykelpumpar.	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen , Tillväxtavdelningen	Långsiktig effekt	2023 – 2027
Uppdatera kartmaterial för kommunens cykelvägar. Ta fram en underhåll- och utvecklingsplan.	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen , Tillväxtavdelningen	Långsiktig effekt	2023 – 2024
Genomför åtgärder för fossilbränslefria resval i arbetet och arbetspendling, exempelvis: - Utred KLT-kort som möjlig förmån till kommunanställda - Undersök möjligheten att utöka enhetstaxan till att inkludera sträckan Kalmar – Borgholm - Undersök möjligheten till fler bussturer på östra sidan - Införskaffa fler kommunala cyklar och elcyklar - Förbättra förutsättningar för cykelpendling till kommunens arbetsplatser genom exempelvis	Kommunledningsförvaltningen: Tillväxtavdelningen , Ekonomiska avdelningen , Tekniska avdelningen , HR-avdelningen	Medelhög effekt	Löpande

omklädningsrum, väderskyddad parkering och pump.			
Effektiv energianvändning			
Vid kommunal nybyggnation ska byggnaden vara miljövänlig: - Nybyggnation ska vara certifierad som miljöbyggnad silver eller motsvarande, vilket bland annat innebär en energieffektiv byggnad med fossilbränslefri uppvärmning. - Vid nybyggnation ska man utreda möjligheten att använda CO-tak.	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen	Hög effekt	Löpande
Ta alltid hänsyn till användning av lokaler och utveckla vid möjlighet närvarostyrd el och smart styrning av värme och ventilation. De tekniska system som används ska verksamhetsanpassas.	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen	Medelhög effekt	Löpande
Arbeta fram en kravställning för energianvändning för kommunalt ägda fastigheter i linje med satta mål för energieffektivisering.	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen	Medelhög effekt	2022 – 2024
Ställ krav på hyrda fastigheter: - Formulera krav för hyrda fastigheter som ligger i linje med de krav som ställs på kommunala fastigheter, exempelvis vad det gäller fossilbränslefri el och värme, energieffektivitet, möjlighet till elbilsladdning, cykelpendling och solenergi. - Skapa ett systematiskt arbetsätt för att säkerställa att hyrda fastigheter motsvarar kommunens egna krav.	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen	Långsiktig effekt	2022 – 2027
När armatur och gatubelysning byts ut eller nyinstalleras ska den ha LED-ljuskälla och behovsanpassad styrning. Samordna arbetet med Borgholms Energi.	Kommunledningsförvaltningen: Tekniska avdelningen	Medelhög effekt	Löpande

Ställ krav på energieffektiva och klimatvänliga byggnader vid markanvisning.	Kommunledningsförvaltningen: Tillväxtavdelningen	Medelhög effekt	Löpande
Samverkan, information och kunskap			
Undersök möjligheten att samarbeta för ökad kolinlagring i jordbruksmark.	Kommunledningsförvaltningen: Tillväxtavdelningen	Långsiktig effekt	Löpande
Samordna minst två informationsmöten med näringslivet för övergång till fossilbränslefri verksamhet, speciellt med fokus på transportintensiva yrken och turistföretag.	Kommunledningsförvaltningen: Tillväxtavdelningen	Långsiktig effekt	2023 – 2027
Genom en aktiv och kompetent energi- och klimatrådgivning ge stöd till hushåll, företag och föreningar om hur man minskar sin energianvändning och klimatpåverkan. Detta berör exempelvis solceller, solfångare, energieffektivisering och fossilfri uppvärmning samt möjligheter till användning av överskottsvärme och kyla. Marknadsför och anordna arrangemang för att sprida kunskap kring hur man kan minska sin klimatpåverkan och energianvändning.	Kommunledningsförvaltningen: Miljö- och byggavdelningen	Hög effekt	Löpande
Informera vid inspektion på lantbruk om möjlighet till förnybar energianvändning och produktion samt energieffektivisering. - <i>Kompetensutveckla tillsynspersonal inom temat</i> - <i>Ta fram informationsmaterial att ge vid besök</i>	Kommunledningsförvaltningen: Miljö- och byggavdelningen	Långsiktig effekt	2023 – 2026
Ge information och rådgivning kring lagstiftning kring laddinfrastruktur till företag och föreningar med större parkeringsplatser	Kommunledningsförvaltningen: Miljö- och byggavdelningen	Medelhög effekt	Löpande
Samverka regionalt för handlingsplaner och åtgärder som verkar mot fossilbränslefrihet, exempelvis genom klimatkommissionen och Länsgrupp för minskad klimatpåverkan	Kommunledningsförvaltningen: Tillväxtavdelningen	Långsiktig effekt	Löpande

Samverka för att klimatsmart turism ska stärka kommunens attraktivitet som klimatvänligt resmål. Ta fram och arbeta för lösningar för turister som vill resa klimatsmart.	Kommunledningsförvaltningen: Tillväxtavdelningen	Långsiktig effekt	Löpande
Delta i samarbeten som verkar för hållbara resor och transporter. Det kan handla om aktiviteter inom kollektivtrafik, gång och cykel, men också resfria möten, samåkning, bilpooler och trafikplanering för attraktiva tätorter. Aktiviteterna kan med fördel uppmuntra till hållbar arbetspendling.	Kommunledningsförvaltningen: Tillväxtavdelningen	Långsiktig effekt	2024

Energibalans för 2020

Borgholms kommun



Dokumentinformation

Titel:	Energibalans för 2020 för Borgholms kommun
Författare:	Göran Gustavsson, Projektledare, Energikontor Sydost AB, Smedjegatan 37 352 46 Växjö
Med stöd av:	Tjänstepersoner i Borgholms kommun
Utgivare:	Energikontor Sydost
Utgivet år:	2022

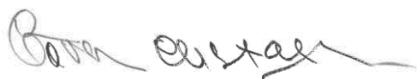
Förord

Denna energibalans är framtagen av Energikontor Sydost AB. Energikontor Sydost ägs av Borgholms kommun och övriga kommuner och Regioner i Blekinge, Kalmar och Kronobergs län och vi ska bidra till att utveckla personer, organisationer och företag. Vårt uppdrag är att skapa medvetenhet, öka kunskap, bygga kompetens och bidra till att öka antalet insatser och åtgärder i linje med att åstadkomma ett *"Hållbart energisystem i sydost"*.

Att ta fram en energibalans kräver ett gott samarbete. Energikontor Sydost har därför tagit fram, bearbetat och analyseras underlag i samarbete med tjänstepersoner i Borgholms kommun, företag i kommunen och fler kollegor på Energikontoret. Värdefulla synpunkter och information från dessa har gjort det möjligt att sätta samman denna rapport.

Vi hoppas att underlaget bidrar till att skapa en översyn av hur energisystemet i Borgholms kommun utvecklas över tid, vilka trender som vi tillsammans ska stötta och bygga vidare på och vilka som måste styras om.

Tack till Er alla som har bidragit.



Göran Gustavsson

Energikontor Sydost, 2022-04-14

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	6
Trend: Svagt minskande energibehov	6
Trend: Andelen förnybar energi i systemet har ökat avsevärt.....	6
Trend: Utsläppen från fossil CO ₂ har minskat, växthusgaserna är mer konstanta.....	7
2. Fakta Borgholms kommun.....	8
Övergripande energi – och klimatmål för år 2030 och framåt.....	9
Energi – och klimatmål för Borgholms kommun	9
3. Slutanvändning 2020	12
Slutanvändning inom olika sektorer	15
4. Förnybar energi	19
Biogas.....	19
Biobränslepannor	20
Solkraft.....	20
Vindkraft	20
Total lokal elproduktion.....	21
Andel förnybart i energianvändningen.....	22
5. Icke-förnybar energi	25
Direktanvändning per samhällssektor av fossila bränslen	27
6. Klimatpåverkan av energianvändningen	29
Koldioxid	29
Alla växthusgaser	34
7. Drivmedel för inregistrerade och nyregistrerade personbilar	38
8. Slutsats och diskussion	40
9. Om rapporten	41
Målsättning och syfte	41
Metod	42
Schablonberäkning avseende värmepumpar	42
Antaganden	42
Bilaga: Sankey-diagram avseende 2020	44

Figurförteckning

Figur 1: Energianvändning fördelat på icke-förnybar energi, förnybar energi, fjärrvärme och elenergi.	13
Figur 2: Energianvändning fördelat på elenergi och förnybar - och icke-förnybar energi. ...	15
Figur 3: Energianvändningen fördelat på olika samhällssektorer.	16
Figur 4: Elanvändningen fördelat på olika samhällssektorer.....	17
Figur 5: Fjärrvärmeanvändningen fördelat på olika samhällssektorer.....	18
Figur 6: Lokal elproduktion och användning i kommunen.	22
Figur 7: Andelen förnybart i den totala energianvändningen.	23
Figur 8: Fördelning av olika andelar av energin 2020 och, till höger, samma fördelning där el och fjärrvärme har värderats och delats upp efter sitt ursprung.....	23
Figur 9: Några olika användningsområden för förnybar energi.	24
Figur 10: Totala oljeleveranser till Borgholms kommun sedan 2001.	26
Figur 11: Totala oljeleveranser till Kalmar län sedan 2001.....	26
Figur 12: Användning av fossil energi per capita.....	27
Figur 13: Direktanvändning av fossil energi för olika samhällssektorer.....	28
Figur 14: Emissioner av koldioxid från olika sektorer i Borgholms kommun.	30
Figur 15: Emissioner av koldioxid från olika transportgrenar i Borgholms kommun.	31
Figur 16: Emissioner av koldioxid från olika sektorer i Kalmar län.	32
Figur 17: Emissioner av koldioxid från olika transportgrenar i Kalmar län.....	33
Figur 18: Utsläpp av olika typer av växthusgaser, omräknat till koldioxidekvivalenter.	35
Figur 19: Utsläpp av växthusgaser för olika användarkategorier, omräknat till koldioxidekvivalenter.....	36
Figur 20: Utsläpp av växthusgaser för olika användarkategorier, omräknat till koldioxidekvivalenter, Kalmar län.	37
Figur 21: Andel av olika typer av drivmedel för nyregistrerade personbilar olika år.	38
Figur 22: Antal personbilar med olika icke-fossila drivmedel.....	39

1. Sammanfattning

Energibalansen är en kartläggning av energiflödena i Borgholms kommun som geografisk enhet. Energiläget år 2020 jämförs med 1990 och ytterligare ett antal år fram till 2020 för att kunna utläsa tendenser och förändringar. Rapporten innehåller också utsläppsstatistik, såväl koldioxid som växthusgaser totalt. Fokus på analyserna i rapporten ligger på att identifiera trender i förändringarna över tiden och mellan olika kategorier. Statistiken avseende energi är inte menad att brytas ner på kommunal nivå, då felaktigheter och brister i rapporteringen av statistiken slår igenom på ett sätt som gör det olämpligt att tolka siffrorna bokstavligt. Kapitel 9 beskriver metoden som använts. Rapporten beskriver energiflöden, och säger därmed inget om momentan produktion eller effektbehovet av en viss energiform vid en given tidpunkt.

Trend: Svagt minskande energibehov

Totalt användes i Borgholms kommun **320 GWh under år 2020**. Behovet har legat runt 340 GWh under senare år, med en svag tendens till minskad användning.

- **Hushåll är den sektor som använder mest energi**, med transportsektorn som näst största användare.
 - Elanvändningen ligger på en ganska jämn nivå runt 150 GWh under senare år vilket motsvarar 47 % av den totala energianvändningen år 2020.
 - Användningen av fjärrvärme ligger mellan 25 och 30 GWh sedan 2005. Det motsvarar runt 7 % av det totala energibehovet.

Trend: Andelen förnybar energi i systemet har ökat avsevärt

69 % av energitillförseln är från förnybara källor. Detta är en anmärkningsvärd ökning sedan 90-talet, där den klart dominerande förklaringen är utbyggnaden av vindkraften.

- **El:** Produktion från vindkraftverk i kommunen täcker all elanvändningen i kommunen. Sedan 2012.
 - **Solenergi** via solcellsparkar och mikroproduktionsanläggningar bidrar också till produktionen, men denna är fortfarande marginell även om den ökar snabbt.
- **Förnybara drivmedel:** Tillförsel av förnybara drivmedel fortsätter öka. Av alla nyregistrerade bilar under år 2021 drivs 44 % med annat än huvudsakligen bensin eller diesel därmed utgör de "alternativa fordonen" 8,2 % av den totala andelen inregistrerade personbilar i slutet av 2021. Användning av el i transportsektorn ökar snabbt.

Kvar att fasa ut:

- **Fossila drivmedel i transportsektorn och i jordbruket:** Trenden är att tillförseln och användningen minskar svagt under mätserien.

Trend: Utsläppen från fossil CO₂ har minskat, växthusgaserna är mer konstanta

Utsläppen av koldioxid från energianvändning i Borgholms kommun har **minskat från 6,4 ton/capita** år 1990 **till 4,5 ton/capita** år 2019.

Transporter är den sektor som orsakar **störst utsläpp av fossil koldioxid**. Om man i stället betraktar utsläppen av växthusgaser sammantaget från de kraftigaste växthusgaserna, som är koldioxid, metan och lustgas, så blir motsvarande siffra 14,5 ton koldioxidekvivalenter/capita för 1990 och 15,6 ton koldioxidekvivalenter/capita för 2019. En svagt minskande trend kan ses de senaste åren. Metan ger det största bidraget och jordbrukssektorn är den dominerande sektorn.

- **Förändring i utsläppen från transportsektorn:** Under 2021 ökade andelen inregistrerade personbilar som drivs av annat än huvudsakligen bensin eller diesel. Nyregistreringen av denna typ av personbilar var hela 44 % under året. Den vanligaste energikällan är alltjämt etanol, men det tillkom mycket få nya etanolbilar under 2021. I stället ökar antalet personbilar som helt eller delvis drivs på el.



Energiflödet innefattar hur energi förflyttas från Tillförsel – Omvandling/distribution - Användning enligt bilden.

Användningen speglar energibehovet i kommunen, genom att ändra behovet samt genomföra effektiviseringsåtgärder på användnings-sidan kan man åstadkomma stora förändringar i flöden och skapa möjligheter för att de förnybara energikällorna utgör en större andel.

2. Fakta Borgholms kommun

Invånare	10 836 (år 2020)
Yta	677 km ² (landareal)
Befolkningsstruktur	16 personer per km ²
Orter och befolkning	I centralorten bor det 4401 personer i slutet av år 2020, det motsvarar 41 % av befolkningen. Förutom centralorten finns det tre tätorter i kommunen: Löttorp, Rålla och Böda. (mer än 200 invånare i sammanhängande bebyggelse). I kommunen är det endast 52 % som bor i någon av de fyra tätorterna.
Kommunikation	Kalmar LänsTrafik trafikerar en busslinje mellan Byxelkrok och Kalmar som passerar bland annat Borgholm. Kalmar har i sin tur tågförbindelse med Göteborg, kust-till-kust-banan. Stångådalsbanan förbinder Kalmar med Linköping och Öresundståg förbinder Kalmar med Köpenhamn. Kalmar genomkorsas av E22 i nord-sydlig riktning och riksväg 25 åt väster.

Övergripande energi – och klimatmål för år 2030 och framåt

	EU	Sverige	Kalmar län
Emissioner	År 2030 ska utsläppen av växthusgaser vara minst 40 procent lägre än år 1990.	Utsläppen av växthusgaser ska vara 63 procent lägre 2030 jämfört med 1990 (gäller verksamheter som inte omfattas av EU:s system för handel med utsläppsrätter. Senast 2045 har vi nettonollutsläpp, varav minst 85 procent av reduktionen av utsläpp ska ske i Sverige. Utsläppen för inrikes transporter, exklusive inrikes flyg, ska vara 70 procent lägre 2030 jämfört med 2010.	År 2030 ska utsläppen av växthusgaser vara minst 80 procent lägre än år 1990.
Förnybar energi	Andelen förnybar energi ska vara minst 32 procent av den totala energianvändningen år 2030 Andelen förnybar energi inom transportsektorn ska vara minst 14 procent år 2030.	Elproduktionen ska år 2040 vara 100 procent förnybar.	År 2030 är Kalmar läns produktion av förnybar energi minst lika stor som länets totala energianvändning.
Energieffektivitet	Energianvändningen ska minska med 32,5 procent genom bättre energieffektivitet till år 2030 jämfört med 1990. År 2030 har användningen av icke förnybar energi i industrier och företag minskat med 95 procent jämfört med 2005 års nivåer (företag med betydande energianvändning).	Energianvändningen ska vara 50 procent effektivare 2030 jämfört med 2005.	År 2030 är Kalmar läns energianvändning 50 procent effektivare än år 2005.

Energi – och klimatmål för Borgholms kommun

Kommunfullmäktige har beslutat (2020-09-14) om en "Handlingsplan till Energi – och klimatstrategi, Borgholms kommun". I denna har man detaljerat målen och sätten om hur man ska nå dessa från energi – och klimatstrategin.

Övergripande målet:

För att nå det övergripande målet om att bli en fossilbränslefri region till 2030 måste alla tre delmålen i handlingsprogrammet No Oil uppnås. Dessa är:

1. Fossilbränslefri energiproduktion
2. Fossilbränslefri energianvändning
3. Effektiv energianvändning

Strategier:

1. Fossilbränslefri energiproduktion

- Den producerade energin vara fossilfri
- Den producerade energin skall så långt det är möjligt användas inom de egna verksamheterna

- Verka för att aktörer inom förnybar energiproduktion (vindkraft, solceller, biogas med flera) kan etableras och bibehållas inom kommunen

2. Fossilbränslefri energianvändning

- År 2025 är klimatutsläppen från transporter i Kalmar län 70 % lägre än år 2010
- År 2020 är alla samhällsbetalda resor i Kalmar län klimatneutrala
- År 2025 är samtliga samhällsbetalda transporter och arbetsmaskiner i Kalmar län fossilbränslefria

3. Fossilfria resor

- Från och med 2020 alltid ställa krav på fossilfria resor vid upphandling av resetjänster
- Från och med 2020 alltid, i första hand, välja fossilfria alternativ vid bokning av inrikes tjänsteresor. I andra hand, när inga alternativ finns boka resor som är helt eller delvis fossilbränsledrivna
- Från och med 2020 vid in- eller utrikes tjänsteresor med flyg välja alternativet med högsta möjliga andel biobränsle
- Alla inrikes tjänsteresor med flyg skall klimatkompenseras, enligt kommunens reglemente (antagen av kommunfullmäktige 2018-05- 21, § 115)
- Från och med 2030 flyga fossilfritt i tjänsten

4. Fossilfria transporter

- Från och med 2020 alltid ställa krav på fossilfrihet vid upphandling av transporttjänster.
- Från och med 2020 alltid, i första hand, välja fossilfria transporttjänster. I andra hand, när inga alternativ finns, boka helt eller delvis fossilbränsledrivna transporter
- Från och med 2025 använda sig av fossilfria transporttjänster

5. Fossilfria fordon och arbetsmaskiner

- Från och med 2020 alltid ställa krav på fossilbränslefria fordon och arbetsmaskiner vid upphandlingar
- Från och med 2020 börja byta ut kommunens egna fordon och arbetsmaskiner mot sådana som drivs med förnybara drivmedel
- Senast 2025 bytt ut alla sina fordon och arbetsmaskiner mot sådana som drivs med förnybara drivmedel
- När det är möjligt, från och med 2020 endast hyra och leasa fordon och arbetsmaskiner som drivs med förnybara drivmedel
- Senast 2025 endast hyra och leasa fordon och arbetsmaskiner som drivs med förnybara drivmedel
- Från och med 2020 alltid ställa krav på fossilfria drivmedel vid upphandling av drivmedel
- Från och med 2020 börja byta ut fossila drivmedel mot förnybara drivmedel för alla fordon i den befintliga fordons- och arbetsmaskinparken under förutsättning att tillverkarna medger det eller om fordonen är så gamla att de inte längre har garantiskydd.

6. Effektiv energianvändning

- Energieffektivisera byggnaderna genom att i första hand minska byggnadernas energianvändning. Minskningen ska ske genom att implementera lösningar som leder till

lägre värmetransmission genom klimatskalet, återvinning av värme och smarta styr- och reglerlösningar m.m.

- Från och med 2020 vid upphandling av nya elavtal alltid köpa 100% förnybar el
- Senast 2025 slutat använda fossila bränslen för bostäders värme, kyla och varmvatten

3. Slutanvändning 2020

Totalt användes cirka 320 GWh inom Borgholms kommun under 2020. Det innebär en fortsatt tendens till minskad användning under de senare åren. Se figur 1. Den viktigaste anledningen till förändringen är den minskade användningen av fossil energi. Trenden är samma också nationellt och regionalt i Kalmar län. För att förstå utvecklingen helt måste här också antalet invånare i kommunen beaktas. Den fullständiga förståelsen kräver också vetskap om yttre faktorer som också påverkar, till exempel skillnad mellan kalla och varma år, konjunktursvängningar och företagsetableringar.

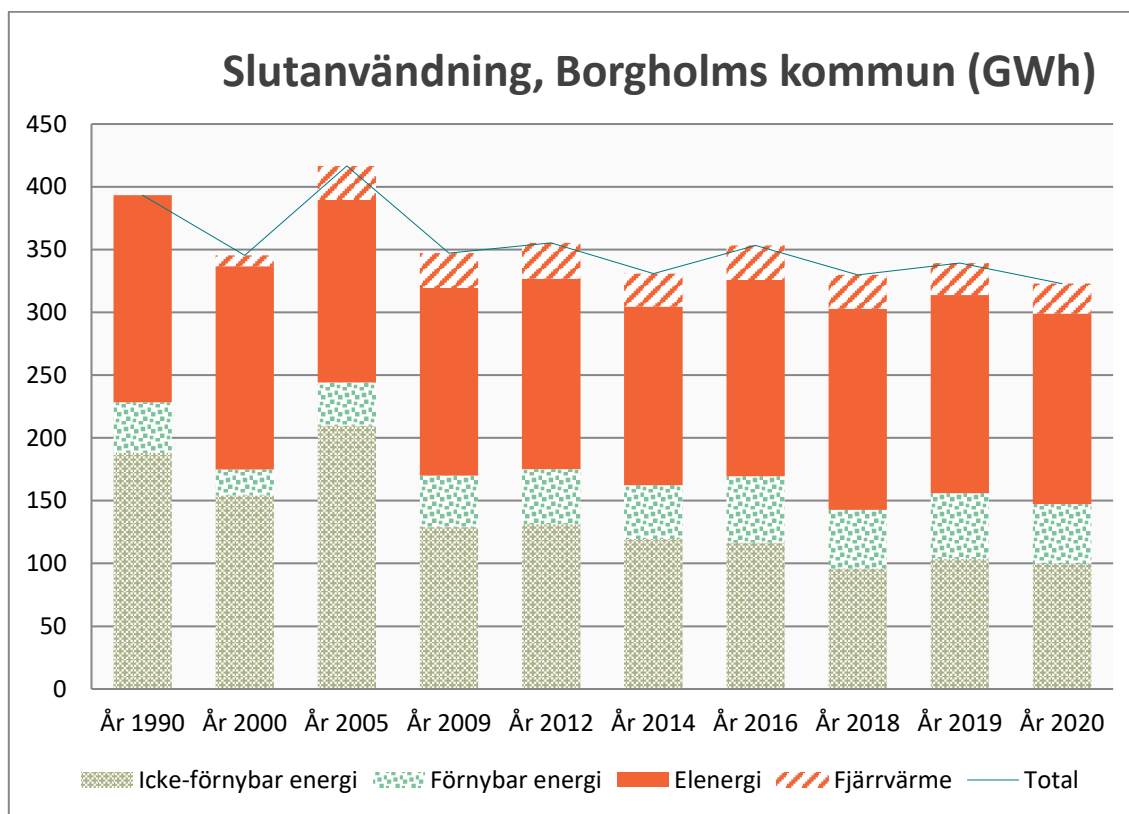
Användningen av förnybar energi kan skilja mycket från ett år till ett annat, men över hela mätserien har användningen ökat. Vi ser generellt en förskjutning bort från det fossila mot mer förnybart.

Elanvändningen ligger på en ganska jämn nivå runt 150 GWh. Den har varit högre en del tidigare år. År 2020 utgör elen 47 % av den totala energianvändningen. Denna andel har under senare år legat mellan 45 % och 50 %. Det är en mycket stor andel vid en jämförelse med andra kommuner och regioner. För Kalmar län var exempelvis motsvarande siffra 28 % för år 2019. Fjärrvärmeanvändningen ligger under senare år runt 25 - 30 GWh. Behovet av fjärrvärme har en svag tendens till minskning. År 2020 står användningen av fjärrvärme för 7 % av den totala energianvändningen, en låg siffra relativt kommuner med en större centralort och relativt mer utbyggt fjärrvärmenät.

I figur 1 är den värme som genereras av värmepumpar inkluderad i Förnybar energi. Denna värme är inte alltid inräknad i energibalanser, utan syns då endast i elanvändningen. I denna energibalans "syns" alltså såväl värme som genereras av värmepumpar, såväl som den el som tillförs för att driva värmepumpar.

Biogas finns inte redovisad i SCBs statistik. Uppgifterna i rapporten kommer från tjänstepersoner i kommunen och KLT. Den redovisade energin från biogas finns inbakad i kategorin Förnybar energi. I hela rapporten där begreppet Förnybar energi används, ingår såväl biogas som värme från värmepumpar av olika slag.

I energistatistiken har vartannat år valts att tas med i diagrammen, under det senaste decenniet. I figur 1 och 2 valdes också år 2019 för att få en bättre förståelse för hur det har sett ut under de allra senaste åren.



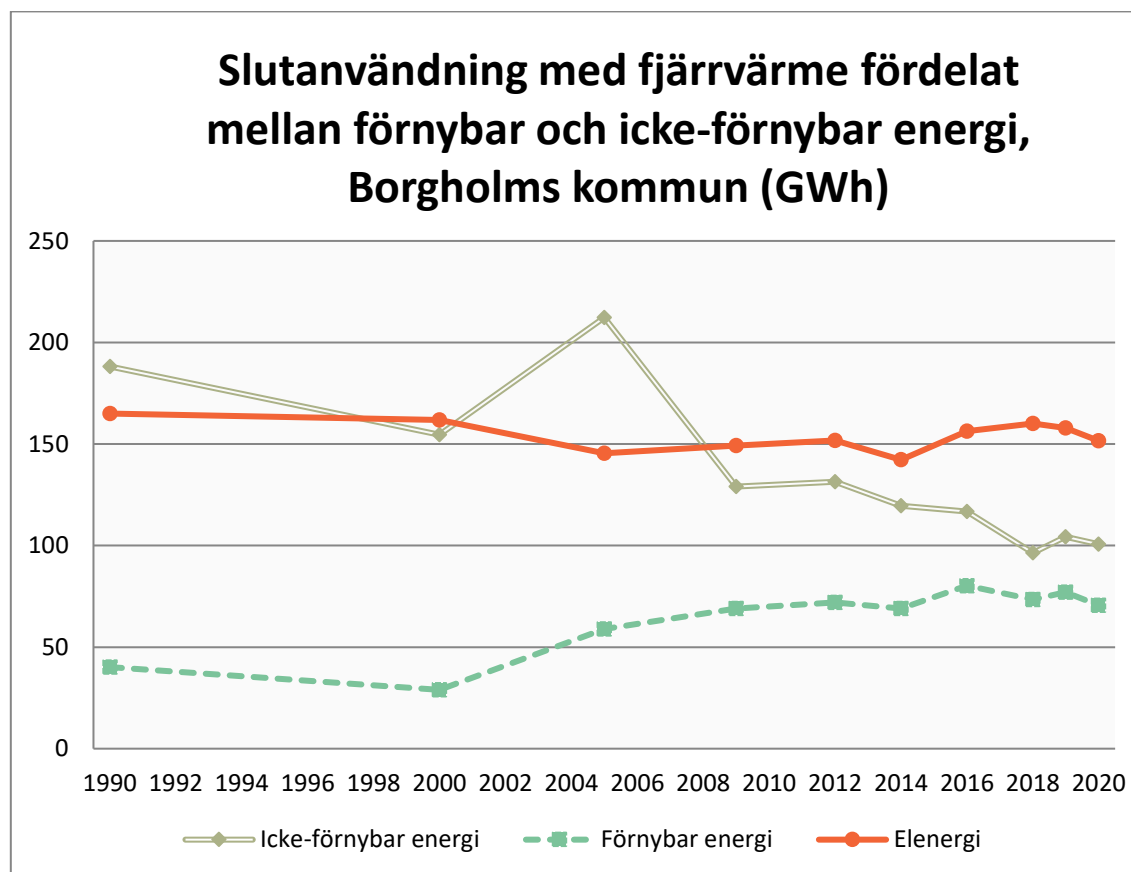
Figur 1: Energianvändning fördelat på icke-förnybar energi, förnybar energi, fjärrvärme och elenergi.

Tabellen nedan redovisar användningen av de olika energityperna, där värme från värmepumpar har tagits fram som en egen kategori eftersom de utgör ett visst bidrag till värmeförsörjningen. Energianvändningen från värmepumpar grundar sig på statistik från kommunen om anmälningar om installation av dessa. Statistiken finns från början av 2000-talet. Den energi som redovisas för värmepumpar är den "lagrade" solenergin som utnyttjas i exempelvis luft och mark, medan den el som används för att driva kompressorn återfinns under Elenergi. Denna schablonmodell beskrivs i sista avsnittet i denna rapport.

Tabell 1: Energianvändningen i kommunen fördelat på olika källor.

Energianvändning Borgholms kommun (GWh)	År 1990	År 2000	År 2005	År 2009	År 2012	År 2014	År 2016	År 2018	År 2019	År 2020
Elenergi	165	162	145	149	152	142	156	160	158	152
Fjärrvärme	0	9	27	28	29	26	28	27	25	24
Förnybar energi, exkl. värmepumpar	40	21	33	38	39	37	46	40	45	40
Värmepumpar	0	0	2	3	5	6	6	7	7	8
Icke-förnybar energi	188	154	210	129	131	119	117	96	104	100
Total energi	393	345	417	347	355	331	353	330	339	323

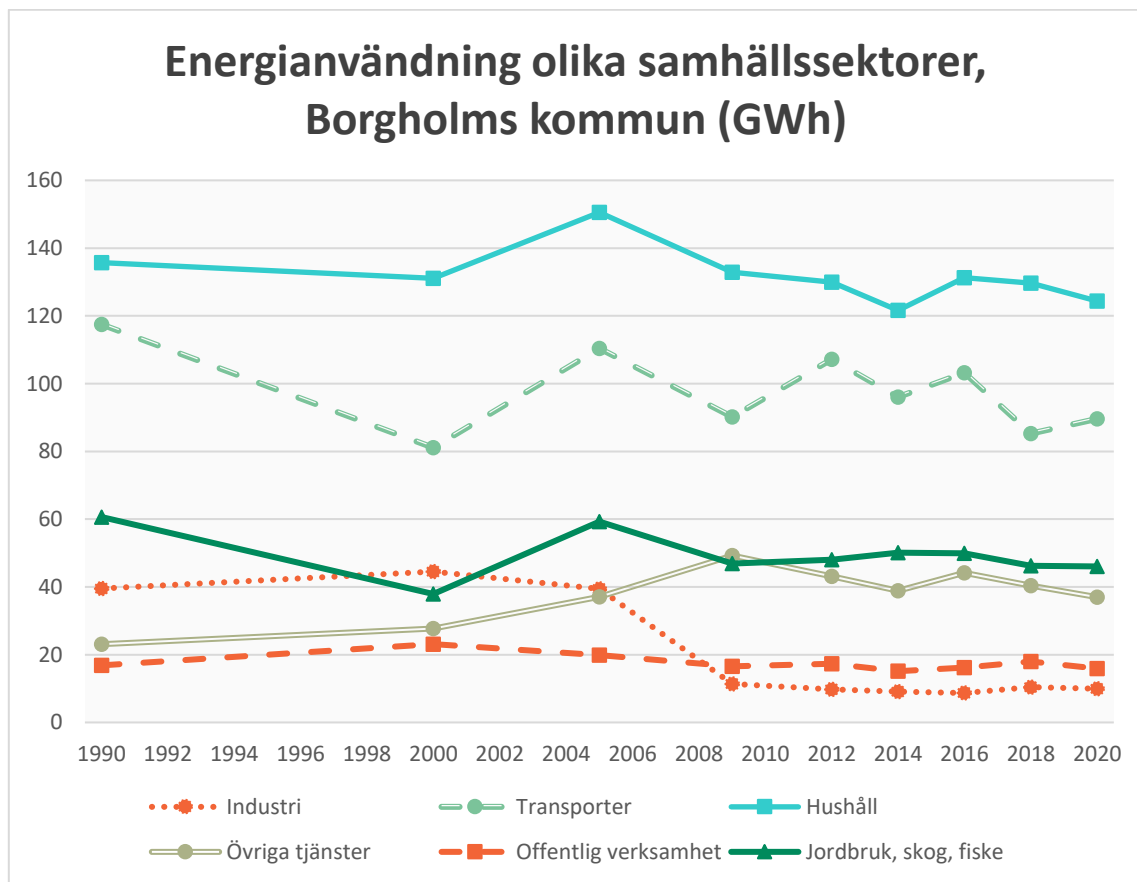
I figur 2 har använd fjärrvärme, från figur 1 och tabellen ovan, delats upp på förnybar och icke-förnybar energi. Det som skiljer mellan figur 1 och 2 är alltså att fjärrvärmen särredovisas i figur 1, medan man i figur 2 har redovisat energi som går till fjärrvärmeverken in i de två olika kategorierna Förnybar energi och Icke-förnybar energi. När fjärrvärmen nu har delats upp på detta sätt framgår tendensen att det fossila (icke-förnybar energi) minskar över mätseriens gång, som tidigare har diskuterats. År 2005 avviker från trenden. Det kan bero på fel i statistiken. Användningen av förnybar energi ökar generellt över mätserien, men utan någon tydlig ökning de senaste åren.



Figur 2: Energianvändning fördelat på elenergi och förnybar - och icke-förnybar energi.

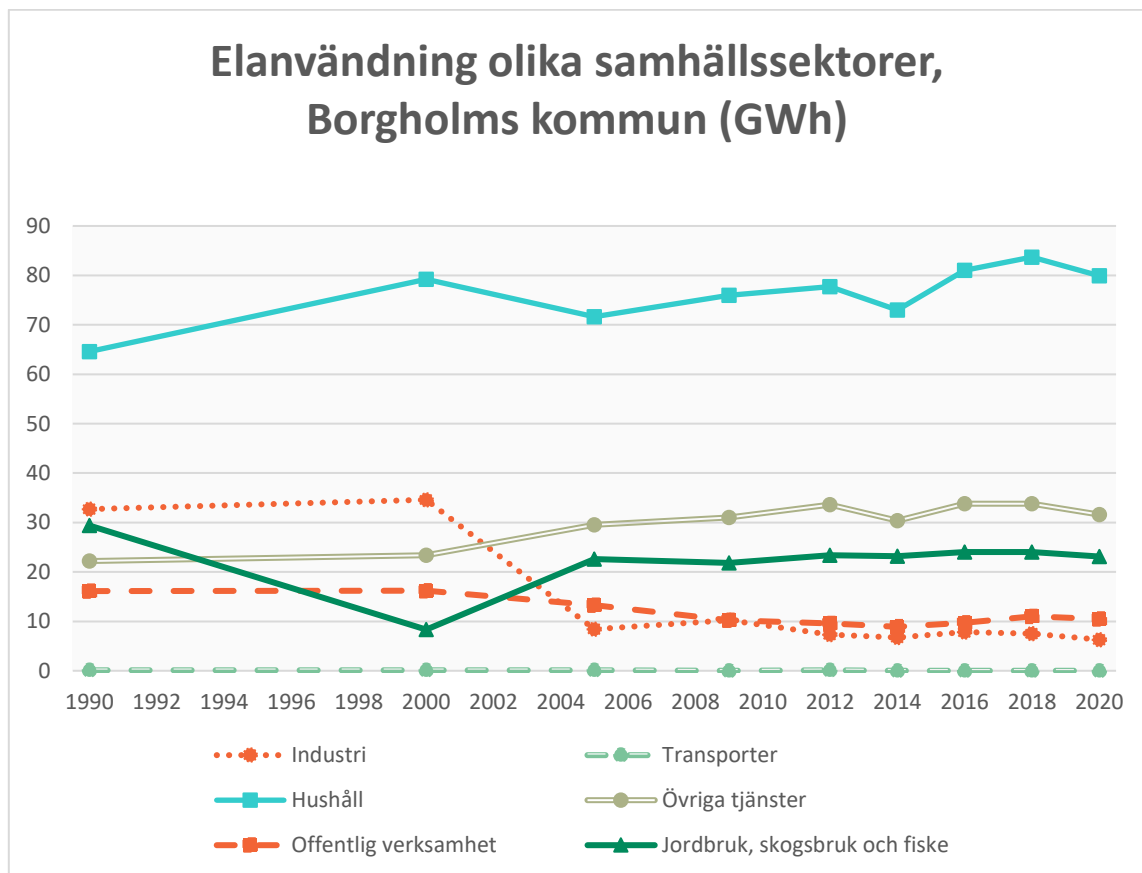
Slutanvändning inom olika sektorer

Figur 3 visar hur energianvändningen fördelat på olika samhällssektorer har varierat sedan 1990. Användningen av olika typer av energier skiljer sig mycket åt mellan olika sektorer. Hushåll är alltså den sektor som använder mest energi. För många kommuner är transportsektorn den största användarkategorin. I Borgholms kommun är den näst störst, men eftersom den använder en mycket stor andel fossil energi, så är det också den sektorn som står för en mycket stor andel av den fossila användningen och därmed utsläppen. Mer om utsläpp längre fram i rapporten. Industrisektorn är liten i kommunen medan Jordbrukssektorn är stor. Industrisektorn har påtagligt minskat sin energianvändning över mätserien. I sektorn Övriga tjänster ingår till exempel affärsverksamhet, kontor, lager och idrottsanläggningar.



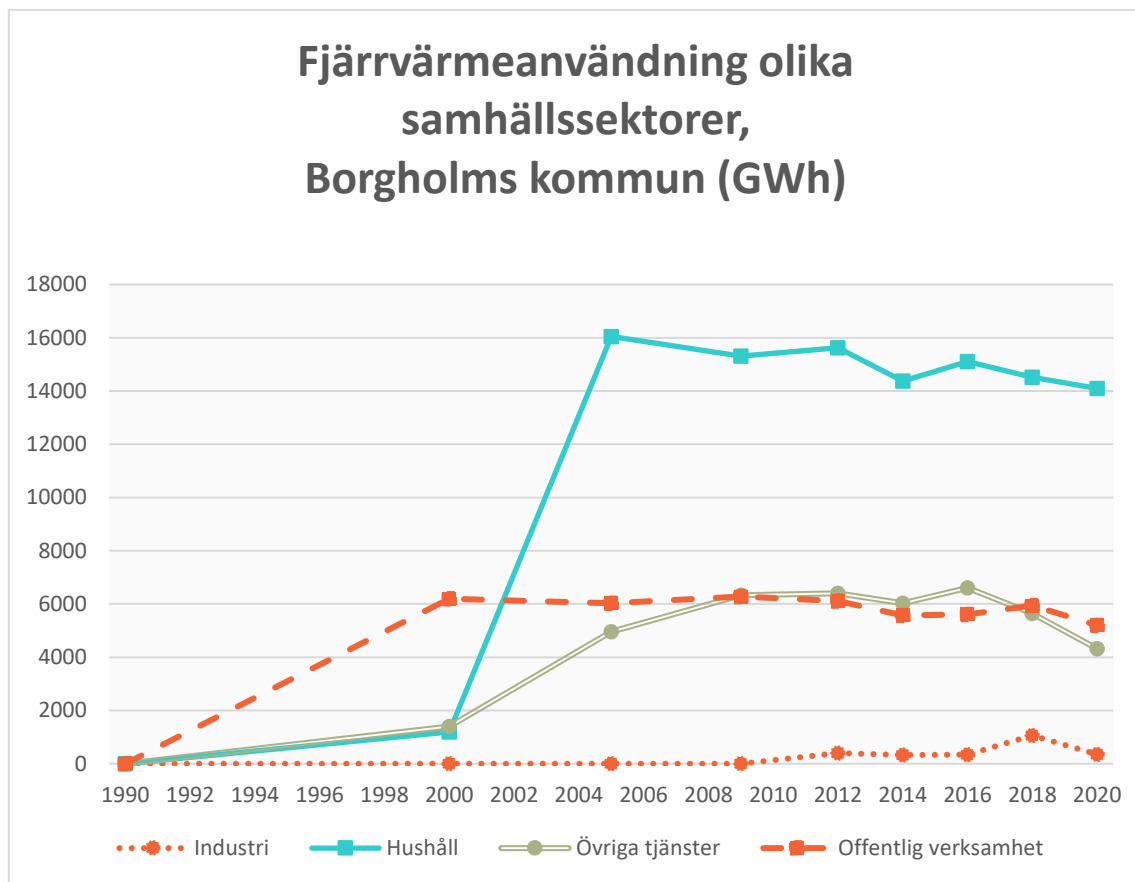
Figur 3: Energianvändningen fördelat på olika samhällssektorer.

Figur 4 visar hur mycket elenergi som varje samhällssektor har använt sedan 1990. Utmärkande för kommunen är den stora användningen i hushållssektorn, där den står för runt 80 GWh under senare år. Något som också gör att kommunen skiljer sig från många andra kommuner är att det används lite el i industrisektorn, endast runt 10 GWh. Det skedde en stor förändring i den sektorn mellan 2000 och 2005, då användningen minskade påtagligt.



Figur 4: Elanvändningen fördelat på olika samhällssektorer.

I figur 5 visas hur fjärrvärmen används i varje samhällssektor sedan 1990. Hushållen står för mer än dubbelt så stor användning än alla andra sektorer sammantaget. I hushållssektorn är den största användarkategorin Flerbostadshus, medan kategorin Småhus använder nästa lika mycket. Den totala fjärrvärmeanvändningen har minskat svagt under de senaste åren. I sektorerna Jordbruk, skogsbruk och fiske och Transporter används ingen fjärrvärme alls.



Figur 5: Fjärrvärmeanvändningen fördelat på olika samhällssektorer.

4. Förnybar energi

Förnybara energikällor utgörs av solenergi, vindkraft, vattenkraft, geotermisk energi (värmepumpar) och biomassa. Vid förbränning av biomassa sker ett utsläpp av koldioxid, men motsvarande mängd koldioxid tas upp av biomassan vid tillväxt. Därför anses det att nettotillförseln av koldioxid till biosfären blir noll. Av den förnybara energi som används i kommunen spelar vindkraft och trädbränsle (bioenergi) viktiga roller. Uppvärmning är det viktigaste syftet för bioenergin, medan vindkraftverken producerar betydligt mer än vad som används i kommunen. Energi från värmepumpar har ökat över tidsserien. Förnybara drivmedel ökar också under senare år.

I detta kapitel presenteras de viktigaste typerna av förnybar energi som produceras och används i kommunen. Av den lokalt producerade elen är det vindkraften som klart dominerar. Produktionen från vindkraft och solinstrålningen kommer här också att beskrivas och jämföras med den totala elanvändningen i kommunen.

Biogas

Biogas är ett biobränsle i gasform som bildas vid nedbrytning av organiskt material utan tillsättning av syre. Gasen består i huvudsak av metan och koldioxid. Det finns en liten produktion av biogas vid reningsverket i Borgholm. Denna rågas används internt och uppgraderas alltså inte till fordonsgas. Från och med sommaren 2022 planeras för att denna rågas ska bidra till värmetillförseln i fjärrvärmenätet. Det finns ett bolag, OrangeGas, som planerar för en anläggning där man förvätskar gasen. Man kommer söka stöd från Klimatklivet för hjälp med investeringen. Samma bolag äger också det biogastankställe som i skrivande stund byggs i Borgholm. Kommunen har tecknat avtal med bolaget för att garantera att man kommer att köpa en viss volym årligen. Det innebär att den kommunala organisationen kommer att köpa/leasa ett antal fordon i framtiden. Det har fram till 2022 inte funnits något tankställe för biogas i kommunen och således har man i den kommunala fordonsflottan inte heller haft några biogasbilar.

Kalmar LänsTrafik, KLT har en del busstrafik i kommunen. För "buss i allmän kollektivtrafik" använde man 53 GWh och för "personbil i allmän och särskild kollektivtrafik" 6 GWh. Det är siffror för den totala användningen i hela länet. Utöver biogasen använde KLT HVO för sina transporter, så att sammantaget drivs all deras busstrafik fossilbränslefritt. KLTs totala drivmedelsanvändning var nära 90 GWh. Eftersom KLT har trafik i hela länet, så innebär det att man i denna energibalans för Borgholms kommun, behöver göra en bedömning av hur mycket av deras trafik som kan sägas ske inom Borgholms kommuns geografiska område. Här måste ett antagande göras. Det antas att 3 % av KLTs trafik sker i Borgholms kommun, vilket motsvarar 1 - 2 GWh.

Trots att det inte finns någon tankstation i kommunen så finns det 20 inregistrerade biogasbilar vid slutet av år 2020. Genomsnittet är 1200 mils årlig körsträcka för en personbil i Sverige. Antag att varje bil förbrukar 400 g gas per mil. Det motsvarar 5,2 kWh. Totalt ger detta 24 000 mil med biogasbil årligen, vilket i sin tur ger energiförbrukningen 0,1 GWh. Det innebär att privata personbilar och KLTs trafik förbrukar ca 2 GWh biogas årligen. För 2018 antas också 2 GWh. År 2016 och åren dessförinnan användes inte biogas som drivmedel i KLTs bussar. För de åren antas biogasanvändningen i Borgholms kommun vara noll. Biogasanvändning i industrin antas vara noll.

Det är ovanligt med företag som använder biogas för sin process, men det finns en outnyttjad potential och där vissa spår att industrins användning kommer att öka som ett resultat av konvertering från till exempel gasol. Det är vanligare att använda el, olja, gasol eller någon typ av bioenergi för att producera ånga eller värme.

Biobränslepannor

Fjärrvärmen har en historia i Borgholm sedan 1993 då de första fjärrvärmeledningarna började byggas. År 2000 kopplades de första villorna in på nätet och två nya fliseldade pannor installerades i Borgholm 2001 och 2006. Idag erbjuds fastighetsägare fjärrvärme från panncentralerna inte bara i Borgholm, utan också i Löttorp sedan 2003. Värmen produceras av flis från Öland och Småland, där 90 % av flisen kommer från Öland. I Borgholm levererades ca 22 GWh fjärrvärme under 2020. På grund av förluster tillförs något mer energi än vad som levereras ut. Pannorna i Borgholm förbrukade ca 23 GWh grot under året. Rök-gaskondensering bidrog med ca 4 GWh. Förbrukningen av eldningsolja var mycket nära noll, den används bara vid fel eller vid revision av flispannorna. I Löttorp producerades ca 2 GWh, där all tillförd energi utgjordes av biobränslen. Det har varit låga volymer under året på grund av varmt väder.

Solkraft

De allra flesta solcellsinstallationer i Borgholms kommun sitter på individuella hustak, med en effekt under 20 kW. Dessa hade en sammanlagd effekt på 2,46 MW i slutet av år 2020. Det finns också lite större solcellsinstallationer, monterade på flerbostadshus, offentliga byggnader, industrier och liknande. Dessa hade sammantaget en installerad effekt på 1,72 MW i slutet av år 2020. Det finns ingen riktigt stor enskild installation inom kommunens gränser.

Tillsammans innebär detta att den installerade solcellseffekten är 4,2 MW. För södra Sverige brukar man räkna med att varje installerad MW ger ungefär 850 – 1000 MWh i årlig produktion, vilket ger knappt 4 GWh årlig solelsproduktion i Borgholms kommun. I slutet av år 2018 fanns det 1 MW installerad solelseffekt, vilket innebär att kapaciteten har ökat en faktor fyra på bara två år – en anmärkningsvärd utveckling som innebär att mer än 1 % av all energi som används utgörs av solen år 2020. Det är troligen den högsta siffran av Sveriges alla kommuner.

En svaghet med solelstatistiken är att den egenproducerade elen inte ingår, utan endast de som är nätanslutna. Det innebär alltså att den verkliga solelsproduktionen är större än de siffror som här redovisas, men oklart hur mycket.

Vindkraft

I mars 2022 fanns det 105 vindkraftverk på Öland varav 71 i Borgholms kommun. Storleken på verken spänner från 2 kW till 3 MW per verk. Elproduktionen totalt är ca 400 GWh per år, men varierar från år till år beroende på vindförhållandena (2020 – 426 GWh enligt SCB). Kommunens årliga totala elanvändning var 2020 151 GWh.

Vindkraftverken är ofta fördelade i grupper/parker där de största beskrivs i tabellen nedan. Alla verk är landbaserade förutom projekt Kårehamn. Detta är med sina 16 verk Sveriges nästa största havsbaserade vindpark.

En utbyggnad av vindkraften på Öland begränsas av kapaciteten i elnätet och möjligheten att föra över el till fastlandet. Bland annat detta har gjort att det inte byggts något vindkraftverk de senaste åren.

Kommunen har en, med Mörbylånga kommun, gemensam vindkraftsplan från 2010 (reviderad 2011-06). Här anges bland annat områden möjliga för vindkraft och områden som inte är lämpliga.

De vindkraftverk som finns på Öland i dag är byggda mellan 1998 och 2019 med en topp mellan 2007 och 2013. Inga vindkraftverk är högre än 150 m totalhöjd, vilket är den högsta höjden som accepteras enligt vindkraftsplanen. Livslängden för ett vindkraftverk brukar anges till 20 - 25 år. Då många vindkraftverk närmar sig denna livslängd kan det bli aktuellt med så kallad repowering det vill säga uppgradering eller utbyte till nya verk.

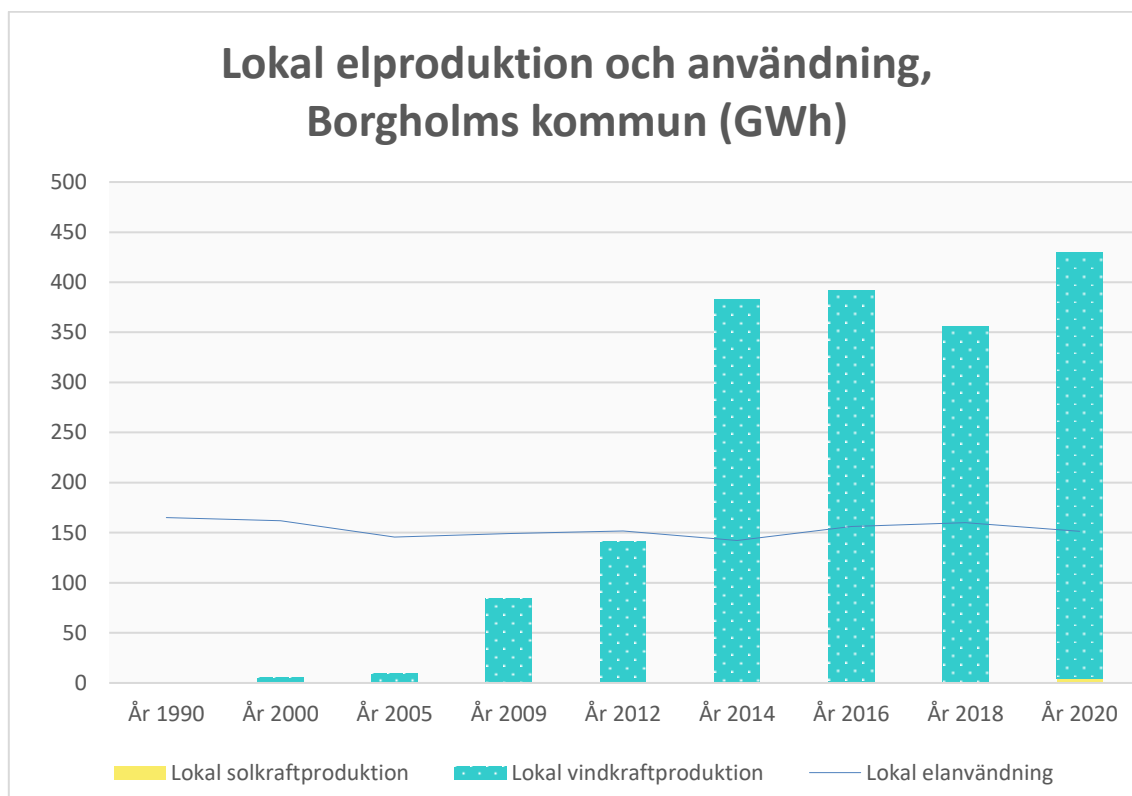
I tabell 2 redovisas de fem största vindkraftsprojekten i Borgholms kommun.

Tabell 2: Befintliga vindkraftverk i Borgholms kommun (februari 2022).

Vindkraft-etablering	Antal verk	Totalhöjd (m)	Totalt installerad effekt (MW)	Beräknad årsproduktion (GWh)
Kårehamn	16	136	49	177
Lerkaka	5	150	10	24,5
Egby	5	100	10	27
Egby 2	5	119	10	24,5
Gärdslösa	6	119	12	30,6

Total lokal elproduktion

Figur 6 visar hur olika energikällor har bidragit till den lokala elproduktionen sedan 1990. Det finns varken vattenkraft eller kraft från kraftvärmeverk i kommunen. Däremot är vindkraften mycket stor och överträffar sedan 2013 den el som totalt används i kommunen. Det innebär alltså att det sker en nettoexport av förnybar el från kommunen varje år sedan dess. År 2020 är denna nettoexport runt 280 GWh. På senare år har också solceller blivit allt vanligare, men produktionen är fortfarande marginell.

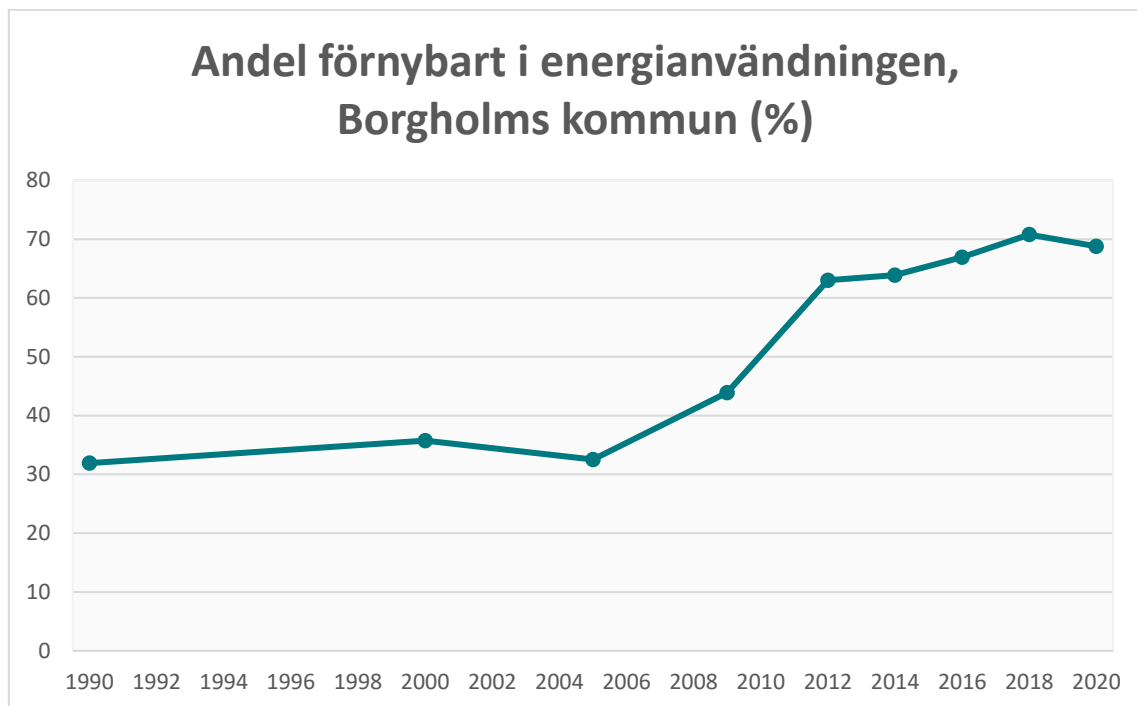


Figur 6: Lokal elproduktion och användning i kommunen.

Andel förnybart i energianvändningen

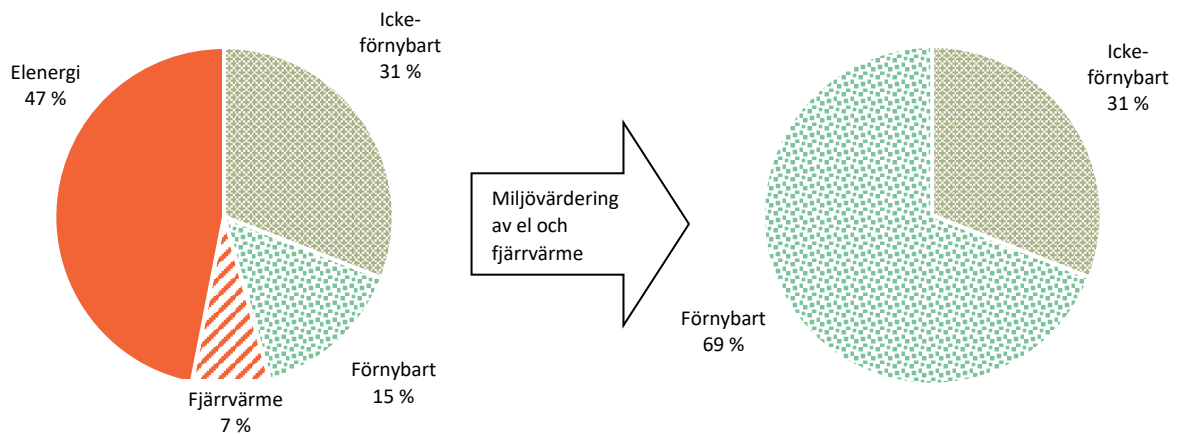
Sveriges elproduktionsmix är i mycket stor utsträckning, fri från utsläpp av fossil koldioxid. Den svenska elanvändningen har under senare år bestått av runt 60 % förnybara energikällor. Märk här att Förnybart inkluderar inte el producerad med kärnkraft. Skulle vi istället tala om Icke-fossilt, så skulle ca 96 – 98 % av elen ingå. Endast någon eller några få procent av el producerad i Sverige har alltså fossilt ursprung. De allra senaste årens trend är att kärnkraftens andel minskar och att vindkraftens andel ökar. De siffror som använts som andel förnybart i elmixen redovisas i sista avsnittet av rapporten.

Andelen förnybart i den totala energianvändningen i Borgholms kommun har, med antagandena ovan, förändrats på ett mycket positivt sätt under tidsserien, från 32 % år 1990 till 69 % år 2020. Se figur 7. Även om användningen av fossila drivmedel sjunker, så är det insatser i transportsektorn som måste till för att få en fortsatt tydlig ökning av andelen förnybart bortom år 2020.



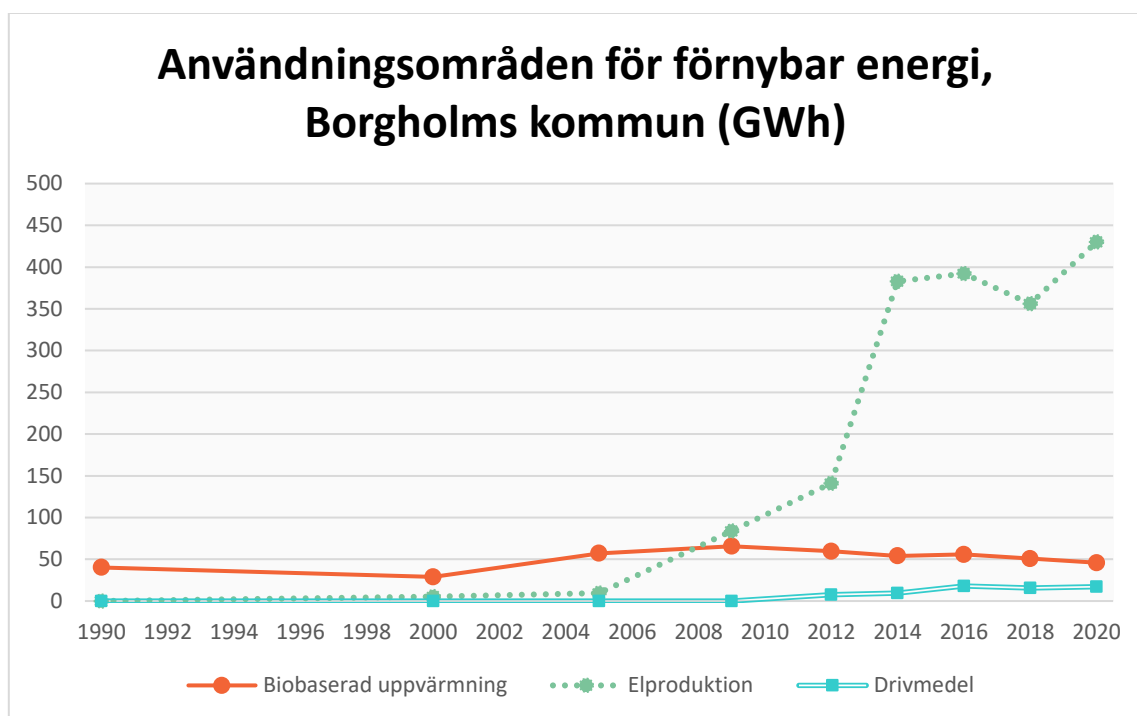
Figur 7: Andelen förnybart i den totala energianvändningen.

I figur 8 har de olika energikategorierna delats in i Förnybart och Icke-förnybart genom att de olika andelarna av Förnybart och Icke-förnybart i elen och fjärrvärmen har värderats.



Figur 8: Fördelning av olika andelar av energin 2020 och, till höger, samma fördelning där el och fjärrvärme har värderats och delats upp efter sitt ursprung.

Av den förnybara energi som används spelar vindkraften en dominerande roll. Figur 9 visar hur den tillförda förnybara energin används för olika syften. Av figuren framgår hur viktig vindkraften är i förhållande till annan användning av förnybar energi. Märk här att diagrammet visar den totalt producerade vindkraften under året, där mycket "exporteras" till andra kommuner. Biobaserad uppvärmning innehåller mest fjärrvärme, men också individuella lösningar som till exempel pelletskaminer. Den inkluderar också industrins användning av fast biomassa, så här ingår också värme som används i processer. Den svaga minskningen under senare år kan förklaras av varmare klimat och mer energieffektiva byggnader. I kategorin Drivmedel ingår den energi som redovisas i transportsektorn. Det kan förekomma arbetsmaskiner också i andra sektorer, till exempel Jordbruk. För fjärrvärme och biobaserad kraftproduktion anges siffrorna för hur mycket värme som används, inte tillförda bränslen. Variationerna i förnybar energi för Elproduktion beror på hur produktionen från vindkraften skiljer sig från ett år till ett annat.



Figur 9: Några olika användningsområden för förnybar energi.

5. Icke-förnybar energi

I Sverige används olja, kol, koks, naturgas och uran. Inget av dessa bränslen utvinns i Sverige utan allt måste transporteras hit för raffinering och användning. Såväl transporterna, raffineringen som användningen är miljöpåverkande.

Det moderna svenska samhället är fortfarande beroende av fossila bränslen, mest olja i olika former. De fossila bränslena som konsumeras i kommunen som geografiskt område består främst av oljeprodukter. Utöver detta består den importerade elen av olika delar av fossila bränslen. I denna energibalans kommer uteslutande oljeprodukterna såsom bensin, diesel och olika eldningsoljor studeras därför att andra fossila bränslen har en väldigt liten användning i kommunen. Importerad el kan betraktas på olika sätt och det finns olika beräkningsgrunder för att beräkna dess utsläpp av koldioxid. I rapporten har fokus legat på oljeprodukterna då dessa står för en mycket större andel av utsläpp av koldioxid än vad bränslen i den importerade elen gör.

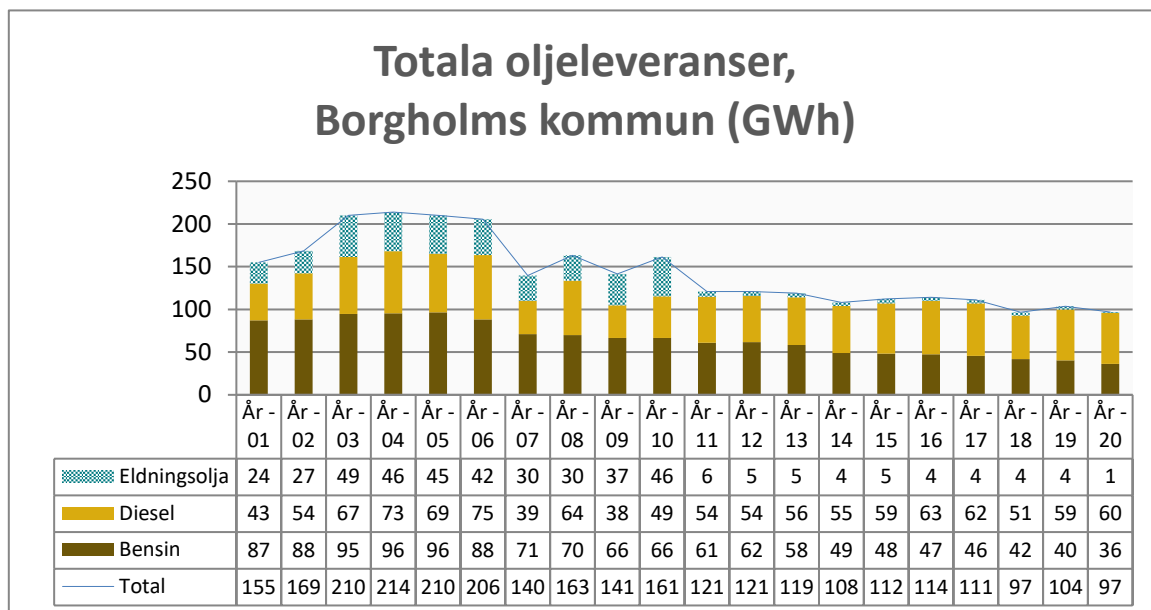
SCB:s statistik, inom det som kallas kommunala oljeleveranser, grundar sig på hur mycket som har levererats till kommunens geografiska område. Det behöver inte betyda att energin används inom kommunens gränser. I Borgholms fall kan man tänka sig att en stor andel av de drivmedel som används för trafik i kommunen har tankats i Mörbylånga kommun eller Kalmar kommun. Dessutom försvåras analysen av att oljebolag kan importera till en adress i en kommun, för att sedan sälja vidare till tankställen utanför kommunen. Detta innebär att när man betraktar små geografiska enheter, kommer statistiken att bli missvisande. Av den anledningen redovisas här både kommunala fossila oljeleveranser till Kalmar kommun (figur 10) och för Kalmar län som helhet (figur 11). Den senare figuren kan upplevas som mer riktig, även om den ju omfattar mer än bara kommunen och att det även här förekommer handel och trafik mellan Kalmar och angränsande län.

I båda figurerna syns en tydlig tendens till minskade bensinleveranser. En trend som finns också nationellt. Dieselleveranserna saknar tydligt mönster i kommunen, men regionalt har de minskat under de allra senaste åren.

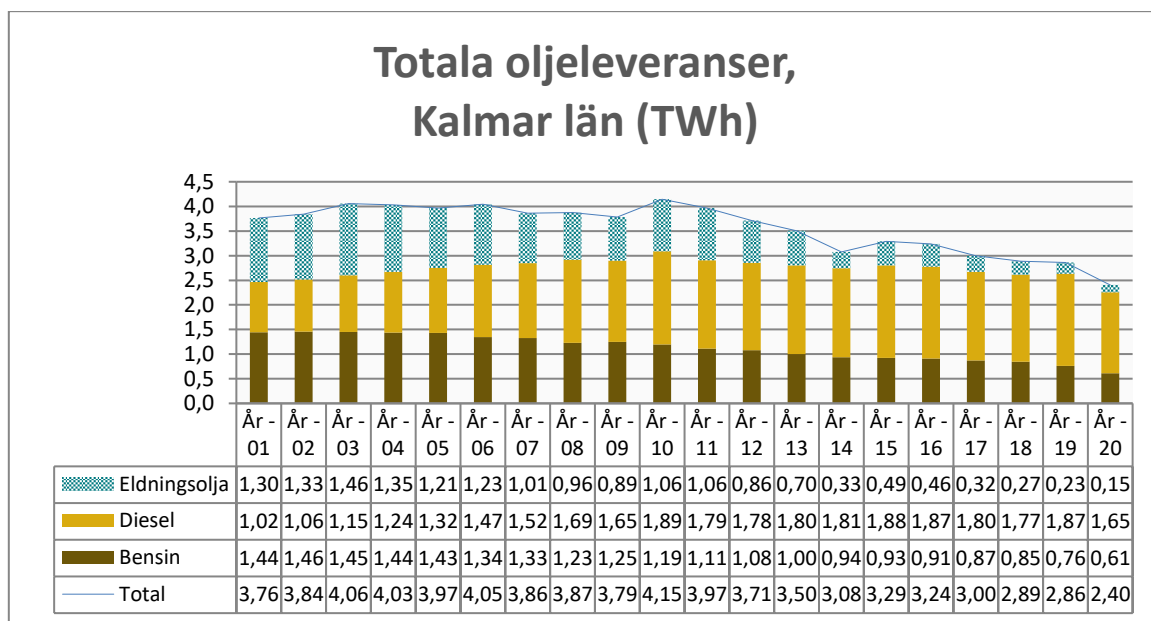
På samma sätt som för bensin och diesel, redovisas i figurerna också leveranser av eldningsolja. Detta inkluderar alla typer av eldningsoljor som redovisas av SCB. För beräkningen av värmevärdet av eldningsoljor, har ett medelvärde av olika typer av eldningsoljor använts. Nedgången, över tid, i såväl kommunen som i länet är tydlig. Den generellt minskande trenden såväl i kommunen, i länet som i riket, över tiden beror på att eldningsoljan har ersatts av andra bränslen. Den används exempelvis främst som spets- och reserv för värmeproduktion. En del värmeverk har konverterat till bioolja i sina spets- och reservpannor.

Figurerna ger en tydlig bild av att besparingspotentialen är störst i transportsektorn. Användningen av eldningsolja är marginell vid en jämförelse med fossila drivmedel.

I kategorin Bensin ingår låginblandning av etanol, med ca 5 % från och med år 2011. I kategorin Diesel ingår låginblandning av biodiesel, med start år 2013, då ca 10 %, vilket successivt har ökat (ca 20 % år 2020). Den 1 juli 2018 infördes reduktionsplikten som innebär att klimatpåverkan per liter diesel och bensin ska minska enligt en förutbestämd kurva till år 2030. Förutom låginblandningen av etanol och biodiesel under senare år, så används också förnybara fordonsbränslen rena, såsom etanol, FAME, HVO och biogas.



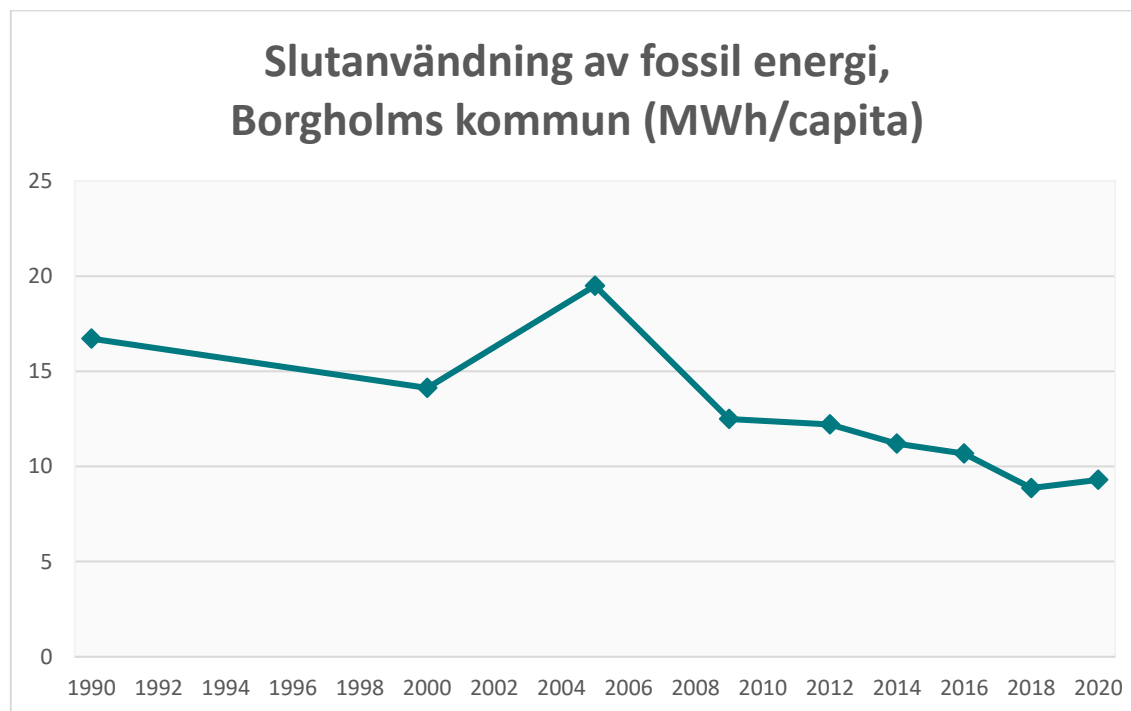
Figur 10: Totala oljeleveranser till Borgholms kommun sedan 2001.



Figur 11: Totala oljeleveranser till Kalmar län sedan 2001.

Det är de flytande bränslena (oljeprodukter) som utgör den allra största delen av tillförda icke-förnybara bränslen. Användningen av fasta, icke-förnybara bränslena (kol, torv mm) har varit noll sedan 90-talet. I början av 90-talet registrerades en liten användning av kol i kommunen. Gasen utgörs av gasol som används i industri och byggverksamhet. Även denna har varit noll eller mycket nära noll sedan 1990. Även biogas används, som beskrivits tidigare, men denna är ju förnybar. Det används under senare år således bara flytande, som till allra största delen består av bensin och diesel. Det innebär att en mycket stor del av de icke-förnybara bränslena används inom transportsektorn.

I figur 12 har all totalt använd fossil energi i kommunen, delats med antalet invånare det aktuella året. Minskningen är påtaglig. I figuren ingår också indirekt användning av fossil energi, i detta fall för fjärrvärme och elproduktion. Det fossila i elanvändningen är satt till noll sedan 2012 eftersom kommunen har varit självförsörjande på förnybar el sedan dess. I den producerade fjärrvärmens ingår en mycket liten andel fossil energi, med en viss variation mellan olika år.

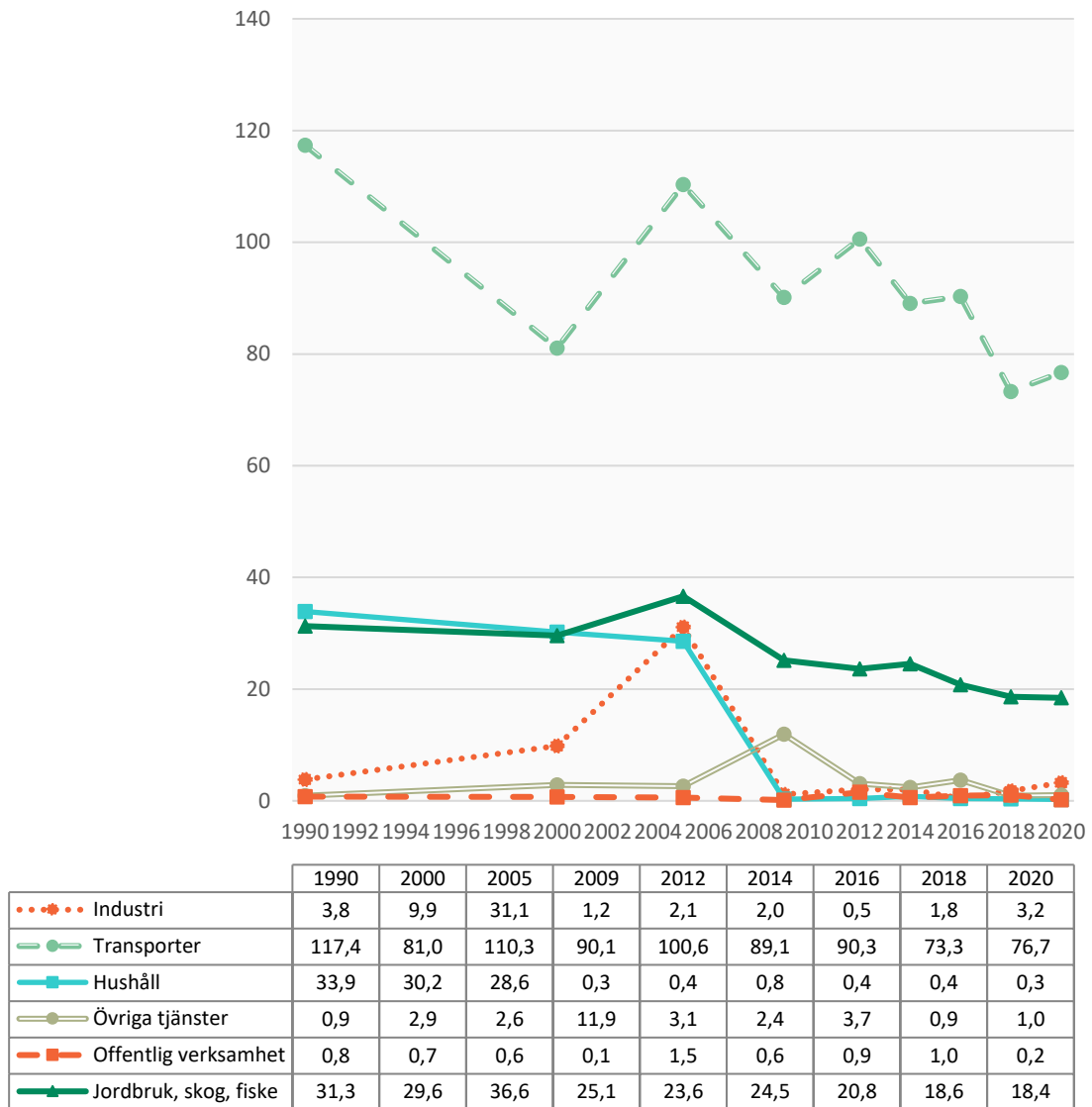


Figur 12: Användning av fossil energi per capita.

Direktanvändning per samhällssektor av fossila bränslen

Andel av användning av fossila bränslen ser mycket olika ut från en sektor till en annan. Detta avsnitt handlar om hur användningen av olika fossila bränslen används i olika sektorer. Det handlar då om bensin, diesel, eldningsolja. Några få år har också mycket små volymer av gasol och kol noterats. Figur 13 redogör för hur mycket energi med ursprung i oljeprodukter som varje samhällssektor använder. I dessa siffror ingår inte bränslen som har använts för vara sig el – eller fjärrvärmeproduktion, utan endast direktanvändning av fossila bränslen. De fossila inslagen i el – och fjärrvärmeproduktionen står för mycket små mängder fossil energi, som tidigare beskrivits. Den allt dominerande delen av användningen av oljeprodukter står transportsektorn för, som visas i figuren. Jordbruk använder också en hel del fossil energi, men övriga sektorer har en nära-noll användning. För sektorn Hushåll är användningen, i det fallet i form av eldningsolja, mycket nära noll numera, med en tydlig minskning sedan 1990. Detta förklaras av att användningen av fjärrvärme och värmepumpar har ökat för denna sektor under motsvarande period och att användningen av eldningsolja då på motsvarande sätt har minskat. Användningen varierar på ett svårförklarligt sätt över tiden inom några av de olika sektorerna. Speciellt svår att förklara är piken i industrisektorn år 2005.

Direktanvändning fossil energi olika samhällssektorer, Borgholms kommun (GWh)



Figur 13: Direktanvändning av fossil energi för olika samhällssektorer.

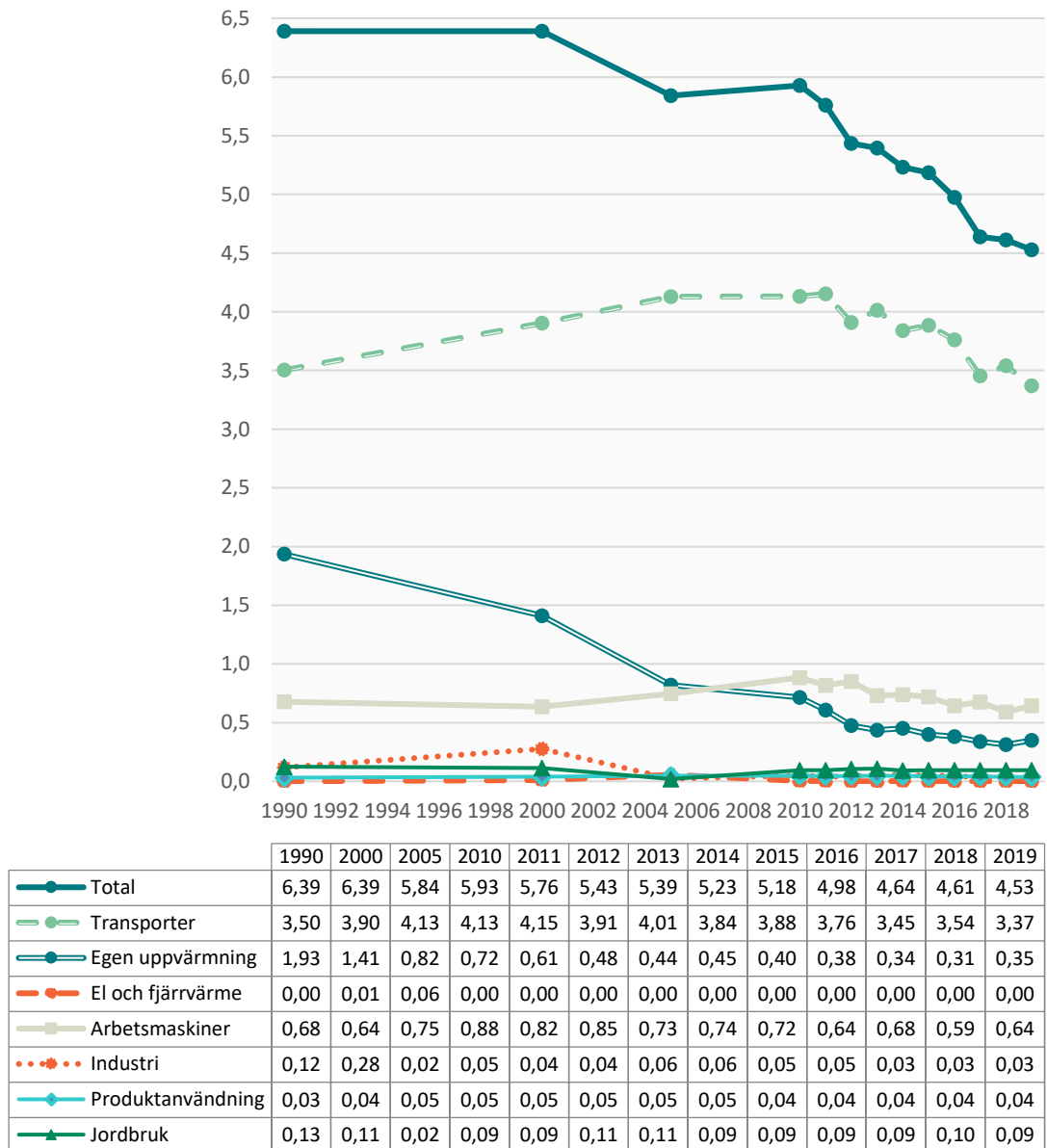
6. Klimatpåverkan av energianvändningen

Det finns generellt två sätt att beräkna koldioxidutsläpp. Antingen använder man sig av omvandlingsfaktorer som ger ett värde på hur mycket koldioxid varje mängd energi av ett visst energislag släpper ut. Det förutsätter då att man genom till exempel SCB vet mängden tillförd eller förbrukad energi uppdelad på bränsleslag. Eller så använder man sig av den så kallade [Nationella emissionsdatabasen](#). Rekommendationen är att använda sig av emissionsdatabasen för beräkningar av just utsläpp och SCB:s statistik när det handlar om energiomvandling och användning. Eftersom statistiken i emissionsdatabasen är insamlad med en annan metod jämfört med SCB:s energistatistik, så korresponderar inte dessa siffror rakt av med varandra. I detta avsnitt kommer utsläppen att baseras på statistiken i nationella emissionsdatabasen, och inte på SCB. Utsläpp av koldioxid hanteras i det första av de två avsnitten. I det andra hanteras utsläpp av alla typer av växthusgaser, inklusive koldioxid. Siffrorna bör inte tolkas bokstavligt då beräkningarna av utsläppen följer komplicerade beräkningsmodeller och gör inte anspråk på att vara exakta. Redovisningarna ger ändå en bild av storleksordningar, trender och en möjlighet att jämföra till exempel olika användarkategorier med varandra.

Koldioxid

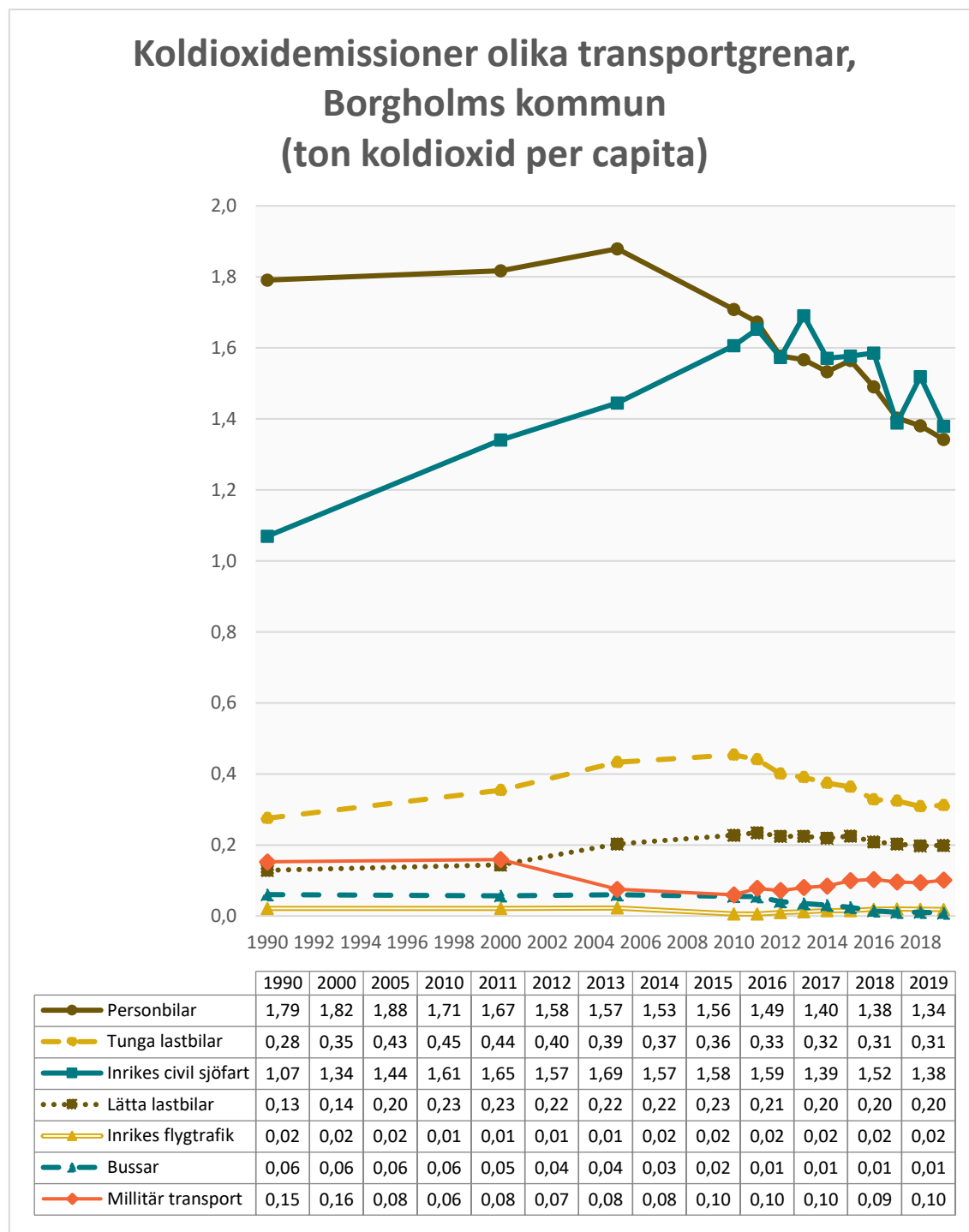
Oljeprodukterna, och framför allt då bensen och diesel till transportsektorn, är den i särklass största källan till koldioxidutsläppen. Förutom oljeprodukterna kan gasol ge ytterligare bidrag till utsläppen. I figur 14 kan man se att utsläppen från transporter är den enskilda sektor som bidrar mest till utsläppen. Med "Egen uppvärmning" avses uppvärmning av bostäder och lokaler. I denna sektor har utsläppen tydligt minskat över tid i takt med att fjärrvärme och värmepumpar har blivit allt vanligare uppvärmningssätt. I sektorn "Industri" ingår såväl energi som processer. Utsläppen från arbetsmaskiner är ganska konstanta över tid. Figuren visar att utsläppen har en tydlig minskande trend, mycket tydlig under de senaste tio åren. Utsläppen från transportsektorn tycks således ha passerat sin peak, vilket också är fallet när vi betraktar hela landet. Utmaningen återstår alltså att minska det fossila behovet i transportsektorn. Många sektorer har mycket låga utsläpp, vid en nationell jämförelse. Ett tydligt exempel är industrisektorn som har mycket små utsläpp. Detsamma gäller utsläppen för el och fjärrvärme. En viktig förklaring till detta är utbyggnaden av fjärrvärmens och den stora kraftproduktionen från vindkraftverk.

Koldioxidemissioner olika sektorer, Borgholms kommun (ton koldioxid per capita)



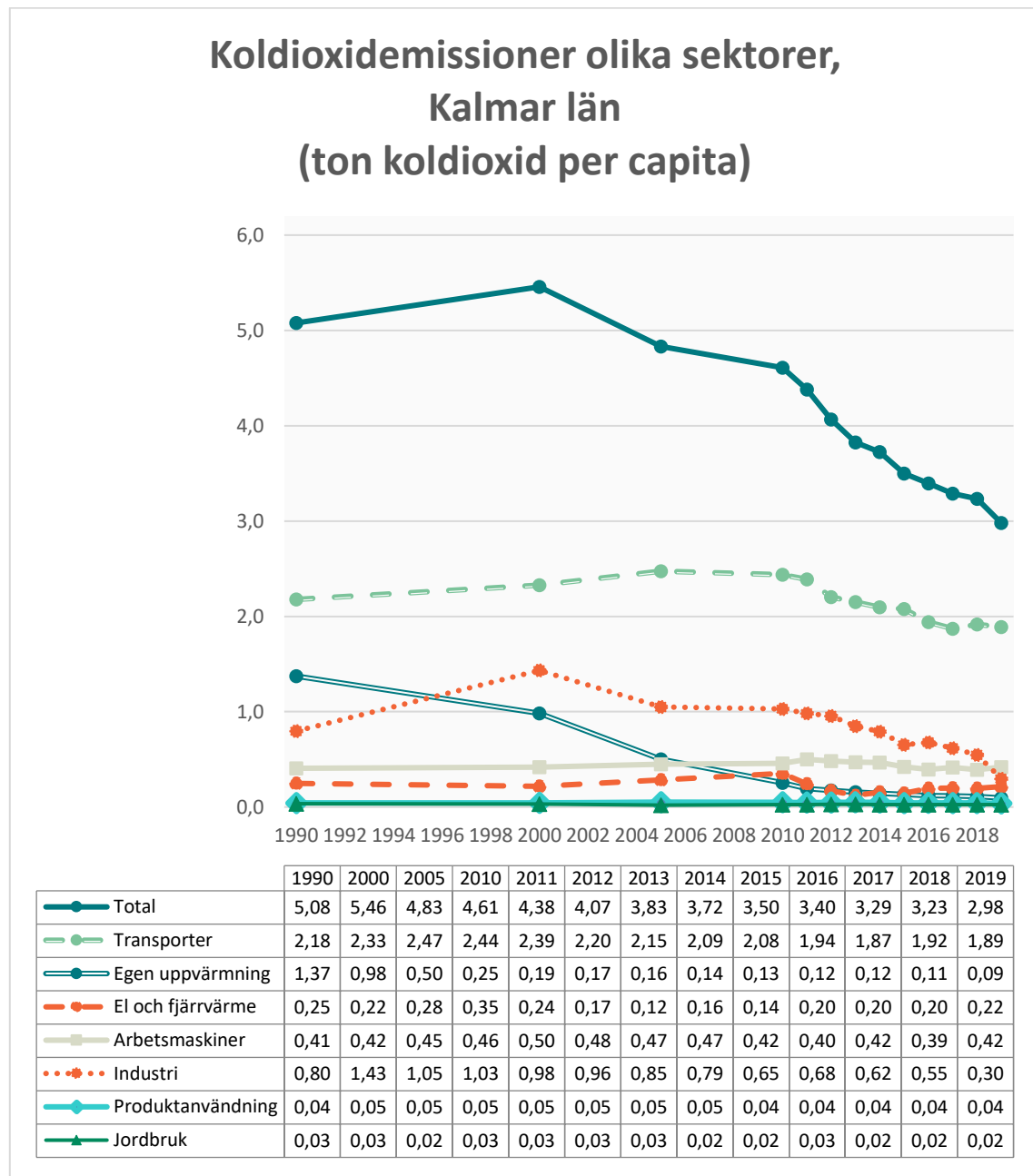
Figur 14: Emissioner av koldioxid från olika sektorer i Borgholms kommun.

Eftersom transportsektorn utgör en mycket stor del av emissionerna, har en mer detaljerad figur tagits fram, där transportsektorn delas upp i olika grenar. Se figur 15. Personbilar är den klart dominerande utsläppskällan fram till för ca tio år sedan. Under senare år är utsläppen från Inrikes civil sjöfart lika stora, där båda har en nedåtgående trend. Utsläppen från denna sektor är mycket stora vid en jämförelse med andra kommuner. Några kategorier som står för en mycket liten del av utsläppen är utelämnade, som till exempel mopeder.



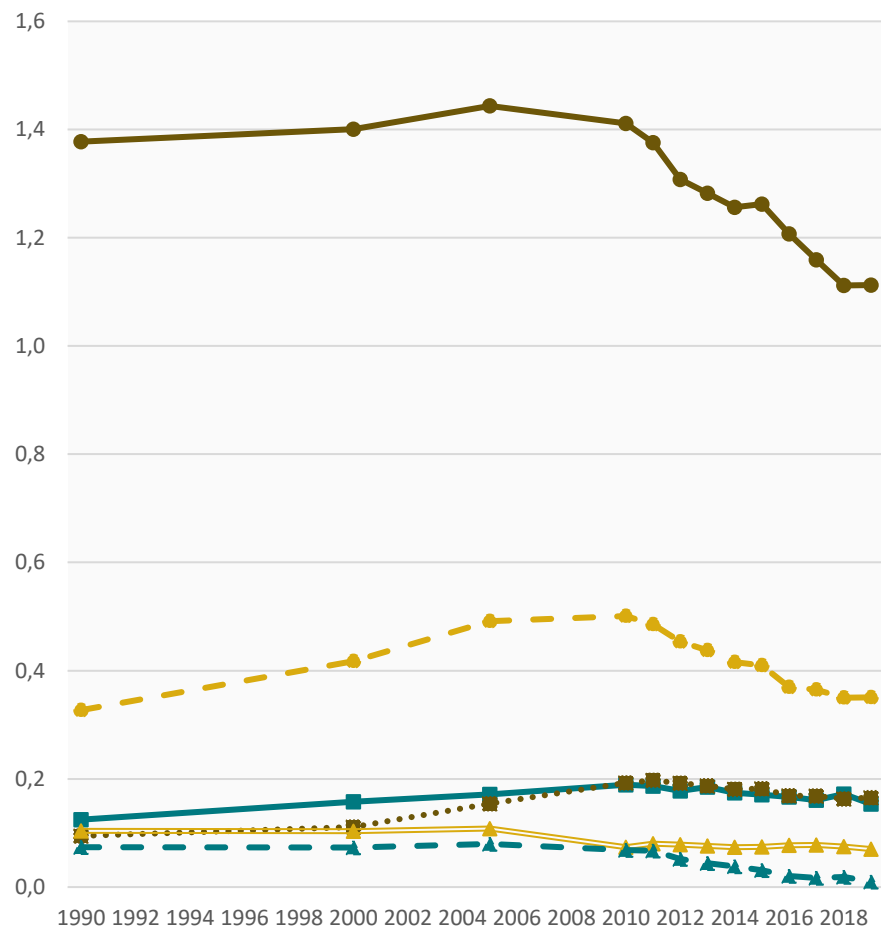
Figur 15: Emissioner av koldioxid från olika transportgrenar i Borgholms kommun.

Eftersom osäkerheten i statistiken minskar om man studerar större geografiska enheter har här valts att också redovisa motsvarande emissionsstatistik för hela Kalmar län. Denna redovisas i figur 16 och 17 här nedan. I figur 16 ingår inte de koldioxidutsläpp som fås från den så kallade kalkifieringsprocessen vid Cementas anläggning i Degerhamn på Öland (upphörde 2019), utan endast utsläpp från förbränning för energiändamål. De sammanlagda utsläppen per capita i länet har minskat på ett mycket tydligt sätt under åren. Länets totala emissioner av koldioxid per capita är lägre jämfört med Borgholms kommun. Detta förklaras främst av de stora utsläppen från transportsektorn i kommunen, och då främst från Inrikes civil sjöfart. Utsläppen i länet är alltså mindre trots att industrisektorn i länet är en stor utsläppare, även om det minskar snabbt under senare år.



Figur 16: Emissioner av koldioxid från olika sektorer i Kalmar län.

Koldioxidemissioner olika transportgrenar, Kalmar län (ton koldioxid per capita)



	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Personbilar	1,38	1,40	1,44	1,41	1,38	1,31	1,28	1,26	1,26	1,21	1,16	1,11	1,11
Tunga lastbilar	0,33	0,42	0,49	0,50	0,49	0,45	0,44	0,42	0,41	0,37	0,36	0,35	0,35
Inrikes civil sjöfart	0,12	0,16	0,17	0,19	0,19	0,18	0,18	0,17	0,17	0,17	0,16	0,17	0,15
Lätta lastbilar	0,09	0,11	0,15	0,19	0,20	0,19	0,19	0,18	0,18	0,17	0,17	0,16	0,17
Inrikes flygtrafik	0,10	0,10	0,11	0,07	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,08	0,08	0,08	0,07
Bussar	0,07	0,07	0,08	0,07	0,07	0,05	0,04	0,04	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01

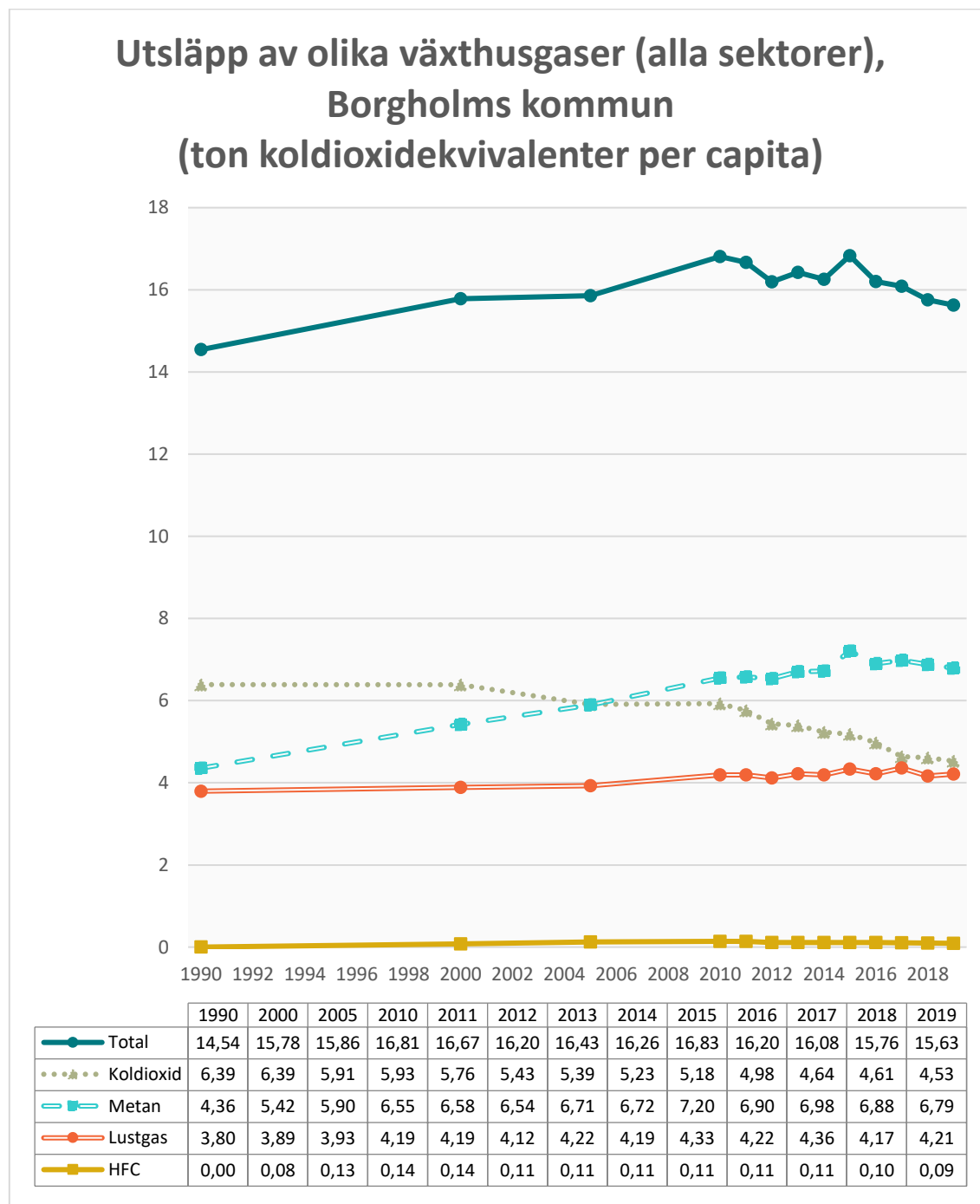
Figur 17: Emissioner av koldioxid från olika transportgrenar i Kalmar län.

Alla växthusgaser

Det finns fler gaser, förutom koldioxid, som bidrar till den förstärkta växthuseffekten. Detta avsnitt kommer att ge en heltäckande bild av utsläpp från dessa gaser. Metan och lustgas är de viktigaste växthusgaserna, tillsammans med koldioxid. Ytterligare några har tagits med i beskrivningen här nedan, men dessa bidrar ytterst marginellt. Dessa fem redovisade gaser, brukar tillsammans med PFC (perfluorkarboner), kallas för Kyotogaserna och bör tas med i beräkningar enligt Kyoto-protokollet. Utsläppen av svavelhexafluorid, SF_6 , och PFC i Borgholms kommun är mycket små relativt de andra växthusgaserna.

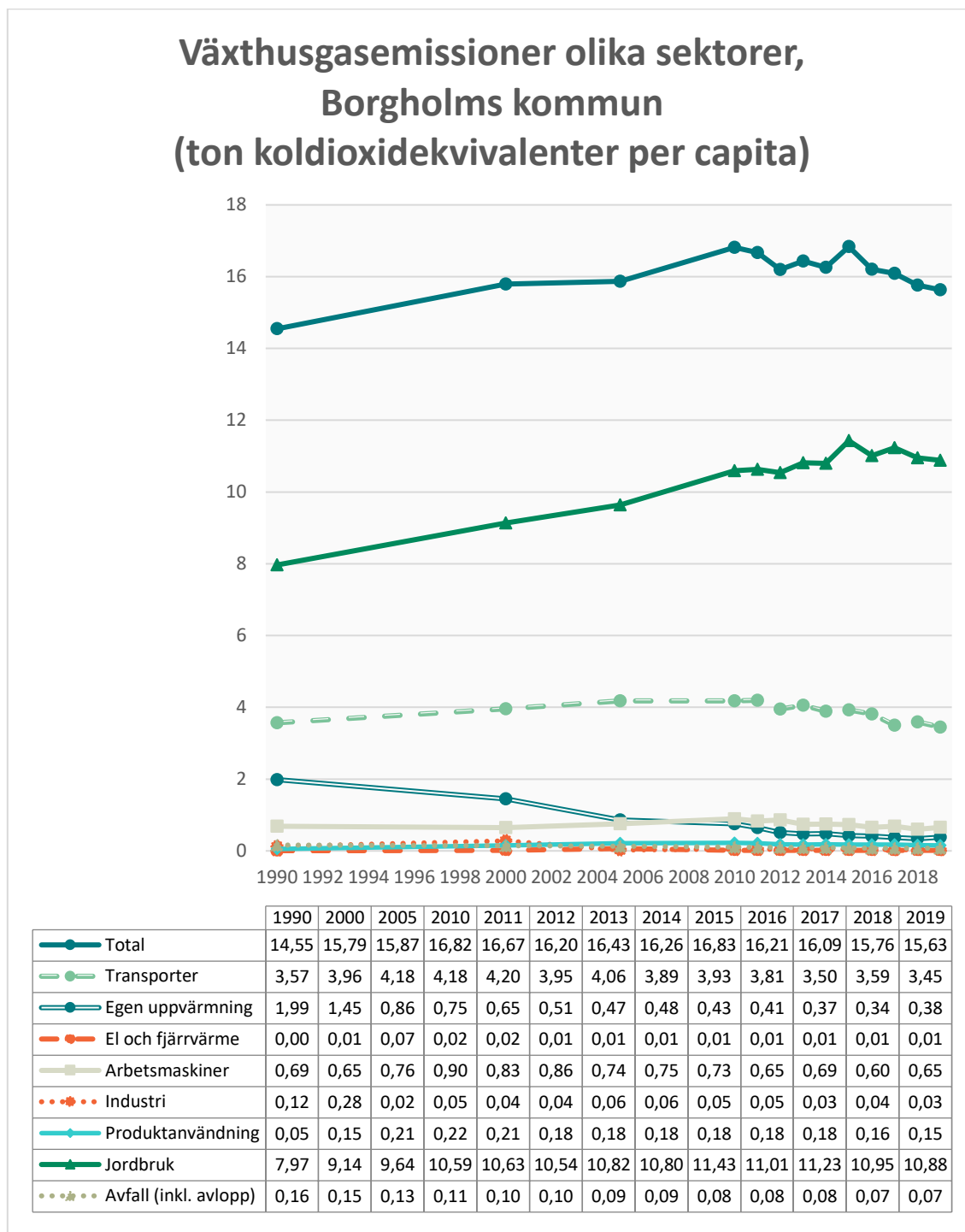
- Koldioxid, CO_2 , finns naturligt i atmosfären, men på grund av mänsklig aktivitet talar vi idag om en förstärkt växthuseffekt. I datan som har använts räknas endast den koldioxid in som har fossilt ursprung.
- Metan, CH_4 , är en växthusgas som är ca 25 gånger kraftigare än koldioxid, men har "fördelen" gentemot lustgas och framför allt koldioxid att brytas ner betydligt snabbare i atmosfären. Metan utgör den aktiva delen i naturgas och biogas. Gasen finns i atmosfären även utan mänsklig påverkan, men läckage vid exempelvis olje – och gasutvinning och distribution av gas ökar andelen i atmosfären, liksom även annat läckage från exempelvis gruvor och soptippar. En stor del av metanutsläppen kommer också från djurens matsmältning.
- Dikväveoxid, N_2O , oftast benämnd lustgas, är en ca 300 gånger kraftigare växthusgas jämför med koldioxid, men är betydligt mindre vanlig. Den används bland annat som smärtlindrare och i förpackningsindustrin för att livsmedel på så sätt håller sig färskare längre. För dessa ändamål framställs gasen industriellt. Den bildas också vid katalytisk avgasrening och sipprar ut från jord – och skogsmark.
- Fluorkolväten (HFC), vanligen benämnd freoner, är ett samlingsnamn på flera olika typer av kolväten. Freon har använts i bland annat köldmedium, men är idag strikt reglerad och användningen är mycket begränsad. Freoner är kemiskt stabila och förblir långlivade i atmosfären.
- Svavelhexafluorid, SF_6 , är en industriellt framställd gas som används i elbranschen, exempelvis i strömbrytare.

Koldioxidekvivalenter är en gemensam måttenhet som används för att sätta olika gasers bidrag till växthuseffekten i förhållande till varandra. Den anger den växthusdrivande effekten hos en gas uttryckt som den mängd koldioxid som ger samma klimatpåverkan. Begreppet har använts som enhet i figur 18, där de olika växthusgasernas bidrag till den förstärkta växthuseffekten framgår. Tendensen är positiv avseende koldioxid, som vi tidigare har kommit fram till. Utsläppen av lustgas är ganska konstanta över tid. Däremot är utsläppen av metan ökande. Figuren ger ingen helhetsbeskrivning av miljöpåverkan av olika gaser. För att göra det behöver också den tid det tar för naturen att bryta ner olika gaser beaktas.



Figur 18: Utsläpp av olika typer av växthusgaser, omräknat till koldioxidekvivalenter.

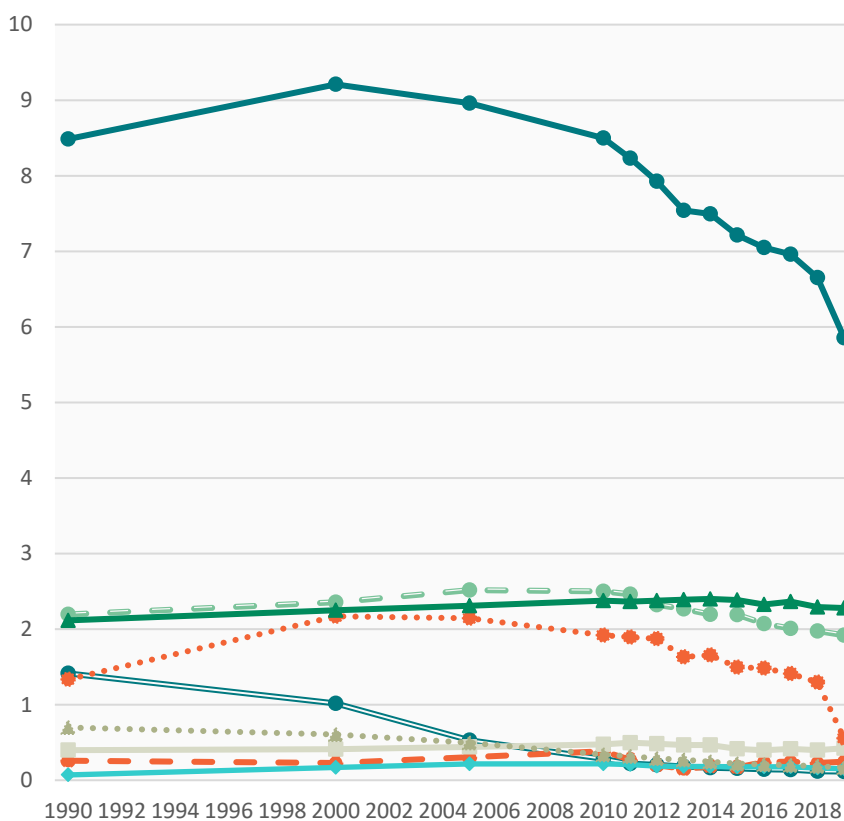
Figur 19 redovisar utsläpp uppdelat i olika användarkategorier för att ge en bild av hur dessa förhåller sig till varandra och för att se trender. Datan innehåller summan av alla typer av växthusgaser och har beräknats som koldioxidekvivalenter. Jordbruk är den största växthusgasutsläppande kategorin, vilket visar på att det finns mycket jordbruk i kommunen. Transporter är den sektor som släpper ut näst mest.



Figur 19: Utsläpp av växthusgaser för olika användarkategorier, omräknat till koldioxidekvivalenter.

På samma sätt som gjordes för koldioxidemissioner, har här valts att också redovisa motsvarande emissionsstatistik för växthusgaser för hela Kalmar län. Se figur 20. vid en jämförelse mellan växthusgasutsläppen för Borgholms kommun och för Kalmar län, framgår tydligt att jordbrukssektorer ger mycket stora utsläpp i kommunen relativt länet. Som en följd av detta är totala växthusgasemissionerna per capita i länet betydligt lägre än i Borgholms kommun.

Växthusgasemissioner olika sektorer, Kalmar län (ton koldioxidekvivalenter per capita)

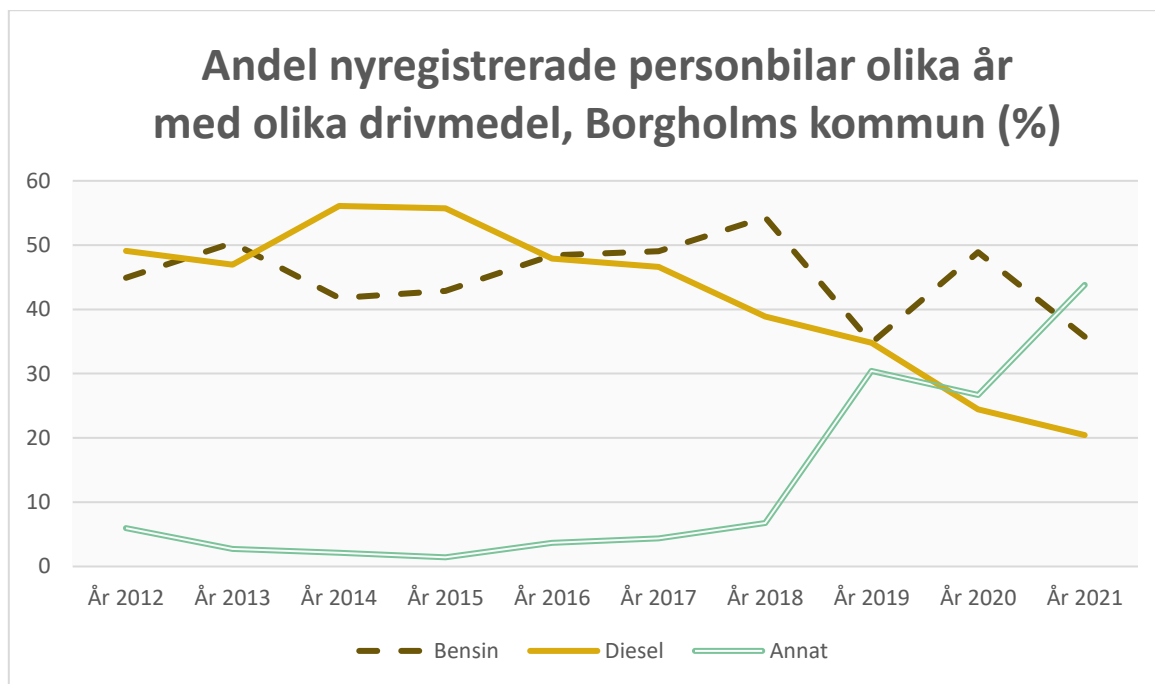


	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
—●— Total	8,49	9,21	8,96	8,50	8,23	7,93	7,54	7,50	7,22	7,05	6,96	6,65	5,85
—●— Transporter	2,20	2,36	2,52	2,50	2,46	2,32	2,27	2,20	2,19	2,07	2,01	1,97	1,92
—●— Egen uppvärmning	1,41	1,02	0,53	0,28	0,22	0,20	0,18	0,17	0,16	0,14	0,14	0,12	0,11
—●— El och fjärrvärme	0,26	0,23	0,30	0,38	0,27	0,20	0,15	0,18	0,17	0,24	0,25	0,23	0,24
—●— Arbetsmaskiner	0,40	0,41	0,44	0,48	0,50	0,48	0,46	0,46	0,42	0,40	0,42	0,40	0,43
... Industri	1,33	2,17	2,15	1,92	1,89	1,87	1,63	1,66	1,50	1,48	1,41	1,29	0,55
—●— Produktanvändning	0,07	0,17	0,22	0,22	0,21	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,16	0,15
—▲— Jordbruk	2,12	2,25	2,31	2,38	2,36	2,37	2,39	2,40	2,39	2,32	2,36	2,29	2,28
... Avfall (inkl. avlopp)	0,70	0,61	0,50	0,34	0,32	0,29	0,27	0,25	0,22	0,21	0,20	0,19	0,17

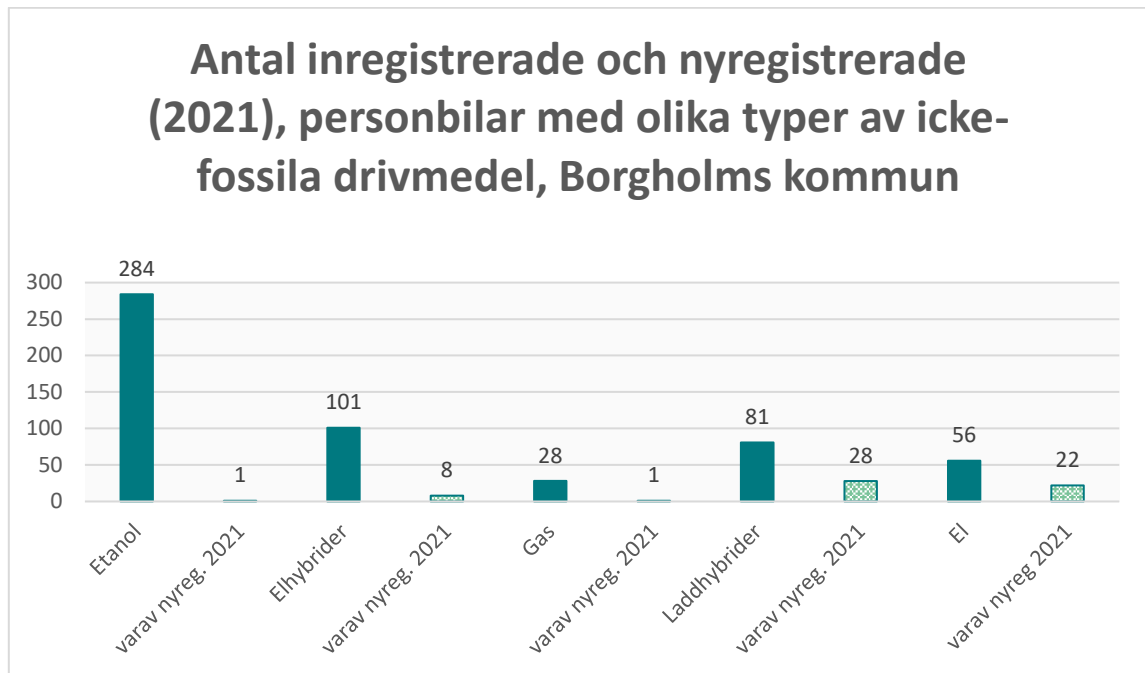
Figur 20: Utsläpp av växthusgaser för olika användarkategorier, omräknat till koldioxidekvivalenter, Kalmar län.

7. Drivmedel för inregistrerade och nyregistrerade personbilar

Vid slutet av år 2021 var antalet inregistrerade personbilar i kommunen 6 157 stycken. Av dessa var 91,8 % helt fossilt drivna. Motsvarande siffra vid slutet av år 2021 för hela länet var 90,1 %. Invånarna i Borgholms kommun är således långsammare än övriga länet på att ställa om till förnybara drivmedel. Figur 21 visar andelar av olika typer av drivmedel för nyregistrerade personbilar olika år. Icke-fossila bränslen, el och olika typer av hybrider har här klassificerats in som "Annat". Om man betraktar personbilar som har nyregistrerats under 2021, så är andelen Annat 44 %. I figuren framgår den generella ökningen under senare år. Minskningen av nya dieslbilar är tydlig, medan linjen för bensinbilar är mer hackig. I Figur 22 redovisas bränslena för alla personbilar i kategorin Annat. Detta görs dels för antalet totalt inregistrerade bilar med respektive bränsle, dels för det antal som har nyregistrerats med respektive bränsle under år 2021. Det finns en stor variation i popularitet av olika typer av icke-fossila bilar över tid. Etanolbilar, som är den vanligaste typen av icke-fossila bilar, var populära tidigare, men antalet nyregistrerade etanolbilar år 2021 är nära noll. Intresset för nya biogasbilar är också mycket lågt. Intresset har istället vänts mot eldrift där det främst tillkommer många nya laddhybrider och rena elbilar under 2021.



Figur 21: Andel av olika typer av drivmedel för nyregistrerade personbilar olika år.



Figur 22: Antal personbilar med olika icke-fossila drivmedel.

8. Slutsats och diskussion

Utvecklingen i Borgholms kommun är positiv på flera sätt. Andelen förnybart i energimixen har ökat påtagligt sedan 1990. Användningen av eldningsolja och bensin har minskat mycket. Dieselanvändningen är svårare att trycka ner, mycket på grund av den stora jordbrukssektorn. Energianvändningen generellt visar en svagt minskande tendens. Hushållssektorn är den största energianvändaren, men här är den fossila andelen mycket liten. Transportsektorn uppvisar ingen tydlig tendens till minskning, men betraktat hela länet så finns det nog en sådan positiv utveckling också i Borgholms kommun. Transportsektorn använder allt större andel förnybar energi. Trots transportsektorns positiva utveckling finns där den största utmaningen för att minska fossilberoendet ytterligare. All total användning av fossila energikällor per capita minskar över tid.

I kommunen produceras betydligt mer el från vindkraft än vad som används. Så har det varit sedan 2012. Produktionen av solceller ökar snabbt, men från låga nivåer.

Fortsatta satsningar bör lämpligen fokusera på transportsektorn. Det är omställningen mot förnybara drivmedel och el i denna sektor som kommer att vara avgörande för att fortsätta trycka ner behovet av fossila bränslen. Sannolikt finns en stor outnyttjad potential i satsningar på energieffektivisering i till exempel byggnader och industriella processer för att trycka ner energianvändningen generellt.

Utsläppen av koldioxid har minskat över tid, medan växthusgasutsläppen ligger ganska konstant, med en svag tendens till minskning de allra senaste åren. Jordbruket har en stor utmaning i sina utsläpp av metan och likaså transportsektorns utsläpp av koldioxid. Men det finns positiva förändringar i transportsektorn, genom att allt fler personbilar som inregistreras drivs med annat än fossila bränslen och att användningen av fossila drivmedel minskar. I jordbrukssektorn, där utsläppen av växthusgaser länge har ökat, kan man nu se en tendens till minskning.

Koldioxidutsläppen i kommunen år 2019 är 4,5 ton/capita (se figur 14). Motsvarande siffra för länet är 3,2 ton/capita och för riket 4,0 ton/capita. Minskningen över tid ser ut på likartat sätt i såväl kommunen som i riket.

Utsläppen av växthusgaser, beräknat som koldioxidekvivalenter, i kommunen år 2019 är 15,6 ton/capita (se figur 18). Motsvarande siffra för länet är 5,9 ton/capita och för riket är 4,9 ton/capita. Den viktigaste förklaringen till att Borgholms kommun här ligger betydligt sämre till än både länet och riket är den stora jordbrukssektorn. I kommunen står den för 70 % av alla växthusgasutsläpp räknat i koldioxidekvivalenter. Utsläppen från jordbruk i kommunen är 10,9 ton/capita, främst i form av metan. Motsvarande siffra för länet är 2,3 ton/capita och för riket 0,7 ton/capita.

Andelen förnybart i den totala energianvändningen i kommunen har förändrats på ett mycket positivt sätt under tidsserien, från 32 % år 1990 till 69 % år 2020. (se figur 7).

Användningen av fossil energi i kommunen är 9,3 MWh/capita år 2020. (se figur 12). För länet är siffran högre, ca 12 MWh/capita år 2019. För denna beräkning är den totala användningen av fossil energi i alla sektorer dividerad med antal invånare.

9. Om rapporten

Energibalansen visar hur energiflödet såg ut i stora drag år 2020, för viss statistik 2019 och för annan 2021. För att ge en bild av utvecklingen så innehåller den även information om vissa år med utgångspunkt från 1990, då statistik på regional och kommunal nivå började redovisas av SCB. Statistiken har vissa hål och luckor som i så stor utsträckning som möjligt har kompletterats med hjälp av rimliga uppskattningar baserade på jämförelser med andra områden och/eller erfarenhet. Osäkerheten i statistiken är stor, särskilt när man jämför statistik som härrör sig från olika år. De individuella siffrorna i rapporten ska inte tolkas bokstavligen, utan ska sättas in i ett samband, där syftet är att kunna se olika trender. För att få en bättre detaljerad bild så behöver man ha lokalkännedom om länet och kunskap om verksamheter och förutsättningar där. Det är viktigt att förmedla att sifferuppgifterna i respektive diagram måste tas med en ”stor nypa salt”.

Statistiken från SCB, som ligger till grund för den största delen av energibalansen, presenterades från och med 2009 års statistik på ett nytt sätt. De nya indelningarna innebär att siffror är sammanslagna till större enheter. Tidigare redovisades exempelvis varje enskilt bränsle för sig. Nu har bränslena grupperats i förnybara och icke förnybara. För att göra jämförelser med tidigare år har olika bränsleslag adderats för tidigare år för att harmonisera med 2009 års statistik och framåt. Statistiken som redovisas från och med 2009 redovisar användningen, och alltså inte tillförseln, av energi inom kommunens geografiska område. När det gäller fjärrvärme och el, redovisas dessutom omvandlingen inom kommunens geografiska område.

Statistiken är inte normalårskorrigerad. Energianvändningen som är relaterad till exempelvis uppvärmning av fastigheter varierar mellan olika år beroende på variationer i utetemperaturen. Statistiken i denna energibalans är inte normalårskorrigerad eftersom det inte är klart i basstatistiken vad som använts för uppvärmning och vad som använts till exempel för att driva en process. Av alla åren som redovisas i rapporten är det 2010 som sticker ut genom att ha haft en ovanligt kall vinter. Generellt ökar temperaturen över tid under senare år.

Några av användarkategorierna är svåra att förstå helt vad de innehåller. Enligt SCB innehåller kategorin Offentlig verksamhet följande delar: Offentlig förvaltning och försvar, Utbildning, forskning och utveckling, Hälso- och sjukvård, sociala tjänster, Kultur, nöje och fritid, Gatu- och vägbelysning, Vattenverk, Avfallshantering, avloppsrening, återvinning, sanering och renhållning.

Kategorin Övriga tjänster innehåller följande delar: Elförsörjning av kontor, lager o.dyl., Gasförsörjning (distribution av gasformiga bränslen via rörnät), Försörjning av värme och kyla, Parti- och detaljhandel, Hotell- och restaurangverksamhet, Magasinering och stödtjänster till transporter, Post och kurirverksamhet, Finans- och försäkringsverksamhet, Fastighetsförvaltning, Uthyrning, leasing, databehandling o.a. företagstjänster, Annan serviceverksamhet, Informations- och kommunikationsverksamhet.

Målsättning och syfte

Målet med energibalansen är att på ett överskådligt sätt kartlägga de övergripande energiflödena i Borgholms kommun som geografiskt område och få ett faktaunderlag som visar var möjligheterna och behoven finns. Försiktighet ska iakttas om man jämför energibalanser mellan olika län och mellan olika kommuner, eftersom förutsättningarna skiljer sig mycket åt, till exempel med stora industrier. Energibalansen ger ett underlag för att se möjliga åtgärder för att minska

energianvändningen, att öka andelen förnybart i energimixen och för förändringar i beteenden hos energianvändarna. I denna rapport är en och samma metod använd för alla åren, vilket gör att det är meningsfullt att jämföra olika år och trender över tid.

Metod

I studien har energiflödet kartlagts främst baserat på [SCB:s](#) statistik och [Nationella emissionsdatabasen](#). Dessa har kompletterats med uppgifter från [Trafikanalys](#), energileverantörer och tjänstepersoner på Borgholms kommun, med flera. Avancerade modeller för att mäta olika utsläpp på ett indirekt sätt har utvecklats. Det får konsekvenser som att exempelvis kommuner som saknar flygplats ändå kan ha koldioxid från flyget registrerat i sin kommun. Det beror på att modellen inkluderar flygplansrörelser som sker över kommuns geografiska område. För en detaljerad beskrivning av de respektive modellerna hänvisas till [Nationella emissionsdatabasen](#). För mer information om olika osäkerheter i energistatistiken hänvisas till [SCB](#).

Nationella emissionsdatabasen hämtar sin statistik på ett annat sätt än SCB, vilket gör att bilden kan se olika ut beroende på vilken källa som används. För att ge en bild av emissioner av olika slag från energianvändning är rekommendationen att välja Nationella emissionsdatabasen som källa. På en mindre geografisk enhet som exempelvis en liten kommun, är osäkerheten stor i siffrorna med denna metod. Å andra sidan ökar osäkerheten också i SCBs statistik, ju mindre den geografiska enheten är.

Schablonberäkning avseende värmepumpar

För beräkning av energi genererat av värmepumpar har en schablonberäkning använts som Energimyndigheten respektive Klimatkommunerna beskriver: Värmepumpar hämtar lagrad solvärme i luft, jord, berg och grundvatten. När värmepumpen arbetar med att "hämta" den energi som finns lagrad i det aktuella mediet använder värmepumpen elektricitet. En effektiv värmepump använder 1 del energi och levererar ungefär 3 delar energi som värme. Enkelt uttryckt kan sägas att de 2 extra delar energi värmepumpen levererar är förnybar energi. Kommunen har lämnat fullständiga uppgifter om antalet anmälda jord-, berg- och grundvattenvärmepumpar och dessa har sedan beräknats med en schablon för småhus på 16 000 kWh förnybar energi. Antagandet har använts att luftvärmepumpar av alla slag tar in 70 % av vad alla berg – mark - och sjövärmepumpar gör. Av detta antas hälften vara bidrag från frånluftvärmepumpar. På det sättet har det totala energibidraget från värmepumpar i kommunen kunnat beräknas.

I siffran för 2020 är alla anmälningar som inkom t.o.m. hela 2019 antagna att vara i drift 2020, däremot inga av de anmälningar som inkom under 2020. Samma beräkningssätt har använts för alla år som redovisas.

Antaganden

Rapporten bygger på en sammanställning av en mycket stor mängd data. Mycket av SCB:s statistik är markerad som sekretess eller har orimligt höga eller låga värden. I syfte att sammanställa statistiken, måste då olika överväganden göras. Resultatet blir ett antal antaganden vars val endast rapportskrivaren kan ställas ansvarig för. I en del fall, där bristen kan härledas till ett visst

företag eller kommun, har bristen diskuterats med berörd och därefter har ett antagande gjorts. I de flesta fall går det inte att koppla bristen till någon viss verksamhet och då har antaganden gjorts baserat på exempelvis data från omkringliggande år. Baserat på uppenbara fel eller uteblivna värden, redogörs här för antaganden och förenklingar som har gjorts.

För andelen fossilt i elproduktionen nationellt olika år har följande värden använts:

1990: 2,3 % 2000: 3 % 2005: 2,4 % 2009: 4 %

Från och med år 2012 sätts all använd el i kommunen som helt fossilfri eftersom det produceras ungefär lika mycket eller mer vindkraft än vad man använder.

För andelen förnybart i elproduktionen nationellt olika år har följande värden använts:

1990: 51,7 % 2000: 58,4 % 2005: 52,7 % 2009: 56 %

Från och med år 2012 sätts all använd el i kommunen som helt fossilfri eftersom det produceras ungefär lika mycket eller mer vindkraft än vad man använder.

Produktionen av vindkraft år 2009 är ett antaget värde, baserat på installerad effekt vid den tiden.

Bränslemix för fjärrvärmeproduktionen år 2018 beräknas som ett medelvärde av värdena för åren 2017 och 2019.

Slutanvändning av icke-förnybart flytande i Industrin sätts år 2009 till samma värde som för år 2010.

Slutanvändning av icke-förnybart flytande i Hushåll sätts år 2012 till ett medelvärde av 2011 och 2013 års siffror.

Slutanvändning av förnybart fast i Industrin sätts år 2012 till 0. År 2018 sätts det som ett medelvärde av 2017 och 2019 års siffror.

Slutanvändning av förnybart flytande i Industrin sätts år 2014 till 0.

Slutanvändning av el i Övriga tjänster sätts år 2016 som ett medelvärde av 2015 och 2017 års siffror. För 2018 sätts värdet som ett medelvärde av 2017 och 2019 års siffror.

Slutanvändning av el i Jordbruk sätts år 2018 som ett medelvärde av 2017 och 2019 års siffror.

Slutanvändning av förnybart fast i Industrin sätts år 2018 som ett medelvärde av 2017 och 2019 års siffror.

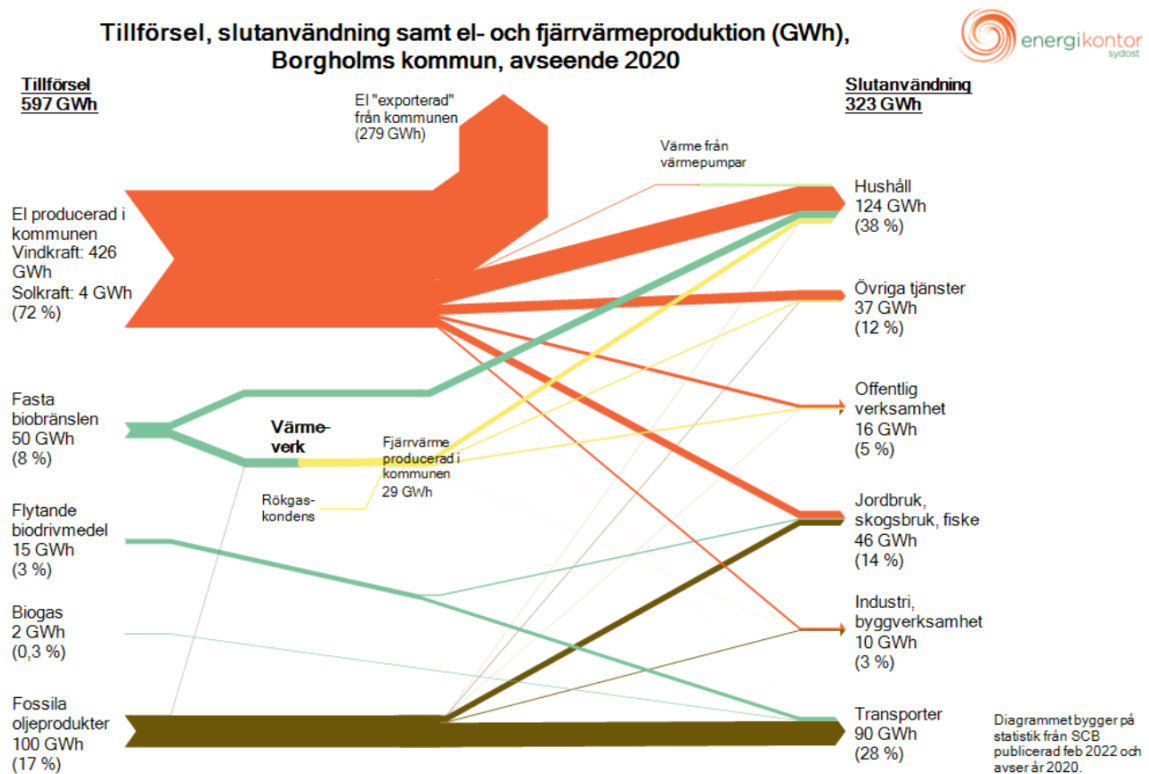
Slutanvändning av el i Industrin sätts år 2018 till 2019 års siffra.

Slutanvändning av el i Offentlig verksamhet, el i Transporter och el i Hushåll sätts år 2018 som ett medelvärde av 2017 och 2019 års motsvarande siffror.

All den biogas som används i kommunen antas användas i Transportsektorn.

All värme genererad av värmepumpar antas tillhöra Hushållssektorn.

Bilaga: Sankey-diagram avseende 2020



Något om Sankey-diagrammet

Sankey-diagrammen beskriver storleken av olika energiflöden. De är framtagna dels med angivna kvantiteter (GWh), dels andelsmässigt (%). Tjockleken av flödena är proportionella mot storleken av flödena, dvs ju tjockare linje, desto större flöde. Statistiken som diagrammet bygger på är hämtad från SCB. Vissa antaganden har gjorts där data saknas, är sekretessbelagd eller är uppenbart fel, enligt beskrivningar i rapportens sista avsnitt. Det är 2020 års siffror som redovisas. Statistiken för detta år släpptes av SCB i slutet av februari 2022.

Det finns vissa förluster i överföringen av el och fjärrvärme. Fjärrvärmen och den lokalt producerade elen har också förluster i produktionen. I detta fall har förlusterna från elproduktion – och distribution satts till noll eftersom all el produceras lokalt.

Det är antaget att värmepumparna sammantaget drivs med en del el och att uttaget i form av värme är en faktor tre. Det antas också att alla inrapporterade värmepumpsinstallationer är till hushåll.

Statistiken redovisar tillförsel, omvandling och slutanvändning i kommunen, inte till exempel energi som används för att producera varor utanför kommunen, trots att varan används inom kommunens geografiska gränser.

Tillförsel: Eftersom det produceras mer el i kommunen än vad som används, har nettoöverskottet markerats i diagrammet som en export av el.

Diagrammet visar inte var de tillförda förnybara bränslena kommer ifrån geografiskt. Diagrammet visar inte heller var de tillförda fossila bränslena kommer ifrån geografiskt. Det är uteslutande fossila oljeprodukter, som importeras från andra länder.

Slutanvändning: De sex sektorer som redovisas som slutanvändare bygger på SCB:s sätt att presentera statistiken. Sektorn Övriga tjänster omfattar lager, kontor, handel, hotell, restauranger och liknande.



Energikontor Sydost AB

Smedjegatan 37, 352 46 VÄXJÖ

0470-76 55 60

info@energikontorsydost.se

energikontorsydost.se