

# E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018

Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2018-4-11  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2018

# Förord

Det här är femte året som Socialstyrelsen redovisar uppgifter om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Rapporten bygger på nyckeltal som Socialstyrelsen har tagit fram i samarbete med regionala e-hälsosamordnare och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Digitaliseringskommissionen och Myndigheten för delaktighet.

Nyckeltalen är baserade på intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*, och de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL 2013 om stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet i socialtjänsten.

Projektet har letts av utredaren Dick Lindberg och i arbetsgruppen ingick utredarna Therese Olmsäter, Sherko Alemdar, enkätkonstruktören Claes Falck samt statistikerna My Raquette och Maria Morko. Elisabeth Wörnberg Gerdin har varit ansvarig enhetschef.

Socialstyrelsen riktar ett särskilt tack till de kommuner som bidragit till denna rapport genom att besvara enkäten.

Nyckeltalen och resultatet från uppföljningen 2018 finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Slutsatser .....	8
Bakgrund .....	9
Nationella strategier .....	9
Stimulansmedel .....	9
Vision e-hälsa 2025 och handlingsplan .....	9
Tidigare rapportering från Socialstyrelsen .....	10
Bortfallsanalys 2014–2017 .....	11
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik .....	11
Uppdraget .....	11
Metod och genomförande .....	11
Agenda 2030 för hållbar utveckling .....	13
Resultat .....	14
E-tjänster .....	14
E-tjänster på andra språk .....	16
Digitalisering av trygghetslarmen .....	16
Antal och andel digitala trygghetslarm .....	17
Kommuner som har digitaliserat trygghetslarmen .....	17
Kommuner som fortfarande har analoga trygghetslarm .....	18
Välfärdsteknik .....	18
Välfärdsteknik i ordinärt boende .....	19
Välfärdsteknik i särskilda boenden inom äldreomsorgen .....	21
Välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden) .....	22
Passiva larm .....	24
Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården .....	25
Välfärdsteknik i privata verksamheter .....	25
Säker roll- och behörighetsidentifikation .....	26
Privata verksamheter .....	29
Läsa och dokumentera mobilt .....	30
Hälso- och sjukvårdspersonal .....	30
Privata utförare av hälso- och sjukvård .....	32
Socialtjänstpersonal .....	32
Privata socialtjänstverksamheter .....	33
Den nationella patientöversikten .....	34
Privata utförare .....	36
Strukturerad dokumentation .....	37
Privata utförare .....	39

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) .....	40
Privata utförare .....	41
Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) .....	41
Privata utförare .....	42
Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) .....	43
Privata utförare .....	43
Kommunernas styrande dokument .....	43
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.....	45
Utvecklingen hos privata vård- och omsorgsgivare.....	46
Slutsatser och diskussion .....	49
Svag utveckling av e-tjänster.....	49
Andelen digitala trygghetslarm ökar.....	50
Användning av välfärdsteknik ökar .....	50
Låg användning av säker roll- och behörighetsidentifikation .....	51
Fler kan läsa och dokumentera mobilt .....	52
Många läser, men få producerar information, i den nationella patientöversikten .....	52
Strukturerad dokumentation ökar .....	53
Arbete med tillgänglighet kan motverka digitalt utanförskap.....	53
Avslutande kommentarer .....	56
Referenser .....	57
Bilaga 1. Svarefrekvenser per län .....	60
Bilaga 2. Indikatorer för e-hälsoutveckling.....	61
Bilaga 3. Bortfallsanalys för tidigare års enkäter .....	66
Bilaga 4. Privata utförare .....	68
Bilaga 5. Kvalitetsdeklaration .....	70

# Sammanfattning

År 2014 tog Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, fram nyckeltal för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna och har sedan dess gjort årliga uppföljningar genom en enkät till landets samtliga kommuner. I den här rapporten sammanfattas resultaten av uppföljningen som gjordes i januari och februari 2018. Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna är ojämn. Det finns skillnader både mellan kommuner och mellan olika verksamhetsområden. Det är framförallt inom äldreomsorgen som kommunerna har dragit nytta av tekniken och där går det att se en snabbare utveckling än inom andra verksamhetsområden. Inom de områden som Socialstyrelsen har undersökt kan resultaten summeras på följande sätt:

- Andelen trygghetslarm som är digitala ökar och i januari 2018 var cirka 81 procent av samtliga trygghetslarm digitala. Flera kommuner har kommenterat i fritextsvar att de räknar med att vara klara med digitaliseringen under 2018.
- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande på en låg nivå. Kommunerna använder tidbokning över internet och elektroniska ansökningar av bistånd och insatser i liten omfattning. Det har dock skett en påtaglig utveckling vad gäller möjligheten för enskilda att ansöka om ekonomiskt bistånd via internet. År 2017 kunde nio procent av kommunerna erbjuda digitala ansökningar och 2018 var det 16 procent. Resultatet från årets enkät visar att 23 procent av kommunerna erbjuder elektroniska biståndsansökningar inom äldreomsorgen.
- Användning av välfärdsteknik har ökat. En majoritet av kommunerna använder passiva larm och sensorer, samt vårdplanering med video, både i ordinärt boende och särskilda boenden. Användningen av trygghetskameror och gps-larm har ökat stort de senaste två åren. Cirka 60 procent av kommunerna kan erbjuda gps-larm och 46 procent har natt-tillsyn med hjälp av kamera.
- Användningen av den nationella patientöversikten (NPÖ) för att läsa information ökar. Det är 272 kommuner som har anslutit sig för att ta del av information i systemet. Samtidigt kan inte mer än 13 kommuner visa journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa det.
- En liten andel av kommunerna har säkrat sina verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas. I endast cirka 22 procent av kommunerna kräver samtliga system en säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen kommuner där berörd personal kan läsa och dokumentera information mobilt har ökat mellan 2015 och 2018. År 2015 hade all mobil personal inom den kommunala hälso- och sjukvården möjlighet att läsa och dokumentera mobilt i 5 procent av kommunerna. År 2018 var det mellan 20 och 24 procent. Ökningen har varit mindre inom socialtjänsten där andelen kommuner där all mobil personal kan läsa mobilt 2015 var 6 procent och 2018 var det 14 procent.

- I många kommuner finns det strukturerad dokumentation som är baserad på dokumentationssystemen Barns behov i centrum (BBIC) och Individens behov i centrum (IBIC). BBIC för barn och unga används i en majoritet av kommunerna, 81 procent, och IBIC används av allt fler kommuner inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Användningen av Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är hög inom kommunal hälso- och sjukvård, cirka 76 procent och ökar från låga tal inom socialtjänstens områden. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) används i 45 procent av kommunerna och Klassifikation av Socialtjänstens Insatser och aktiviteter (KSI) som är en ny klassifikation inom socialtjänstområdet används i 10 procent av kommunerna.
- De privata utförarna skiljer sig delvis från de kommunala i vilken omfattning de har digitaliserat. Jämfört med de kommunala utförarverksamheterna är det en mindre andel privata vård- och omsorgsgivare som använder välfärdsteknik, säker roll- och behörighetsidentifikation och mobila arbetsätt inom hälso- och sjukvården, strukturerad dokumentation, klassifikationerna ICF och KVÅ. Däremot är det en större andel privata som inom socialtjänstområdet använder säker roll- och behörighetsidentifikation och mobila arbetsätt. En större andel privata vård- och omsorgsgivare använder också klassifikationen KSI i socialtjänstverksamheterna.

## Slutsatser

Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen går framåt på flera områden men att det finns tre områden där utvecklingen är otillfredsställande. För det första har endast en liten andel av kommunerna säkrat sina olika verksamhetssystem inom vård och omsorg där personuppgifter behandlas. Sedan 2015 har det inte skett någon synbar utveckling av andelen kommuner som kräver säker roll- och behörighetsidentifikation för tillgång till verksamhetssystemen. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna inte försäkras om att enskildas, ofta känsliga, personuppgifter skyddas på ett säkert sätt.

För det andra har endast ett fåtal kommuner och privata vårdgivare anslutit sig till NPÖ för att göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare. Följden blir att den landstingsdrivna hälso- och sjukvården inte kan tillgodogöra sig uppgifter från den kommunala och privata hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt. Detta kan få negativa effekter på effektiviteten inom hälso- och sjukvården och säkerheten för den enskilde patienten.

Avslutningsvis går utvecklingen av e-tjänster inom socialtjänsten långsamt. Att inte erbjuda den enskilde möjligheten att kommunicera, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt innebär en begränsning för den enskilde att själv styra över sin kontakt med socialtjänsten. Många andra samhällsfunktioner har öppnat upp för självservice och digitala kommunikationskanaler, vilket medför att kontakterna mellan den enskilde och myndigheten till större del sker på den enskildes villkor. Resultatet visar att socialtjänsten inte följer med i denna utveckling och att möjligheterna till kontakt med socialtjänsten begränsas för grupper och individer.



# Bakgrund

## Nationella strategier

År 2006 tog regeringen initiativet till en nationell it-strategi för vård och omsorg, som var inriktad på att bidra till den tekniska utvecklingen inom landets vård och omsorg [1]. Bland annat togs det fram ny lagstiftning för att garantera integritet och dataskydd. Det gjordes även insatser för en god informationskvalitet och enhetliga termer och begrepp.

Den nationella it-strategin fick sedan en uppföljare 2010, nämligen *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [2]. Denna fokuserade snarare på själva införandet, nyttan och användningen av tekniken än på den tekniska utvecklingen. Skiftet från it-strategi till nationell e-hälsa innebar att nu även socialtjänsten omfattades. Vidare betonades det att en sammanhållen och välfungerande vård- och omsorgsverksamhet kräver att utvecklingen samordnas i hela vård- och omsorgssektorn hos såväl kommuner och landsting som hos privata och idéburna utförare<sup>1</sup>.

Målet med arbetet inom nationell e-hälsa var att skapa synliga och konkreta förbättringar för tre huvudsakliga målgrupper:

- individen som brukare, patient, anhörig och invånare
- vård- och omsorgspersonal
- beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

## Stimulansmedel

Under 2010 – 2014 avsatte regeringen stimulansmedel för att utveckla e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna. Satsningen uppgick till 20 miljoner kronor för år 2010 och 20 miljoner för 2011. År 2012 fördubblades stödet till 40 miljoner kronor. Medlen användes till regionala samordnare, till att utveckla tekniska infrastrukturer och till nationella informationsstrukturer och fackspråk inom socialtjänsten.

År 2013 ingick regeringen en överenskommelse med SKL [3] och avsatte totalt 129,5 miljoner kronor för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. För 2014 avsattes lika mycket medel.

## Vision e-hälsa 2025 och handlingsplan

I mars 2016 antog regeringen och SKL en vision för e-hälsoutvecklingen i Sverige [4]:

*År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en*

---

<sup>1</sup> Med idéburna organisationer avses föreningar, stiftelser, kooperativ och företag som bedriver sin verksamhet där vinsten/överskottet återinvesteras i verksamheten.

*god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.*

Denna vision gör det tydligt att arbetet ska fokuseras på de två målgrupperna individen (patienten, brukaren eller klienten) samt vård- och omsorgspersonalen. Nu ska arbetet alltså vidgas till att avse inte bara hälso- och sjukvården, utan även socialtjänsten och tillämpliga delar av tandvården. I visionen uttalas också att arbetet ska omfatta välfärdsteknik.

I januari 2017 följdes visionen av en *Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025* [5]. Både i visionen och i handlingsplanen pekas följande tre områden ut som nödvändiga grundförutsättningar för att främja e-hälsoutvecklingen:

- regelverket
- enhetligare begreppsanvändning
- standarder.

Handlingsplanen beskriver även hur arbetet med insatser inom dessa områden ska styras och samordnas.

## Tidigare rapportering från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen rapporterade om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2014 till 2017. Myndigheten lämnade dessutom särskilda rapporter om digitaliseringen av trygghetslarm 2014 och 2015 och uppföljningsrapporter om stimulansmedel för 2013 och 2014.

Resultaten från 2017 års uppföljning visade en ökning inom de flesta av de undersökta områdena [6]. Myndigheten konstaterade dock att flera av de mål som uttrycktes i överenskommelsen om stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten mellan regeringen och SKL inte hade uppnåtts. Följande lista anger i vilken mån dessa mål var på väg att uppfyllas 2017.

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande låg.
- Andelen digitala trygghetslarm ökar men kommunerna nådde inte målet om att alla larm skulle vara digitala den 31 december 2016.
- Användningen av Nationella patientöversikten (NPÖ) för att läsa information ökar men det är bara en mindre del av kommunerna som kan göra journalmaterial tillgängligt så att andra vårdgivare kan läsa det.
- En mindre andel av socialtjänstens personal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen personal som kan läsa och dokumentera information mobilt är fortfarande låg.
- Få privata utförare av kommunal hälso- och sjukvård använder NPÖ för att ta del av information och det finns inga privata utförare som kan göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare i NPÖ.

## Bortfallsanalys 2014–2017

Socialstyrelsen har i tidigare års kommunenkäter haft en god svarsfrekvens, med omkring 80 procent. När myndigheten undersökte vilka kommuner som inte fanns bland de svarande, identifierades sex kommuner som aldrig hade besvarat enkäten.

Socialstyrelsen ställde sig frågan om huruvida just dessa sex kommuner följer den generella utvecklingen, eller om de avviker på något sätt. Myndigheten har därför genomfört en kompletterande intervjustudie i kommunerna.

Kommunerna varierar i befolkningsstorlek mellan cirka 12 000 och 100 000 invånare och återfinns geografiskt från Skånes län i söder till Väster-norrlands län i norr. De intervjuade personerna är verksamhets- och avdelningschefer, utvecklare och strateger inom vård och omsorg, planering och verksamhetsstöd. Syftet med intervjuerna var att undersöka hur arbetet med e-hälsa och välfärdsteknik ser ut i dessa kommuner. Intervjuerna genomfördes under december 2017 och januari 2018. Resultatet visar att i de sex kommunerna pågår ett utvecklingsarbete inom e-hälsa och välfärdsteknik, ett arbete som kommer fortsätta och i flera fall intensifieras under 2018 motsvarande det som pågår i övriga kommuner. (Hela rapporten från bortfallsanalysen återfinns i bilaga 3.)

## Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

Uppdraget till Socialstyrelsen är att följa upp utvecklingen av e-hälsa och trygghetslarm i kommunerna. I denna rapport, liksom i rapporterna från 2016 och 2017 har myndigheten valt att förtydliga att uppföljningen avser utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik. Bakgrunden till detta är att myndigheten under 2015 genomförde ett arbete med att definiera begreppen ”välfärdsteknik” och ”välfärdsteknologi”. Flera av de områden som beskrivs i denna rapport faller under definitionen av välfärdsteknik och vi har därför valt att använda denna term. För begreppet e-hälsa finns dock ingen definition.

## Uppdraget

I regleringsbrevet för 2017 fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp kommunernas arbete med e-hälsa och trygghetslarm i enlighet med tidigare upparbetad uppföljningsmodell, enligt det uppdrag som gavs 2014 om uppföljning av arbetet med e-hälsa och trygghetslarm i kommunerna (S2014/1397/FST). Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget till Socialdepartementet senast den 31 maj 2018.

## Metod och genomförande

### Utveckling av nyckeltal

Hösten 2013 utarbetade Socialstyrelsen nyckeltalen dels utifrån intentionerna i e-hälsostategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och*

säker information inom vård och omsorg [2], dels utifrån de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL [3].

Representanter från SKL och regionala e-hälsosamordnare från Kalmar, Östergötlands och Norrbottens län deltog i det initiala arbetet med att utveckla nyckeltalen. Digitaliseringskommissionen konsulterades också i detta arbete.

## Enkätundersökning

Datainsamlingen för 2018 gjordes med hjälp av två elektroniska enkäter. Den ena gick ut till samtliga kommuner den 9 januari och efter tre påminnelser stängdes enkäten den 5 februari. Svarsfrekvensen för den kommunala enkäten var cirka 80 procent. Se bilaga 1.

Socialstyrelsen har i denna rapport jämfört resultaten med enkätundersökningar från tidigare år.

I Stockholms län har inte kommunerna tagit över hemsjukvården i ordinära boenden så Socialstyrelsen har inte inkluderat dem i den del av enkäten som gäller kommunal hälso- och sjukvård. Resultaten inom området kommunal hälso- och sjukvård avser därför hela landet utom Stockholms län.

En stora andel kommuner har valt att lägga ut utförandet av socialtjänstens insatser på privata aktörer och för att få en rättvisande bild av utvecklingen är det därför angeläget att följa e-hälsoutvecklingen också hos dessa. I enkäterna 2014 och 2015 tillfrågades kommunerna om utvecklingen hos de privata aktörer de hade anlitat. Det var dock stora bortfall på dessa frågor och Socialstyrelsen beslöt därför att skicka en separat enkät till de privata vård- och omsorgsföretagen. Denna andra enkät gick i år till ett urval om 281 av Vårdföretagarnas medlemmar som är aktiva inom områdena äldreomsorg, insatser för personer med funktionsnedsättningar och individ- och familjeomsorg. I urvalet tog Socialstyrelsen inte med företag som arbetar enbart med assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och assistansersättning enligt Socialförsäkringsbalken (2010:110). Svarsfrekvensen för denna enkät var cirka 46 procent.

Enligt Vårdföretagarna [7] finns cirka 12 000 företag som erbjuder sina tjänster inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. I dessa företag är cirka 170 000 personer anställda, på del- eller heltid. Av Socialstyrelsens enkät framgår att cirka 64 procent av kommunerna har avtal med privata bolag inom socialtjänsten. En procent har överlåtit all utförarverksamhet på privata aktörer och cirka 20 procent har avtal inom kommunal hälso- och sjukvård. Mer om de privata vård- och omsorgsföretagen i bilaga 4.

I rapporten redovisar Socialstyrelsen uppgifter för de privata utförarna och gör vissa jämförelser med motsvarande kommunala verksamheter. Enkätsvaren från de privata vård- och omsorgsbolagen måste dock tolkas med försiktighet. Det är ett begränsat antal företag som är anslutna till Vårdföretagarna och svarsfrekvensen bland dessa var relativt låg.

De som besvarade enkäten till de privata utförarna är till övervägande del (95 procent) vård- och omsorgsföretag (Aktiebolag, Handelsbolag eller enskild firma). Resterande 5 procent är ideella organisationer eller stiftelser. Av de som svarade är 95 procent verksamma inom socialtjänst och 41 procent

inom hälso- och sjukvårdssektorn. Några av företagen är dock verksamma inom båda fälten.

## Referensgrupper

I arbetet med analysen av enkätsvaren har en extern referensgrupp deltagit. I referensgruppen deltog e-hälsosamordnare från Norrbottens län och Västra Götalandsregionen, kommunrepresentanter, en representant från ett vård- och omsorgsföretag samt en representant från SKL. Flera av deltagarna i referensgruppen har medverkat även tidigare år.

## Presentation av siffror

I denna rapport har Socialstyrelsen valt att presentera de resultat som myndigheten kan jämföra med tidigare års undersökningar i form av andelstal, det vill säga procentandelar av kommunerna. När myndigheten inte kunnat göra jämförelser med tidigare år presenterar vi, i de flesta fall, uppgifterna med både antal och andel. Myndigheten redovisar både antal och andelar i webbverktyget ”E-hälsa i kommunerna” på Socialstyrelsens webbplats<sup>2</sup>.

## Agenda 2030 för hållbar utveckling

Detta uppdrag om utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna anknyter till mål 9 och 10 i Agenda 2030 för hållbar utveckling. Mål 9 handlar om att bygga upp en motståndskraftig infrastruktur, verka för en inkluderande och hållbar industrialisering och främja innovation. Mål 10 handlar om att minska ojämlikheten inom och mellan länder. Delmål 10.2 är att möjliggöra och verka för att alla människor, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet.

---

<sup>2</sup> <http://opnajokforelser.socialstyrelsen.se/NationelleHalsa/Sidor/default.aspx>

# Resultat

## E-tjänster

Ett av målen i överenskommelsen mellan regeringen och SKL var att kommunerna ska utveckla e-tjänster inom socialtjänsten [3]. E-tjänsterna ska stödja och underlätta för den enskilde och effektivisera verksamheten. De ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar samt vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten.

E-tjänsterna får däremot inte innebära en försämring för den stora grupp människor som inte använder internet.

I enkäten till kommunerna har Socialstyrelsen förklarat begreppet ”e-tjänst” på följande sätt:

- En e-tjänst förmedlas elektroniskt. Tjänsten är interaktiv vilket innebär att den sker i någon form av dialog mellan den enskilde och socialtjänsten. Den riktas till enskilda som kommer i kontakt med socialtjänsten, anhöriga och allmänheten. Många e-tjänster kräver säker inloggning av användare med till exempel bank-id. Vissa e-tjänster är dock tillgängliga utan säker inloggning.
- Med e-tjänster avses inte informationstexter eller blanketter som publicerats på kommunens webbplats, inte heller tjänster som enbart är avsedda för socialtjänstens personal.
- Med e-tjänster avses inte heller välfärdsteknik, d.v.s. tjänster som ges till den enskilde efter utredning och beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller förskrivning enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), till exempel trygghetslarm, trygghetskameror, gps-larm, passiva larm med mera.

En e-tjänst är således en webbaserad tjänst där den enskilde kan komma i kontakt med socialtjänsten. Kommunerna skiljer mellan ”enkla” och ”äkta” e-tjänster. De enkla e-tjänsterna kan leverera tjänster med eller utan inloggning, och dessa tjänster kan ge allt från enkel information till möjlighet att ansöka om till exempel hemtjänst eller försörjningsstöd. De är dock inte kopplade till ett bakomliggande verksamhetssystem utan handläggningen görs manuellt. De äkta, eller dubbelverkande, e-tjänsterna kräver en säker inloggning, till exempel via e-legitimation. De är kopplade till kommunens verksamhetssystem och den enskilda personen kan följa sitt ärende via nätet.

I enkäten till kommunerna frågade Socialstyrelsen om kommunen har någon form av e-tjänst enligt definitionen ovan. Den vanligaste tjänsten som angavs är att invånare kan lämna synpunkter eller klagomål, och av de kommuner som besvarade frågan var det hela 75 procent som hade en sådan e-tjänst på sin webbplats. En mindre andel av kommunerna har e-tjänster för ansökningar om bistånd eller insatser, framför allt inom äldreomsorgen (23 procent av kommunerna), i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar (19 procent) och för ekonomiskt bistånd (16 procent). Se tabell 1.

Socialstyrelsen frågade också om det i kommunerna finns möjlighet att boka tid hos sin handläggare eller utförare digitalt, till exempel via webbplatsen. Svaren visar att en mycket liten andel av kommunerna ger enskilda möjligheten att boka tid digitalt.

I årets enkät fanns också tre nya svarsalternativ för typ av e-tjänst: chattforum, frågelåda och säker kommunikation med socialtjänsten. Även här visar svaren att en liten andel av kommunerna har sådana e-tjänster.

I svarsalternativen gick det även att ange fritextsvar. Här kunde kommunerna ange vilka övriga e-tjänster de hade (se kolumnen ”övriga e-tjänster” i tabell 1).

De vanligaste svaren på vilka övriga e-tjänster kommunen erbjuder var att:

- anmäla intresse som kontaktfamilj, kontaktperson, familjehem
- beräkna avgifter för äldreomsorgen eller verksamheter för personer med funktionsnedsättningar
- ansöka om färdtjänst
- möjlighet att följa sitt försörjningsstödsärende i handläggningen
- ekonomiska och administrativa funktioner, till exempel att ansöka om autogiro eller att lämna inkomstuppgifter för avgiftsberäkning inom äldreomsorgen eller i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar.
- ansöka om samarbetssamtal eller avtal angående vårdnad, boende och umgänge inom familjerätten
- anmäla intresse som god man eller förvaltare
- preliminärberäkning av försörjningsstöd
- förenklad ansökning om vissa serviceinsatser så som ”fixartjänst” eller trygghetslarm

Fritextsvaren visar att det i många kommuner pågår ett arbete att utveckla och införa fler e-tjänster inom socialtjänsten.

**Tabell 1. Andel kommuner som har minst en e-tjänst inom socialtjänsten, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst (n=233), i %**

Verksamhetsområde	Tidsbokning hos handläggare eller utförare	Ansökan om bistånd eller insats med mera	Chattforum	Frågelåda, forum el. dylikt.	Säker kommunikation med socialtjänsten	Tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal	Övriga e-tjänster
Barn och unga	0	3	5	6	6	–	16
Ekonomiskt bistånd	1	16	2	6	5	–	11
Familjerätt	3	1	2	7	3	–	7
Familjerådgivning	5	1	2	6	2	–	6
Vuxna med missbruksproblem	0	1	2	6	4	–	5
Personer med funktionsnedsättning	0	18	1	5	4	–	15
Äldreomsorg	0	23	0	6	3	–	17
Kommunal hälso- och sjukvård	2	–	–	–	–	4	10

–, frågor ställdes inte inom dessa områden

Jämfört med tidigare år har ökningen fortsatt när det gäller elektroniska biståndsansökningar inom äldreomsorgen, i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar och inom ekonomiskt bistånd. Andelen kommuner med webbaserade ansökningar inom äldreomsorgen har under 2014–2018 ökat från 7 till 23 procent. Inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar har det ökat från 7 till 18 procent, och inom ekonomiskt bistånd från 3 till 16 procent 2018. Jämfört med 2017 har den största ökningen för elektroniska biståndsansökningar skett inom ekonomiskt bistånd, där andelen kommuner förra året var 9 procent. Inom övriga verksamhetsområden går det inte att se någon liknande utveckling.

Vad gäller tidsbokning hos handläggare eller utförare utmärker sig familjerådgivning något, i 5 procent av kommunerna går det att boka tid digitalt inom familjerådgivningen. Det är en ökning från 3 procent 2017.

För chattforum, frågelåda och säker kommunikation med socialtjänsten kan Socialstyrelsen konstatera att sådana e-tjänster finns i en begränsad andel av kommunerna.

## E-tjänster på andra språk

Det var 22 kommuner (9 procent) som uppgav att de har någon e-tjänst på annat språk än svenska. Det handlar främst om engelska, finska, samiska och sydsamiska. Ett fåtal kommuner nämner också möjligheten att få text uppläst eller översatt till lättläst.

Det är 71 procent av kommunerna som anger att de har ett översättningsverktyg på kommunens webbplats. De flesta som svarat anger att Googles översättningsverktyg finns för webbplatsen. Det finns emellertid ingen kontroll eller kvalitetssäkring på dessa översättningar utan kommunerna förlitar sig på Googles översättningsverktyg.

## Digitalisering av trygghetslarmen

De trygghetslarm som kommunerna erbjuder personer som bor i ordinärt boende har traditionellt byggts på en telefonförbindelse från den enskildes bostad till en larmcentral. Signalerna från larmenheten till larmmottagaren var analoga och tonbaserade och gick via det tonbaserade analoga telefonnätet. I takt med att kommunikationen har blivit alltmer digital behöver också trygghetslarmen digitaliseras, annars riskerar den enskilde att signalerna inte når larmcentralen.

Digitalt trygghetslarm innebär att kommunikationen sker via mobilnät eller fast anslutet bredband. I dessa fall används inga analoga tonbaserade signaler används för att skicka information i någon del av kedjan.

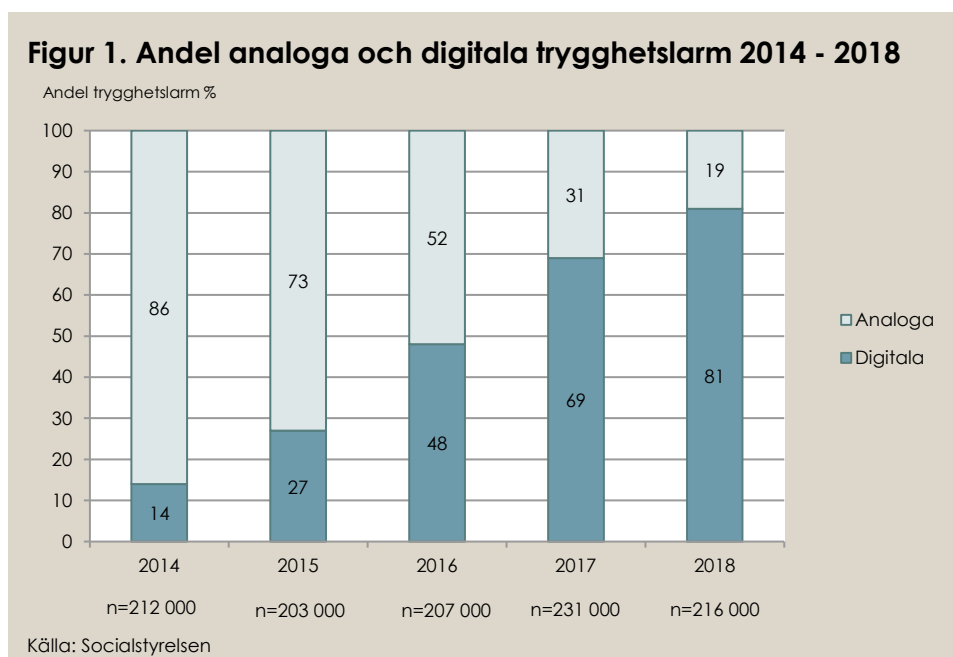
Av enkätsvaren framgår att en övervägande majoritet av kommunerna (97 procent) väljer att ansluta de digitala trygghetslarmen via mobila nät. Detta kan jämföras med år 2014 då drygt hälften (55 procent) av de digitala trygghetslarmen var uppkopplade via mobila nät. Utvecklingen visar att mobila nät används även på orter där det finns fiberburet bredband. Detta trots att de trådburna bredbanden som regel erbjuder högre kapacitet och större driftsäkerhet än mobila nät.



## Antal och andel digitala trygghetslarm

I januari 2018 fanns cirka 216 000 trygghetslarm i hela landet.<sup>3</sup> Av dessa var 176 000 digitala (81 procent) och resterande 40 000 trygghetslarm var analoga (19 procent).

Detta kan jämföras med siffrorna från tidigare år: I januari 2017 var 69 procent av trygghetslarmen digitala (160 000 larm), i januari 2016 var 48 procent digitala (99 000 larm), i januari 2015 var 27 procent digitala (54 000 larm) och i januari 2014 var det 14 procent (30 000 larm). Både antalet och andelen digitala trygghetslarm har således ökat markant sedan 2014 (se figur 1).



## Kommuner som har digitaliserat trygghetslarmen

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen 2014 ingick en kartläggning av huruvida kommunerna påbörjat sin digitalisering av trygghetslarmen. Regeringens mål var att alla trygghetslarm skulle vara digitaliserade i slutet av 2016 [8]. I januari 2018 hade dock endast cirka 81 procent av kommunerna digitaliserat alla sina trygghetslarm.

I enkäten ställde Socialstyrelsen frågan om hur kommunerna planerar för sin digitalisering. Cirka 19 procent av kommunerna hade beslutat om, eller redan påbörjat, sin digitalisering och beräknade vara klara under 2018 eller senare. Några av dessa kommuner angav att de har svårt att digitalisera alla larm på grund av att det inte finns mobiltäckning i vissa områden.

Tabell 2 visar en tydlig utveckling sedan 2014, då endast 9 procent av kommunerna hade gått över till uteslutande digitala larm. En klar majoritet

<sup>3</sup> Detta är en uppräknings baserad på att 232 av landets 290 kommuner besvarade frågan. Uppräknings har gjorts på samma sätt baserat på enkätsvaren även tidigare år.

av kommunerna har alltså digitaliserat sina trygghetslarm, men regeringens mål att samtliga trygghetslarm ska vara digitaliserade är ännu inte uppnått.

**Tabell 2. Kommunens planering för digitala trygghetslarm**

	Andel kommuner i procent				
	2014 (n=195)	2015 (n=234)	2016 (n=236)	2017 (n=236)	2018 (N=232)
Kommunen har bara digitala larm	9	20	37	71	81
Kommunen har beslutat att digitalisera larmen, eller har påbörjat arbetet med att byta ut dem	44	60	54	28	19
Kommunen utreder frågan men har inte fattat beslut om införande	38	11	4	1	0
Kommunen har inga planer för närvarande	2	1	1	0	0
Inget svar	7	8	4	0	0

## Kommuner som fortfarande har analog trygghetslarm

Det var 45 kommuner (19 procent) som i enkäten uppgav att de har beslutat att digitalisera trygghetslarmen, eller hade påbörjat processen. Av dessa uppgav 31 stycken att de skulle göra det under 2018 och resterande nio kommuner planerar att digitalisera i ett senare skede.

Totalt fem kommuner angav att alla deras trygghetslarm fortfarande är analoga. Av dessa kommuner anger fyra stycken att de planerar att digitalisera trygghetslarmen under 2018, medan en kommun planerar att digitalisera senare. Ytterligare ett fåtal kommuner berättar att de har digitala trygghetslarm men att andra delar av larmkedjan fortfarande inte har digitaliserats.

I förra årets enkät fick de kommuner som beräknade att vara klara med digitaliseringen under 2017 eller senare möjlighet att berätta varför de var sena. Svaren visade att följande faktorer har utgjort hinder i kommunernas digitalisering av trygghetslarm:

- upphandlingsfrågor
- avsaknad av bredbands- och mobiltäckning i delar av kommunen
- tidsaspekten vid större satsningar på digitala plattformar och tjänster där trygghetslarmen utgör en del
- ekonomiska frågor

Myndigheten ställde inte frågan om varför kommunerna är sena i årets enkät.

## Välfärdsteknik

Socialstyrelsen publicerade i slutet av 2015 denna definition av begreppet ”välfärdsteknik” i termbanken:

*digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning*

**Anmärkning:** Exempel på välfärdsteknik är digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera och sensorer för påminnelser. Kan användas av personen själv, en närstående, personal eller någon annan i personens närhet. Kan ges som bistånd, förskrivs som hjälpmedel för det dagliga livet eller köpas på konsumentmarknaden. Ett mål med användningen av välfärdsteknik är högre kvalitet och effektivitet i vård och omsorg på samhällsnivå.

## Välfärdsteknik i ordinärt boende

Förutom trygghetslarm är den vanligaste formen av välfärdsteknik som används i hemtjänsten och hemsjukvården så kallade passiva larm, dvs. larmmattor, dörrlarm, rörelselarm etc. Det är 83 procent av kommunerna som använder denna typ av utrustning för personer som bor i sina egna bostäder. Detta innebär att de boende inte behöver larma aktivt. Larmet utlöses av personens aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall. Nästan lika vanligt som passiva larm är att kommunerna använder ett elektroniskt planeringsverktyg för hemtjänsten. Det finns i 82 procent av kommunerna. Med ett sådant verktyg kan hemtjänsten exempelvis planera hembesök, och registrera och följa upp utförd tid med hjälp av en digital lösning.

En annan vanligt förekommande typ av välfärdsteknik är vårdplanering med hjälp av video. Detta finns i 71 procent av kommunerna. Med detta kan den enskilde personen möta sin biståndshandläggare, omsorgs- eller vårdgivare och eventuellt närstående via video- eller webbkamera.

I årets enkät redovisar 46 procent av kommunerna att de använder natttillsyn via kamera i hemtjänsten för de personer som bor kvar i sitt eget hem, så kallat ”ordinärt boende”, och att 863 personer har utrustats med sådana kameror. Vidare anger 60 procent av kommunerna att de utrustat 707 personer i ordinärt boende med gps-larm. Med ett gps-larm kan den enskilde larma hemtjänsten eller närstående även utanför sin bostad. Det går även att med hjälp av gps-koordinater lokalisera var larmet kommer ifrån. Gps-larmen kan också vara utrustade med en så kallad ”geofencing”-funktion som innebär att larmet går om personen skulle röra sig utanför ett i förväg definierat geografiskt område.

Elektroniska lås till enskilda hemtjänstmottagares bostäder finns i 56 procent av kommunerna. Med sådana lås behöver hemtjänstpersonalen inte hantera några nycklar. Detta underlättar hemtjänstpersonalens arbete och risken att nycklar hamnar på villovägar minskar.

Det är 23 procent av kommunerna som har utrustning som kan påminna den enskilde om att det är dags att ta sin medicin. Denna typ av utrustning kan också portionera ut medicinen enligt ett förinställt schema.

En mindre andel av kommunerna använder kamera för tillsyn och kommunikation under dagtid. Detta görs som regel med hjälp av en skärm för mobil videokonferens med lång ”hals” som sitter fast på hjul. Vårdgivaren fjärrstyr den mobila videokonferensutrustningen och kan köra runt den i den enskildes bostad. De enskilde kan kommunicera med vård- och omsorgsgivare eller närstående på olika platser i bostaden. Det är 2 procent av kommunerna som använder denna typ av utrustning i hemtjänsten och i hemsjukvården.

Totalt 16 procent av kommunerna har angett att de har andra typer av välfärdsteknik än de som Socialstyrelsen frågade om i enkäten. Det handlar främst om

- elektroniska nyckelgömmor för nycklar till enskilda hemtjänstmottagares bostäder
- digitala medicinskåp
- robotkatter
- inkontinenssensorer
- utrustning för påminnelse och fördelning av medicin.

I enkäten hade kommunerna också möjlighet att lämna fritextsvar. Ett antal kommuner beskrev där att de planerar för att införa trygghetskameror, gps-larm, vårdplanering med stöd av video, elektroniska lås, utrustning för påminnelse och fördelning av medicin och elektroniska nyckelgömmor för hemtjänstens brukare.

I flera kommuner pågår också tester och pilotprojekt. Några kommuner beskrev också att de har välfärdsteknik som inte används. Exempel på sådana kommentarer är inköpta gps-larm som ingen använder, dagtillsyn med hjälp av kamera som inte längre används och utrustning för vårdplanering eller samordnad individuell vårdplanering med stöd av video där aktuella sjukhus saknar motsvarande utrustning.

**Tabell 3. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende, i %**

	2016	2017	2018
Typ av välfärdsteknik	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)
Passivt larm/sensorer	78	86	83
Elektroniskt planeringsverktyg för hemtjänsten*	-	-	82
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	38	59	71
Gps-larm	26	52	60
Elektroniska lås till hemtjänstens brukare**	-	48	56
Trygghetskamera (natt-tillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	23	37	46
Påminnelse för medicin mm.	17	26	23
Dagtillsyn med hjälp av kamera	3	3	2
Annat	12	9	16

\* Frågan ställdes inte 2016 och 2017

\*\* Frågan ställdes inte 2016

Av tabell 3 framgår att flera välfärdstekniker i ordinärt boende har ökat stort sedan 2016. Vårdplanering med stöd av video har ökat från 38 procent av kommunerna 2016 till 71 procent 2018. Natt-tillsyn via kamera kan 2018 erbjudas av dubbelt så stor andel av kommunerna som 2016 (46 procent jäm-

fört med 23 procent). Antalet kameror i de här kommunerna har mer än fördubblats och i januari 2018 fanns 863 kameror i ordinärt boende (jämfört med 382 stycken 2016).

En liknande utveckling noterar Socialstyrelsen vad gäller gps-larm, en teknik som fanns i 62 kommuner (26 procent) hos 353 personer 2016. År 2018 anger 139 kommuner (60 procent) att de utrustat 707 personer med gps-larm.

För dagtillsyn via kamera kan Socialstyrelsen inte se samma utveckling. Andelen kommuner som erbjuder sådan tillsyn är kvar på en mycket låg nivå.

En observation från fritextsvaren i årets enkät är att kommuner beskriver att de har olika typer av välfärdsteknik som av olika anledningar inte används.

## Välfärdsteknik i särskilda boenden inom äldreomsorgen

I särskilda boenden för äldre personer förekommer flera olika typer av välfärdsteknik. Den vanligaste är passiva larm, dvs. olika sensorer såsom dörrlarm, fall-larm, rörelsedetektorer med mera. De skickar ett larm till personalen på det särskilda boendet utan att personen ifråga behöver larma själv. Larmet utlöses av den boendes aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall. En övervägande majoritet av kommunerna, 95 procent, använder sig av passiva larm i särskilda boenden.

Omkring 64 procent av kommunerna anger att de kan erbjuda internetanslutning för de boende i särskilda boenden. Flera kommuner nämner i särskilda kommentarer att internetuppkoppling endast finns i vissa av kommunens boenden. Flera anger också att bostadsbolaget dragit fram fiber till varje lägenhet och att det är upp till varje individ att själv beställa och bekosta uppkopplingen. Några kommuner beskriver att de planerar att införa möjligheter till internetuppkoppling i särskilda boenden. I Kommun och Landstingsdatabasen, KOLADA<sup>4</sup>, redovisas uppgifter om andel boendeplatser där den äldre har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten. Uppgifter från 2017 visar att 47 procent av boendeplatserna i landet har möjlighet till detta.

Totalt 57 procent av kommunerna uppger att de kan erbjuda vårdplanering med sjukvården, biståndshandläggare och närstående med stöd av video, och 53 procent kan erbjuda gps-larm för personer som bor i särskilt boende. I 34 procent av kommunerna finns avvikelserlarm på särskilda boenden, och 30 procent har elektroniska planeringsverktyg för personalen.

Bland kommunerna är det 18 procent som använder trygghetskamera för tillsyn under natten och 17 procent har påminnelseutrustning för mediciner på de särskilda boendena (se tabell 4).

Av de svarande har 14 procent uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre. De vanligaste svaren är digitala lås

---

<sup>4</sup> Kommun- och landstingsdatabasen (KOLADA) är en databas med uppgifter om kommunernas och landstingens verksamheter från år till år. Den ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Svenska staten och Sveriges Kommuner och Landsting är föreningens medlemmar.

(hotell-lås) till de boendes lägenheter, robotkatter, virtuella cyklar och digitala signeringslistor. Flera kommuner har också uppgett att de kommer att införa olika typer av välfärdsteknik på särskilda boenden. Det rör sig främst om trygghetskameror, gps-larm och elektroniska planeringsverktyg.

**Tabell 4. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre personer, i %**

	2016	2017	2018
Typ av välfärdsteknik	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)
Passiva larm (dörrlarm, fall-larm, rörelselarm mm.)	93	97	95
Möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet via wifi eller kabel <sup>5</sup>	42	61	64
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	25	51	57
Gps-larm*	-	47	53
Avvikelselarm (inomhuspositionering)**	-	-	34
Elektroniskt planeringsverktyg för personalen**	-	-	30
Trygghetskamera (natt-tillsyn med kamera)	6	11	18
Utrustning för påminnelse om t.ex. mediciner	11	20	17
Annat	9	13	14

\* Frågan ställdes inte 2016

\*\* Frågan ställdes inte 2016 och 2017

Användningen av passiva larm i särskilda boenden för äldre ligger kvar på en mycket hög nivå, omkring 95 procent, även i årets mätning. I övrigt konstaterar Socialstyrelsen att användningen av välfärdsteknik ökar generellt i särskilda boenden.

Möjligheten för den enskilde att koppla upp sig på internet i särskilda boenden ökade från 42 procent 2016 till 61 procent 2017, därefter är ökningen emellertid mindre med 64 procent 2018.

Andelen kommuner som har vårdplanering med stöd av video har mer än fördubblats sedan 2016 (från 25 procent till 57 procent) och andelen kommuner som erbjuder natt-tillsyn med kamera har tredubblats (från 6 procent 2016 till 18 procent 2018).

## Välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden)

I stöd- och serviceboenden är passiva larm de vanligast förekommande typerna av välfärdsteknik, dvs. dörrlarm, rörelselarm, fall-larm med mera. Det är 83 procent av kommunerna som har denna typ av teknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar 2018.

<sup>5</sup> En egen internetanslutning är inte en välfärdstekniktjänst i sig, men kan möjliggöra kommunikation och användande av andra internetbaserade samhällstjänster.

Cirka 61 procent av kommunerna anger att de kan erbjuda internetanslutning för personer som bor i stöd- och serviceboenden (se tabell 5). Flera kommuner nämner i särskilda kommentarer att internetuppkoppling bara finns i vissa boenden. Andra kommuner uppger att det är upp till den enskilde att teckna och bekosta internetabonnemang i sin bostad. Några kommuner beskriver att de planerar att införa möjligheter till internetuppkoppling i särskilda boenden.

I KOLADA redovisas uppgifter om andel boendeplatser i särskilda boenden där den äldre har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten. Uppgifter från 2017 visar att 67 procent av boendeplatserna i landet har möjlighet till detta.

I 50 procent av kommunerna finns möjlighet att arrangera vårdplaneringsmöten via video för de som bor i stöd- och serviceboenden. Vidare finns det gps-larm för de som bor i stöd- och serviceboenden i 35 procent av kommunerna.

I 23 procent av kommunerna finns tillgång till påminnelseutrustning för mediciner. Trygghetskamera för natt-tillsyn i stöd- och serviceboenden finns i 16 procent av kommunerna.

Totalt 8 procent har uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik såsom läsplattor eller smartphones för kommunikation, påminnelser, träning och nedladdning av appar som på olika sätt fungerar som kognitiva hjälpmedel. Annan välfärdsteknik som nämns är robotkatt, robotarm, Pict-o-stat, epilepsilarm, röst- och ljudlarm och digitala signeringslistor för medicin.

**Tabell 5. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden), i %**

	2016	2017	2018
Typ av välfärdsteknik	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)
Passiva larm (dörrlarm, fall-larm, rörelselarm mm.)	81	87	83
Möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet via wifi eller kabel <sup>6</sup>	44	59	61
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	21	47	50
Gps-larm*	-	-	35
Utrustning för påminnelse om t.ex. mediciner	17	25	23
Trygghetskamera (natt-tillsyn med kamera, fjärrtillsyn)	5	8	16
Annat	9	8	8

\* Frågan ställdes inte 2016 och 2017

I boenden för personer med funktionsnedsättning är passiva larm fortsatt en mycket vanlig välfärdsteknik som återfinns i över 80 procent av kommunerna. Möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet har ökat från 44 procent 2016, till 59 procent 2017 till 61 procent 2018.

Hälften av kommunerna kan erbjuda vårdplanering eller samordnad individuell vårdplanering med stöd av video på för de som bor i stöd- och serviceboenden, år 2016 var andelen 21 procent. Både andelen och antalet trygghetskameror har ökat, från 5 procent 2016, till 8 procent 2017, till 16 procent 2018.

## Passiva larm

I enkäten ställdes frågan om vilka typer av passiva larm som kommunen använder i ordinärt boende, i särskilda boenden för äldre och i stöd och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. De vanligaste förekommande typerna av passiva larm är larmmattor och dörrsensorer i särskilda boende för äldre (se tabell 6). Larmmattan kan finnas på golvet, i sängen eller i en stol. Den utlöses när någon stiger på mattan på golvet eller när den enskilde stiger ur sängen eller upp från stolen. Dörrsensorer larmar när en dörr öppnas.

Några kommuner angav att de har andra typer av passiva larm, till exempel sänglarm, röststyrda larm, golvlarm och gps-larm med geofencing-funktion. Flera av dessa kan överlappa andra typer av passiva larm.

<sup>6</sup> En egen internetanslutning är inte en välfärdstekniktjänst i sig, men kan möjliggöra kommunikation och användande av andra internetbaserade samhällstjänster.



**Tabell 6. Passiva larm i olika boendeformer.  
Andel kommuner, i % (n=233)**

	Ordinärt boende	Särskilt boende för äldre	Stöd och serviceboende
Larmmatta	56	87	61
Dörrsensor	68	87	66
Rörelsesensor	44	78	52
Brandlarm kopplat till trygghetslarm	18	36	19
Fall-larm	20	30	20
Epilepsilarm	36	34	54
Annat passivt larm	8	12	12

Jämfört med 2017 är förändringarna marginella vad gäller andelen kommuner som erbjuder olika typer av passiva larm. Dörrsensorer, rörelsesensorer och epilepsilarm har ökat något i samtliga boendeformer jämfört med 2017 medan antal fall-larm har minskat något.

## Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården

I den kommunala hälso- och sjukvården är de vanligast förekommande formerna av välfärdsteknik elektroniska planeringsverktyg för personalen (49 procent av kommunerna), utrustning för läkarkonsultation via video (20 procent) och digital medicinsigtering (20 procent). Cirka 10 procent av kommunerna hade också andra former av välfärdsteknik. Detta handlar om vårdplanering via video, läkemedelsautomater, inkontinenssensorer och nyckelfria lås till hemsjukvårdens patienter.

I fritextsvaren anger ytterligare 9 procent av kommunerna att de planerar att införa digital medicin-sigtering under 2018. Då detta var fritextsvar och inte svar på en direkt fråga tolkar Socialstyrelsen detta som att minst 9 procent av kommunerna kommer att införa digital medicinsigtering under 2018. Vidare anger några kommuner att de planerar att införa elektroniska planeringsverktyg och utrustning för videokonsultationer.

En återkommande kommentar från flera kommuner är att de har utrustning men att den inte används. Det handlar om videokonsultationer och elektroniska planeringsverktyg.

## Välfärdsteknik i privata verksamheter

I årets enkät har också privata verksamheter fått frågor om välfärdsteknik i olika boendeformer. Resultatet redovisas i tabell 7 och visar att passiva larm i särskilda boenden för äldre är den vanligaste välfärdstekniken i privata verksamheter. Cirka 95 procent av de svarande har uppgett detta. Det är inte lika vanligt med passiva larm i LSS-boenden (33 procent) och i ordinärt boende (26 procent). I en majoritet av privata boenden finns tillgång till internet. På 81 procent av de särskilda boendena för äldre och 71 procent av LSS-boendena finns tillgång till internet.

På särskilda boenden för äldre är det i övrigt vanligast med gps-larm (52 procent av företagen anger detta), elektroniska planeringsverktyg för personalen (33 procent) och avvikelserlarm (29 procent). I ordinärt boende är det vanligast med elektroniska planeringsverktyg för personalen (40 procent), elektroniska lås till den enskildes bostad (26 procent) och gps-larm (23 procent). Resultatet visar även att påminnelse för medicin mm. är vanligast i LSS-boenden (24 procent). Generellt är det mindre vanligt med vårdplanering med stöd av video och kameratillsyn nattetid. Dagtillsyn med hjälp av kamera används inte.

De svarande har även kunnat ange andra typer av välfärdsteknik på sina boenden. Bland svaren återfinns kognitiva hjälpmedel, läsplattor med appar för minnesträning och schema på nätet. Ett fåtal skriver också att de har olika typer av larm, men att kommunen ansvarar för dessa.

**Tabell 7. Välfärdsteknik i olika boendeformer. Andel privata verksamheter, i %**

Typ av välfärdsteknik	Ordinärt boende (n=43)	Särskilt boende för äldre (n=21)	LSS-boende (n=21)
Passivt larm/sensorer	26	95	33
Elektroniskt planeringsverktyg för personalen	40	33	-
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	5	10	0
Gps-larm	23	52	10
Elektroniska lås till den enskildes bostad	26	-	-
Trygghetskamera (natt-tillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	12	14	0
Påminnelse för medicin mm.	7	19	24
Dagtillsyn med hjälp av kamera	0	-	-
WiFi, internet	-	81	71
Avvikelselarm (inomhuspositionering)	-	29	-
Annat	7	10	5

- frågan ställdes inte i enkäten

## Säker roll- och behörighetsidentifikation

I kommunerna finns det som regel ett antal it-baserade system där personuppgifter behandlas. Det handlar om de lokala verksamhetssystemen för socialtjänstens personakter och patientjournaler för den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns också andra fristående system där kommunerna lagrar och behandlar uppgifter om personer.

Utöver detta brukar kommunens hälso- och sjukvårdspersonal ha tillgång till nationella system, till exempel kvalitetsregister inom äldreomsorgen, NPÖ eller Pascal<sup>7</sup>. De personalkategorier som arbetar med brukare och patienter behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete och person-

<sup>7</sup> Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, där patienten får sina mediciner fördelade i påsar.

uppgifterna som behandlas i dessa system skyddas av sekretessregler. Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna.

Med säker roll- och behörighetsidentifikation avses i de flesta fall att medarbetaren har en e-legitimation som är kopplad till en katalog där rollerna finns angivna. Medarbetaren använder e-legitimationen vid inloggning till systemen tillsammans med en personlig pinkod eller ett engångslösenord.

I tabell 8 anges hur stor andel av kommunerna som har digitala verksamhetssystem och andra it-baserade system som kräver en säker roll- och behörighetsidentifikation. I 22 procent av kommunerna kräver alla system en säker inloggning, enligt 2018 års enkätsvar. I 70 procent av kommunerna kräver en del system en sådan säker roll- och behörighetsidentifikation för inloggning, och i 8 procent av kommunerna har man inga system som kräver en säker inloggning.

Kommunerna beskriver i fritextsvaren i enkäten att de arbetar med systemen för att införa en säker roll- och behörighetsidentifikation. Nationella system såsom kvalitetsregister, NPÖ och Pascal kräver säker roll- och behörighetsidentifikation men många lokala verksamhetssystem kräver inte det.

**Tabell 8. Andelen kommuner där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver säker inloggning, i %**

	2014 (n=199)	2015 (n=233)	2016 (n=233)	2017 (n=235)	2018 (n=231)
Inga	34	12	10	11	8
Delvis	47	69	66	64	70
Alla	19	19	24	25	22
Totalt	100	100	100	100	100

År 2018 är det en något större andel kommuner vars samtliga system kräver säker inloggning jämfört med 2014. Andelen kommuner som inte har några system som kräver säker inloggning har minskat något sedan 2015.

Mellan 2014 och 2015 skedde en kraftig minskning av andelen kommuner där inga system krävde säker inloggning men därefter har utvecklingen gått långsammare. Samma förhållande gäller antalet kommuner där en del av systemen kräver säker inloggning, alltså en kraftig ökning mellan 2014 och 2015, och därefter en knappt märkbar utveckling.

Olika personalgruppers möjligheter att logga in på ett säkert sätt skiljer sig också åt. Hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation i större omfattning än socialtjänstpersonalen. Av tabell 9 framgår det att i en majoritet av kommunerna (92 procent) använder all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal en säker roll- och behörighetsidentifikation.

**Tabell 9. Andelen kommuner där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder säker roll- och behörighetsidentifikation, i %**

	2015 (n=206)	2016 (n=203)	2017 (n=206)	2018 (n=210)
Ingen	0	0	0	2
Färre än hälften	0	1	1	1
Cirka hälften	0	0	0	0
Mer än hälften	4	5	6	5
Alla	96	94	93	92
Totalt	100	100	100	100

I 2014 års enkätundersökning<sup>8</sup> krävde 95 procent av kommunerna att all hälso- och sjukvårdspersonal använder säker roll- och behörighetsidentifikation i kommunala verksamheter.

Av enkätsvaren framgår att i en minskande andel av kommunerna använder all personal i den kommunala hälso- och sjukvården en säker roll- och behörighetsidentifikation. En förklaring till denna minskning skulle kunna vara att kommunerna installerar allt fler system där de nya systemen inte kräver en säker inloggning.

Socialtjänstpersonalen har inte i lika hög utsträckning som hälso- och sjukvårdspersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Inom socialtjänsten är det också skillnad mellan myndighetsutövningen (handläggningen av ärenden) och verksamheter som utför socialtjänst, till exempel hemtjänstgrupper och särskilda boenden. När det gäller personal i myndighetsutövningen är det 52 procent av kommunerna som anger att all personal använder en säker roll- och behörighetsidentifikation i sitt arbete (se tabell 10).

**Tabell 10. Andelen kommuner där socialtjänstpersonalen använder säker roll- och behörighetsidentifikation i myndighetsutövningen, i %<sup>9</sup>**

	2015 (n=233)	2016 (n=236)	2017 (n=233)	2018 (n=229)
Ingen	7	7	6	4
Färre än hälften	29	30	28	23
Ca hälften	9	7	6	11
Mer än hälften	14	10	12	10
Alla	41	46	48	52
Totalt	100	100	100	100

Flera kommuner uppger i fritextsvaren att det är skillnad mellan olika verksamhetsområden. Handläggare inom äldreomsorg och funktionshinder använder i högre grad säkra inloggnings jämfört med handläggare inom individ- och familjeomsorg.

<sup>8</sup> Frågan i 2014 års enkät var ”I kommunal verksamhet. Har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation? Svartalternativen var bara ja och nej. Jämförelser måste därför göras med försiktighet.

<sup>9</sup> Frågan ställdes inte i 2014 års enkät

I myndighetsutövningen har det under hela mätperioden varit en positiv utveckling, allt fler handläggare använder en säker roll- och behörighetsidentifikation. Andelen kommuner där all handläggande personal använder en säker inloggning i verksamhetssystemen ha ökat från 41 procent 2015 till 52 procent 2018.

I en mindre andel av kommunerna har den utförande socialtjänstpersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation, och i 22 procent av kommunerna har all personal i socialtjänstens verksamheter tillgång till det (se tabell 11).

**Tabell 11 Andelen kommuner där den berörda utförande socialtjänstpersonalen har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation, i %<sup>10</sup>**

	2015 (n=201)	2016 (n=228)	2017 (n=228)	2018 (n=227)
Ingen	12	10	15	14
Färre än hälften	62	59	50	43
Cirka hälften	6	4	3	7
Mer än hälften	6	10	14	14
Alla	14	17	18	22
Totalt	100	100	100	100

Sedan 2015 är det allt fler kommuner som rapporterar att all utförande socialtjänstpersonal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation (se tabell 11).

Flera kommuner som tillämpar säkra inloggningsbeskrivningar beskriver att vikarier och timanställda inte har tillgång till säkra inloggningsbeskrivningar och därmed inte har tillgång till verksamhetssystem och andra system.

## Privata verksamheter

Av tabell 12 framgår hur stor andel av de privata utförarna som har digitala verksamhetssystem och andra it-baserade system som behandlar personuppgifter och som kräver en säker roll- och behörighetsidentifikation. Cirka 46 procent av vård- och omsorgsföretagen anger att de har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas, jämfört med 22 procent av kommunerna.

**Tabell 12. Andelen privata vård- och omsorgsföretag där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver säker inloggning, i %**

	2016 (n=66)	2017 (n=135)	2018 (n=116)
Inga	18	9	17
Delvis	28	25	28
Alla	46	56	46
Frågan är inte aktuell, saknar digitalt verksamhetssystem	8	10	9
Totalt	100	100	100

<sup>10</sup> Frågan ställdes inte i 2014 års enkät

Av tabell 12 framgår att det inte har skett någon utveckling sedan 2016. Däremot var det en större andel av vårdföretagen (56 procent) som 2017 angivit att samtliga system kräver säker inloggning.

Av de vårdföretag som bedriver kommunal hälso- och sjukvård var det cirka 70 procent som uppgav att all legitimerad personal hade tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. I de kommunala verksamheterna var motsvarande andel 92 procent.

Situationen är annorlunda när det gäller socialtjänstpersonalen, både i privata och i kommunala verksamheter. I 46 procent av de privata omsorgsföretagen som bedriver socialtjänst har all personal säker roll- och behörighetsidentifikation. Motsvarande andel för kommunerna är 22 procent.

## Läsa och dokumentera mobilt

När hemtjänstens och hemsjukvårdens personal besöker enskilda i hemmet kan de behöva information från kommunens verksamhetssystem, kommunens hälso- och sjukvårdsdokumentation eller nationella system, till exempel NPÖ eller Pascal. Vidare kan personalen behöva dokumentera det som har kommit fram vid besöket. För att läsa och dokumentera mobilt finns olika lösningar, till exempel: mobiler, surfplattor, digitala pennor och bärbara datorer.

### Hälso- och sjukvårdspersonal

Det är endast en begränsad andel av den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen som har möjlighet att läsa och dokumentera mobilt. I 24 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i de egna it-baserade systemen. I 43 procent av kommunerna har ingen av hälso- och sjukvårdspersonalen utrustning för att läsa mobilt (se tabell 13).

**Tabell 13. Andelen kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem, i %**

	2015 (n=204)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)
Ingen	70	62	55	43
Färre än hälften	22	21	20	26
Cirka hälften	0	2	2	0
Mer än hälften	3	4	6	7
Alla	5	11	17	24
Totalt	100	100	100	100

Sedan 2015 har det skett en markant utveckling. Då var det möjligt för samtlig mobil hälso- och sjukvårdspersonal att läsa mobilt i 5 procent av kommunerna. I år, 2018, var det 24 procent. Andelen kommuner där ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till att läsa mobilt har minskat från 70 till 43 procent under samma period.

Av tabell 14 framgår att all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möjlighet att dokumentera i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret i 23 procent av kommunerna.

I 45 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter den utrustning som krävs för att dokumentera mobilt.

**Tabell 14. Andelen kommuner där den berörda mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, i %**

	2015 (n=201)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)
Ingen	73	62	58	45
Färre än hälften	19	21	19	27
Cirka hälften	0	2	1	2
Mer än hälften	3	4	5	3
Alla	5	11	16	23
Totalt	100	100	100	100

Det har således skett en utveckling i kommunerna också när det gäller att dokumentera mobilt sedan 2015. Då var det 5 procent av kommunerna som all mobil hälso- och sjukvårdspersonal kunde dokumentera mobilt. I år, 2018, var det 23 procent. Andelen kommuner där ingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till att läsa mobilt har minskat från 73 till 45 procent under samma period.

När den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen utför sina arbetsuppgifter utanför kontoret kan de behöva uppgifter från NPÖ för att ta reda på vad andra vårdgivare har gjort, till exempel en vårdavdelning på sjukhuset. De kan även behöva kontrollera i Pascal vilka mediciner en patient har förskrivna. I 22 procent av kommunerna har all legitimerad personal tillgång till NPÖ eller Pascal mobilt. I 48 procent av kommunerna har ingen personal möjlighet att ta del av uppgifter i NPÖ eller Pascal mobilt (se tabell 15).

**Tabell 15. Andelen kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har utrustning för att läsa mobilt i nationella system, i %**

	2015 (n=202)	2016 (n=205)	2017 (n=207)	2018 (n=210)
Ingen	77	66	59	48
Färre än hälften	16	18	19	26
Cirka hälften	0	3	1	1
Mer än hälften	4	3	5	3
Alla	5	10	16	22
Totalt	100	100	100	100

Det har skett en positiv utveckling av användningen av mobil utrustning för att läsa i nationella system under mätperioden. År 2015 var det 5 procent av kommunerna där all mobil hälso- och sjukvårdspersonal hade möjlighet att

läsa i nationella system (NPÖ och Pascal) och 2018 var det 22 procent av kommunerna.

Det är alltså en högre andel kommuner där all personal kan läsa i nationella system 2017 än någonsin tidigare.

Den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen kan också behöva föra in uppgifter i nationella system. I 20 procent av kommunerna har all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att tillföra uppgifter i nationella system mobilt (se tabell 16). I 51 procent av kommunerna har dock ingen mobil personal den möjligheten.

**Tabell 16. Andelen kommuner där den legitimerade hälso-och sjukvårdspersonalen kan tillföra uppgifter i nationella system mobilt, i %**

	2015 (n= 195)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)
Ingen	77	64	63	51
Färre än hälften	16	20	15	26
Cirka hälften	0	2	1	1
Mer än hälften	2	3	6	2
Alla	5	11	15	20
Totalt	100	100	100	100

Det har även skett en positiv utveckling av användningen av mobil utrustning för att dokumentera i nationella system under mätperioden. År 2015 kunde all mobil hälso- och sjukvårdspersonal läsa i nationella system (NPÖ och Pascal) i 5 procent av kommunerna medan motsvarande siffra för 2018 var 20 procent.

### Privata utförare av hälso- och sjukvård

Cirka 15 procent av de privata vårdgivarna anger att all personal har utrustning för att läsa och dokumentera mobilt i verksamhetssystemet. Jämförelsevis uppger cirka 24 procent av kommunerna att all den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har utrustning för att läsa mobilt och i 23 procent av kommunerna har all personal möjlighet att dokumentera mobilt. Hos cirka 10 procent av de privata vårdgivarna har all personal utrustning för att läsa och 8 procent att tillföra uppgifter mobilt i nationella system (till exempel NPÖ och Pascal).

Motsvarande uppgifter för kommunerna är 22 respektive 20 procent.

### Socialtjänstpersonal

Hemtjänstpersonal och annan mobil socialtjänstpersonal kan behöva uppgifter från kommunens verksamhetssystem när de utför sina uppgifter utanför kontoret. I 31 procent av kommunerna har ingen personal tillgång till mobil utrustning för att läsa i verksamhetssystemet när de till exempel besöker en person i hemmet.

I 14 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal tillgång till kommunens verksamhetssystem mobilt och i 31 procent av kommunerna har ingen socialtjänstpersonal utrustning för mobilt arbetssätt (se tabell 17).



**Tabell 17. Andelen kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i verksamhetssystemet, i %**

	2015 (n=209)	2016 (n=229)	2017 (n=229)	2018 (n=229)
Ingen	55	49	47	31
Färre än hälften	30	31	28	28
Cirka hälften	3	4	4	6
Mer än hälften	6	10	16	21
Alla	6	6	5	14
Totalt	100	100	100	100

Sedan 2015 har utvecklingen av andelen kommuner där all mobil socialtjänstpersonal kan läsa mobilt i verksamhetssystemen ökat från 6 till 14 procent. Hela ökningen skedde mellan 2017 och 2018. Andelen kommuner där ingen socialtjänstpersonal har utrustning för att läsa mobilt har minskat från 55 procent 2015 till 31 procent 2018.

I cirka 12 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal utrustning och möjlighet att mobilt registrera besöket eller att dokumentera vad som skett vid besöket hos enskilda i kommunens verksamhetssystem eller i andra digitala system. Denna registrering eller dokumentation sker med hjälp av mobiltelefoner, läsplattor, bärbara datorer eller digitala pennor som lagrar information. I 37 procent av kommunerna är det ingen i personalen som har möjlighet att registrera och dokumentera mobilt (se tabell 18).

**Tabell 18. Andelen kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, i %**

	2015 (n=208)	2016 (n=227)	2017 (n=229)	2018 (n=229)
Ingen	58	48	47	37
Färre än hälften	28	33	28	28
Cirka hälften	2	3	4	3
Mer än hälften	7	9	16	20
Alla	5	7	5	12
Totalt	100	100	100	100

Mellan 2015 och 2018 har andelen kommuner där all personal kan dokumentera mobilt ökat från 5 till 12 procent. Samtidigt har andelen kommuner där ingen i personalen har denna möjlighet minskat från 58 till 37 procent.

## Privata socialtjänstverksamheter

I 35 procent av omsorgsföretagen har all personal tillgång till mobil utrustning för att läsa mobilt, och i 47 procent är det ingen personal som kan läsa mobilt (se tabell 19). I de kommunala verksamheterna det jämförelsevis endast i 14 procent som all personal har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i verksamhetssystemet.

**Tabell 19. Andelen omsorgsföretag där den mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i verksamhetssystemet, i %**

	2016 Andel (%) (n=66)	2017 Andel (%) (n=135)	2018 Andel (%) (n=116)
Ingen	56	58	47
Färre än hälften	16	9	9
Cirka hälften	2	2	3
Mer än hälften	3	3	3
Alla	22	24	35
Vet ej	2	4	3
Totalt	100	100	100

Det har skett en ökning mellan 2016 och 2018 där allt fler privata vård- och omsorgsgivare utrustar personalen med den teknik som krävs för att läsa mobilt.

I 28 procent av samtliga omsorgsföretag har all mobil personal tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt (se tabell 20). Motsvarande andel i kommunala verksamheter är 12 procent.

**Tabell 20. Andelen omsorgsföretag där den mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, i %**

	2016 Andel (%) (n=66)	2017 Andel (%) (n=135)	2018 Andel (%) (n=116)
Ingen	59	58	53
Färre än hälften	14	11	11
Cirka hälften	0	1	2
Mer än hälften	3	3	3
Alla	22	24	28
Vet ej	2	4	3
Totalt	100	100	100

Det har skett en ökning mellan 2016 och 2018 där fler privata vård- och omsorgsgivare utrustar personalen med verktyg för att dokumentera mobilt från 22 procent 2016 till 28 procent 2018.

## Den nationella patientöversikten

I NPÖ kan legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal hos en vårdgivare läsa andra vårdgivares journaler om gemensamma patienter – under förutsättning att patienten ger sitt samtycke. Detta kräver dock att vårdgivarna har anslutit sig till NPÖ, dels som **konsumenter** för att kunna läsa, dels som **producenter** för att kunna göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare.

Samtliga landsting har tidigare anslutit sig till NPÖ och kan därmed göra patientinformation tillgängligt såväl mellan sig som med kommunala och privata vårdgivare. Många kommuner och ett mindre antal privata vårdgivare är

också anslutna som konsumenter, men bara ett mindre antal kommuner och privata vårdgivare kan producera information till NPÖ.

För att NPÖ ska bli till större nytta för patienterna och göra vården mer effektiv krävs att kommunerna som vårdgivare ansluter samtliga vårdenheter som både konsumenter och producenter, att all legitimerad personal får tillgång till systemet och att personalen faktiskt använder det.

I tabellerna 21–23 belyser Socialstyrelsen dessa faktorer.

**Tabell 21<sup>11</sup>. Användning av den nationella patientöversikten<sup>12</sup>**

	Feb 2014	Feb 2015	Feb 2016	Feb 2017	Feb 2018
Antal uppkopplade kommuner	137	217	235	261	272
Antal unika användare <sup>13</sup>	1 313	2 216	6 822 (3 281)	11 308 (4 568)	16 643 (6 241)
Antal slagningar	7 065	13 372	39 535 (26 711)	66 983 (38 974)	114 865 (62 138)
Antal patienter	-	-	19 669 (10 812)	34 850 (15 483)	55 231 (22 153)
Antal slagningar per unik användare	5,38	6,03	5,80 (8,14)	5,92 (8,53)	6,9 (10)

Källa: Inera

Av tabell 21 framgår att det totalt var 272 kommuner (cirka 94 procent) som i februari 2018 hade anslutit någon eller några av sina vårdenheter till NPÖ. Detta är en ökning med nästan 100 procent sedan februari 2014 då 137 kommuner var anslutna. Användningen av systemet har också ökat markant sedan 2014.

Det totala antalet unika användare ökade med en faktor 13 mellan 2014 och 2018. Antalet slagningar i systemet ökade med en faktor 16 under samma period. Av tabell 21 framgår också att kommunerna gör fler slagningar per unik användare än landstingen. De kommunala användarna (siffrorna inom parentes i tabell 21) gjorde i februari 2018 tio slagningar (sökningar), per användare, medan alla användare i kommuner, landsting, regioner och privata vårdgivare gjorde 6,9 slagningar samma period.

Om en kommun ansluter sig till NPÖ som producent kan de även tillgängliggöra sina journaluppgifter om enskilda vårdtagare för de andra vårdgivarna som är anslutna till NPÖ. Enligt Inera är det 13 kommuner som kan producera material i NPÖ, varav fem ligger i Blekinge län. Det har således skett en marginell utveckling sedan föregående år – enligt Inera är det endast två kommuner som har tillkommit sedan 2016.

För att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna ska kunna ta del av informationen från andra vårdgivare genom NPÖ måste de ha behörighet till systemet. Det krävs att personalen har en e-legitimation och

<sup>11</sup> Siffrorna inom parentes i tabell 21 anger uppgifter för enbart kommunernas användning av NPÖ.

<sup>12</sup> Inera lanserade en ny version av NPÖ i slutet av 2015. Siffrorna avseende unika användare och antal slagningar för 2014 och 2015 är därför inte helt jämförbara med 2016 och 2017. Uppgifter avseende antal patienter saknas för 2014 och 2015.

<sup>13</sup> Det totala antalet sjuksköterskor i kommunerna var cirka 17 500 i november 2014, varav cirka 14 300 inom äldreomsorgen, enligt Socialstyrelsen.

att de är registrerade i en nationell eller regional katalog där ens professionella roll är angiven. I 85 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till NPÖ (se tabell 22).

**Tabell 22. Andelen kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till NPÖ med egen inloggning, i %**

Andel av personalen	2015 (n=203)	2016 (n=205)	2017 (n=206)	2018 (n=211)
Ingen	24	16	11	9
Färre än hälften	2	2	2	1
Cirka hälften	0	0	0	1
Mer än hälften	6	5	2	3
Alla	68	77	82	85
Vet ej/kan ej svara			3	1
Totalt	100	100	100	100

Av tabell 22 framgår att andelen kommuner där all hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till NPÖ med egen inloggning har ökat från 68 procent 2015 till 85 procent 2018. Andelen kommuner där ingen personal har tillgång till NPÖ har minskat från 24 till 9 procent på tre år (mellan 2015 och 2018). För att NPÖ ska bli till nytta för patienterna och för att vården ska bli mer effektiv har kommunen det övergripande ansvaret att se till att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen använder systemet NPÖ. Ett sätt att säkerställa detta är att ta fram rutiner för hur och när personalen i fråga ska använda systemet.

Av tabell 23 framgår det att 73 procent av kommunerna har sådana rutiner på plats, och att ytterligare 11 procent har startat en process för att ta fram sådana rutiner.

**Tabell 23. Andelen kommuner som har rutiner för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ, i %**

	2014 (n=195)	2015 (n=225)	2016 (n=212)	2017 (n=206)	2018 (n=210)
Ja	39	55	66	72	73
Nej	29	25	18	20	16
Riktlinjerna är under produktion och kommer att sättas i drift inom sex månader	32	20	16	8	11
Totalt	100	100	100	100	100

Vid 2014 års undersökning hade 39 procent av kommunerna rutiner för hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ. År 2018 var andelen 73 procent. Det har med andra ord skett en stor ökning på fyra år.

## Privata utförare

Cirka 10 procent av de privata vård- och omsorgsföretagen har anslutit samtliga enheter sig till NPÖ men 55 procent har inte anslutit sig över huvud taget.

I elva (82 procent) av de privata vårdföretagen som har anslutit sig till NPÖ har all hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till systemet. I 85 procent av kommunerna har all personal tillgång till NPÖ.

## Strukturerad dokumentation

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form. Det finns dock inte någon allmängiltig definition av begreppet ”strukturerad dokumentation”. Socialstyrelsens beskrivning av strukturerad dokumentation utgår ifrån behovet av att på ett systematiskt sätt kunna återanvända information som dokumenterats om patienten eller brukaren. Detta handlar om att dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen eller socialtjänstakten behöver vara strukturerad på ett sådant sätt att den vid senare tillfällen kan återsökas och tillgängliggöras i sitt sammanhang, dvs. kopplas till den enskilda individens process i vård och omsorg. Den enskildes process löper ofta över organisatoriska gränser, till exempel mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

En insats eller åtgärd måste till exempel uttryckas med ett beslutat kodverk, men också kopplas till en process med information om när den genomfördes, i vilket syfte och vilken utförare som genomförde den (sammanhanget). Ofta används begreppet strukturerad dokumentation även i betydelsen att en viss avgränsad informationsmängd ska dokumenteras inom ett specifikt verksamhetsområde och struktureras genom standardiserade formulär i det aktuella dokumentationssystemet. Här finns dock inte kopplingen till individens hela process.

Strukturerad dokumentation används exempelvis i IBIC inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet [9]. IBIC bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)[10]. Inom barnområdet finns BBIC[11]. En strukturerad dokumentation förutsätter att den görs i ett digitalt verksamhetssystem. Idag har alla landets kommuner digitala verksamhetssystem för sin myndighetsutövning men inte i alla utförarverksamheter. Detta innebär att förutsättningarna delvis är olika för handläggningen och för utförarverksamheterna.

I kommunerna används strukturerad dokumentation i varierande omfattning. Av tabell 24 framgår att majoriteten av kommunerna (81 procent) har infört strukturerad dokumentation i myndighetsutövningen av barnärenden. Den höga andelen inom detta område beror framför allt på att BBIC är ett väl etablerat system för att dokumentera utredningar, insatser och uppföljningar för barn och unga. Systemet har funnits i Sverige sedan 2006.

Cirka 57 procent av kommunerna använder strukturerad dokumentation i sin myndighetsutövning inom äldreomsorgen. Vidare är det 49 procent av kommunerna som använder strukturerad dokumentation i arbetet med vuxna med missbruksproblem och 43 procent i insatser för personer med funktionsnedsättningar.

**Tabell 24. Andelen kommuner som inom myndighetsutövningen använder en strukturerad dokumentation i verksamhetssystemet, i %**

	2014	2015	2016	2017	2018
Barn och unga	88	95	93	88	81
Ekonomiskt bistånd	26	28	27	23	35
Familjerätt	27	25	24	23	35
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	17	18	19	26	43
Vuxna med missbruksproblem	62	72	71	47	49
Äldreomsorg	19	27	32	41	57

Av tabell 24 framgår att utvecklingen sedan 2014 varierar beroende på verksamhetsgren. Barn och unga samt missbruksområdet ligger 2017 och 2018 något lägre än tidigare år. En trolig förklaring till dessa minskningar är att Socialstyrelsen ändrade instruktionerna för dessa frågor inför 2017 års enkät så uppgifterna från 2017 och 2018 är inte helt jämförbara med tidigare år. Det finns dock inte skäl att anta att kommunerna har börjat använda strukturerad dokumentation i mindre utsträckning inom dessa områden. Särskilt eftersom användningen till och med har ökat inom övriga verksamhetsområden. Särskilt markant har ökningen varit inom området äldreomsorg. En förklaring till detta kan vara att Socialstyrelsen har haft ett särskilt uppdrag sedan 2013, nämligen att implementera arbetssätten Äldres behov i centrum (ÄBIC) och IBIC i kommunerna. Detta har bland annat inneburit riktade utbildningsinsatser i kommunerna.

I socialtjänstens utförarled är det färre kommuner som använder strukturerad dokumentation än i myndighetsutövningen. Det är 68 procent av kommunerna som angett att de använder strukturerad dokumentation inom området barn och unga. De områden där lägst andel av kommunerna använder strukturerad dokumentation är familjerätten och funktionshinderområdet, 33 respektive 34 procent av kommunerna (se tabell 25).

**Tabell 25. Andelen kommuner vars socialtjänstpersonal i utförarledet och i den kommunala hälso- och sjukvården använder en strukturerad dokumentation i verksamhetssystemet, i %**

	2014	2015	2016	2017	2018
Barn och unga	76	74	76	70	68
Familjerätt	19	21	22	18	33
Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	13	14	16	19	34
Vuxna med missbruksproblem	45	53	57	26	44
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	10	16	17	23	43
Äldreomsorg, särskilt boende och dagverksamhet	10	15	16	23	52
Arbetsmarknadsinsatser	–*	7	13	12	48
Hemsjukvård i ordinärt boende	19	38	35	41	61
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	20	40	35	42	62

\* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för arbetsmarknadsinsatser

Tabell 25 visar en minskning av andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation i utförarledet inom området barn och vad gäller missbruksområdet har andelen svängt under åren. En trolig förklaring till detta är att Socialstyrelsen ändrade instruktionerna för dessa frågor inför 2017 års enkät så uppgifterna från 2017 och 2018 är inte helt jämförbara med tidigare år.

När det gäller hemsjukvården och hälso- och sjukvården i särskilda boenden har det skett en markant ökning mellan 2014 och 2018 av andel kommuner som använder strukturerad dokumentation.

## Privata utförare

Hos privata utförare av socialtjänst varierar användningen av strukturerad dokumentation mellan 57 procent inom äldreomsorg i ordinärt boende och 6 procent inom arbetsmarknadsinsatser.

**Tabell 26. Antal och andel (i %) privata utförare vars socialtjänstpersonal i utförarledet använder strukturerad dokumentation i verksamhetssystemet.**

	Antal	Andel	Totalt antal utförare
Barn och unga	21	51	41
Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	33	54	61
Vuxna med missbruksproblem	18	56	32
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	24	57	42
Äldreomsorg, särskilt boende	19	54	35
Arbetsmarknadsinsatser	1	6	16
Hälso- o sjukvård i särskilt boende	15	44	34

## Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) innebär ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Klassifikationen kan användas som verktyg vid bedömning av behov, vid arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. IBIC bygger till stor del på ICF[10].

Av tabell 27 framgår att mellan 10 och 44 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används det inom äldreomsorgen (44 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (10 procent).

**Tabell 27. Andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder ICF i den digitala individdokumentationen, i %**

	2014	2015	2016	2017	2018
Barn och unga	7	14	18	19	18
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	10	14	20	23	32
Vuxna med missbruksproblem	4	7	8	9	11
Äldreomsorg	14	26	29	37	44
Ekonomiskt bistånd	*	4	5	7	10

\* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för ekonomiskt bistånd

Sedan 2014 års undersökning har användningen av klassifikationen ICF ökat. Inom till exempel myndighetsutövning för funktionshinderområdet har andelen ökat från 10 procent 2014 till 32 procent 2018. Inom äldreområdet har användningen ökat från 14 till 44 procent. Även inom övriga socialtjänstområden har användningen ökat.

I utförarledet i kommunala verksamheter används ICF framför allt inom hälso- och sjukvården. I hemsjukvården i ordinärt boende och i hälso- och sjukvård i särskilda boenden är det 75 respektive 76 procent av kommunerna som använder ICF. Inom socialtjänstverksamheterna är det betydligt färre kommuner som använder ICF, mellan 6 och 37 procent beroende på verksamhetsområde (se tabell 28).



**Tabell 28. Andelen kommuner där socialtjänstpersonal i utförarledet och hälso- och sjukvårdspersonal använder ICF, i %**

	2015	2016	2017	2018
Barn och unga	8	14	14	13
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	12	17	18	28
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26	36
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	19	20	25	37
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	72	77	75
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	72	78	76

Av tabell 28 framgår att användningen av ICF i socialtjänstens utförarled och i den kommunala hälso- och sjukvården har ökat sedan 2015.

## Privata utförare

Hos privata utförare av socialtjänst varierar användningen av klassifikationen ICF mellan 52 procent inom den kommunala hälso- och sjukvården i särskilda boenden för äldre och 6 procent inom verksamhetsområdet barn och unga.

**Tabell 29. Antal och andel privata utförare vars socialtjänstpersonal i utförarledet använder ICF i verksamhetssystemet, i %**

	Antal	Andel	Totalt antal utförare
Barn och unga	2	6	34
Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	16	30	54
Vuxna med missbruksproblem	6	26	23
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	11	31	36
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	11	39	28
Arbetsmarknadsinsatser	0	0	0
Hälso- o sjukvård i särskilda boenden	17	52	33

## Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI)

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) [12] gör det möjligt att på ett enhetligt och jämförbart sätt benämna och beskriva de insatser och aktiviteter inom socialtjänsten som utförs enligt

- socialtjänstlagen (SoL)
- lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

- lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)
- föräldrabalken.

KSI gör det lättare att på ett entydigt sätt dela, jämföra och följa upp de aktiviteter och insatser som beslutas, planeras och genomförs inom socialtjänsten. KSI publicerades 2015. När varje kommun har egna sätt att beskriva aktiviteter och insatser, är det stor risk för missförstånd när informationen sedan delas mellan olika professioner och verksamheter, till exempel mellan handläggare och utförare.

Av tabell 30 framgår att mellan sex och tio procent av kommunerna har infört KSI i sin dokumentation, beroende på verksamhetsområde. Av fritextsvaren i enkäten framgår det att ett flertal kommuner planerar att införa KSI under 2018.

**Tabell 30. Andel kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder KSI i den digitala individdokumentationen, i %**

	Andel (%) (n=231)
Barn och unga	7
Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	7
Vuxna med missbruksproblem	6
Äldreomsorg	10
Ekonomiskt bistånd	6

I de kommunala utförarverksamheterna var det mellan tre och åtta procent av kommunerna som hade infört KSI. Störst andel kommuner använde KSI i äldreomsorgen och lägst andel i arbetsmarknadsinsatser.

## Privata utförare

Hos privata utförare av socialtjänst varierar användningen av KSI mellan 27 procent inom äldreomsorg i ordinärt boenden och 6 procent inom barn och unga, vilket framgår av tabell 31.

**Tabell 31. Antal och andel privata utförare vars socialtjänstpersonal i utförarledet använder KSI i verksamhetssystemet, i %**

	Antal	Andel	Totalt antal utförare
Barn och unga	2	6	34
Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	7	14	51
Vuxna med missbruksproblem	3	14	22
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	9	27	33
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	4	15	27
Arbetsmarknadsinsatser	0	0	0

## Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

KVÅ är en klassifikation av åtgärder inom hälso- och sjukvården [13]. KVÅ anger hur berörd personal ska gruppera, eller klassificera, en utförd åtgärd, det vill säga vilken kategori och grupp åtgärden eller stödinsatsen ska tillhöra i en hierarkiskt uppbyggd struktur.

Klassifikationen anger också vilken kodbeteckning, så kallad åtgärdskod, som man ska använda vid dokumentation. Av tabell 32 framgår att 45 procent av kommunerna använder KVÅ i hemsjukvård i ordinärt boende samt hälso- och sjukvård i särskilda boenden.

**Tabell 32. Andel kommuner som använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen, i %**

	2014	2015	2016	2017	2018 (n=210)
Hemsjukvård i ordinärt boende	35	39	43	40	45
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	34	41	44	40	45

År 2014 var andelen kommuner som använde KVÅ i hemsjukvård 35 procent, och i hälso- och sjukvården i särskilt boende var den 34 procent. I 2014 års enkät ingick dock även privata verksamheter, så dessa uppgifter är inte helt jämförbara med 2018. Det har med andra ord skett en måttlig ökning av användningen av KVÅ i den kommunala hälso- och sjukvården under mät-perioden.

Den 1 januari 2019 träder en ny föreskrift i kraft som påverkar kommunernas uppgiftsskyldighet när det gäller KVÅ. Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:67 om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården innebär bland annat att kommunerna blir skyldiga att lämna ytterligare uppgifter utöver de som de lämnar i dag. Kommunerna ska lämna uppgifter på detaljerad nivå om vidtagna vårdåtgärder som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den utökade skyldigheten, d.v.s. den som gäller vårdåtgärder, gäller bara kommunala verksamheter och inte åtgärder som utförs av privata vårdgivare. Detta kommer troligen att innebära att samtliga kommuner blir användare av KVÅ inom de närmaste åren.

### Privata utförare

Av de privata utförarna var det 33 procent som använde KVÅ inom hälso- och sjukvård i särskilt boende (13 av 39 utförare).

## Kommunernas styrande dokument

En uttalad och dokumenterad strategi är en förutsättning för en välplanerad och samordnad utveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik. En strategi kan dessutom visa att kommunen på någon nivå har tagit beslut om vilken utveckling man vill se när det gäller teknik i socialtjänsten och i kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen frågade i enkäten om det finns några styrande dokument om införande av eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik inom socialtjänsten eller i kommunal hälso- och sjukvård. Styrande

dokument kan vara verksamhetsplaner, handlingsplaner, strategier för it-utveckling med mera.

Svaren visar att cirka 70 procent av kommunerna har tagit fram något styrande dokument som i sin tur har antagits av kommunfullmäktige, en nämnd eller på tjänstemannanivå. Vanligast förekommande är att styrdokumentet har antagits på nämndnivå (51 procent), därefter på tjänstemannanivå (42 procent) och kommunfullmäktige (37 procent)<sup>14</sup>.

I tabell 33 redovisas inom vilka områden som kommunerna har tagit fram styrande dokument. Utveckling av välfärdsteknik och e-tjänster är de områden inom vilka flest kommuner, på någon nivå, har tagit fram flest styrande dokument (61 resp. 56 procent av kommunerna).

**Tabell 33. Andel kommuner som har styrande dokument för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik, 2018, i % (n=230)<sup>15</sup>**

	Kommunfullmäktige	Nämndnivå	Tjänstemannanivå	Total andel kommuner
Utveckla e-tjänster (webbtjänster)	31	41	36	56
Utveckla välfärdsteknik	33	46	39	61
Digitalisera trygghetslarm	25	37	29	46
Utrusta personalen i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården med säker roll- och behörighetsidentifikation	24	34	27	44
Ge personalen i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården möjlighet att dokumentera mobilt	28	40	35	50
Utveckla och använda strukturerad dokumentation i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården	26	36	31	45
Utveckla infrastruktur, till exempel bredband	29	33	29	45
Annat	22	29	25	36
Total andel kommuner	37	51	42	70

Ett flertal kommuner har angett att de har mål och styrande dokument inom andra områden än de som anges i tabell 33. Kommunerna anger exempelvis att de planerar att:

- bli producenter i NPÖ
- skapa ett generellt utvecklingsarbete i hela kommunen
- utveckla digitala arbetsredskap för personalen för omvärldsbevakning, kommunikation, dokumentation och rapportering
- utveckla av digitala signeringslistor inom den kommunala hälso- och sjukvården
- öka den digitala kompetensen hos personalen
- öka den digitala involveringen av medborgare

<sup>14</sup> Summa är högre än 100 procent eftersom kommunerna kan ha flera styrande dokument som kan ha antagits på mer än en nivå.

<sup>15</sup> Summa är högre än 100 procent eftersom kommunerna kan ha flera styrande dokument som kan ha antagits på mer än en nivå.

- börja använda ett geografiskt informationssystem (GIS)
- börja automatisera sina processer
- utveckla och förvalta sina it-system

## Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller bland annat för socialtjänstens verksamhetsområden (SOSFS 2011:9). Det handlar om kvalitet i arbetet med att utreda behoven, besluta om insatser, verkställa besluten och följa upp dessa.

För att den enskilde ska kunna känna trygghet med e-tjänster, välfärdsteknik och trygghetslarm, är det viktigt att kommunerna arbetar systematiskt med kvaliteten i hela systemet. Ett systematiskt arbetssätt innebär att kommunen har:

- identifierat och beskrivit sina processer
- tagit fram rutiner för arbetet
- gjort riskanalyser
- infört system för egenkontroller av kvaliteten i de elektroniska tjänsterna.

Socialstyrelsen frågade i enkäten om huruvida kommunen har ett ledningssystem för sitt systematiska kvalitetsarbete som omfattar e-tjänster, välfärdsteknik och trygghetslarm. Av kommunernas svar framgår att 61 procent av kommunerna har ett ledningssystem som omfattar trygghetslarmen, 29 procent har ett som omfattar välfärdsteknik och 18 procent har ett som omfattar e-tjänsterna.

Ett flertal kommuner lämnade kommentarer i enkäten angående ledningssystem. Majoriteten av dessa handlade om att kommunen arbetar med frågan, gör processkartläggningar, håller på med implementering, planerar att införa ett ledningssystem eller att uppdatera ett befintligt.

Det framkom också skillnader mellan förvaltningarna. Förvaltningar inom en och samma kommun ha helt olika inriktningar, eller ha kommit olika långt i utvecklingen av ledningssystemet.

**Tabell 34. Andel kommuner som har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar dessa områden... i %**

	Andel (n=232)
Välfärdsteknik	29
Trygghetslarm	61
E-tjänster	18

I enkäten 2016 angav 69 procent av kommunerna att de hade ett ledningssystem som omfattade trygghetslarmen och motsvarande siffra för 2017 var 71 procent<sup>16</sup>. I årets enkät har alltså en lägre andel av kommunerna angett att de har ledningssystem som omfattar trygghetslarmen. Socialstyrelsen har inte

<sup>16</sup> I 2014 och 2015 års enkäter var frågan annorlunda ställd och jämförelser med dessa år kan därför inte göras.

ställt frågor om ledningssystem för välfärdsteknik och e-tjänster i tidigare års enkäter, så det saknas jämförelser för dessa områden. I föreskrifterna och i de allmänna råden definieras några områden som särskilt viktiga att ta hänsyn till i kvalitetsarbetet. I enkäten frågade vi därför även om kommunerna i dessa ledningssystem hade

- identifierat, beskrivit och fastställt de processerna för installation och drift
- tagit fram rutiner för att kvalitetssäkra arbetet med installation och drift
- gjort en riskanalys
- inkluderat ett system för egenkontroll för att kvalitetssäkra de digitala tjänsterna.

Av tabell 35 framgår att kommunerna har kommit olika långt när det gäller innehållet i sina respektive ledningssystem. De har kommit längst när det gäller trygghetslarmen. Här har 91 procent av kommunerna identifierat och fastställt sina processer. När det gäller välfärdsteknik är motsvarande siffra 79 procent och för e-tjänster är det 69 procent.

Samma mönster gäller för rutinerna för att säkra kvaliteten, riskanalyser och system för egenkontroll – en större andel av kommunerna har införlivat dessa aspekter i ledningssystemet som avser trygghetslarmen, än de som avser välfärdstekniken och e-tjänsterna. Av fritextsvaren framgår dock att det finns en överlappning mellan svaren för välfärdsteknik och trygghetslarm. Flera kommuner beskriver nämligen trygghetslarmen som en välfärdsteknik-tjänst.

I fritextsvaren skriver flera kommuner att de har, eller är på väg att införa, rutiner för trygghetskameror.

**Tabell 35. Ledningssystem för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, i %**

Andel kommuner som i ledningssystemet har:	Välfärdsteknik (n=67)	Trygghetslarm (n=142)	E-tjänster (n=42)
identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift	79	91	69
tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift	78	92	67
gjort en riskanalys	69	72	54
ett system för egenkontroll för att säkra kvaliteten	67	81	46

## Utvecklingen hos privata vård- och omsorgsgivare

Denna rapport baseras på två enkäter, en till samtliga kommuner och en till ett urval av de privata aktörer som verkar inom vård och omsorgssektorn och som har avtal med kommunerna. I detta avsnitt redovisas en sammanfattning av resultaten från enkäten till de privata vård- och omsorgsgivarna. I avsnittet jämförs resultaten med tidigare års resultat där det finns jämförbara uppgifter.

## Välfärdsteknik

I privata hemtjänstverksamheter i ordinärt boende är de vanligast förekommande typerna av välfärdsteknik elektroniska planeringsverktyg för personalen, elektroniska lås till den enskildes bostad och passiva larm/sensorer. Det kan konstateras att de två förstnämnda är verktyg för att personalen ska kunna utföra sitt arbete på ett effektivt sätt medan det tredje – passiva larm/sensorer mer direkt handlar om den enskildes trygghet.

I privat drivna särskilda boenden för äldre är passiva larm/sensorer den vanligaste formen av välfärdsteknik. Gps-larm används av hälften av de privata vård- och omsorgsgivarna.

I stöd och serviceboende för personer med funktionsnedsättningar är passiva larm/sensorer och medicinpåminnare de vanligaste formerna av välfärdsteknik.

En majoritet av de privata vård- och omsorgsgivarna anger att de erbjuder internetanslutningar till de som bor i privata särskilda boenden för äldre och i stöd- och serviceboenden. (Se tabell 7 för detaljerade uppgifter.)

När det gäller välfärdsteknik hos privata vård- och omsorgsgivare finns det inga uppgifter från föregående år.

Det kan variera huruvida det är kommunen eller företaget som tillhandahåller välfärdstekniken vilket kan påverka svaren i enkäten. Det kan också vara så att den enskilde har med sig teknik från en tidigare boendeform.

## Säker roll och behörighetsidentifikation

Det är cirka 46 procent av de privata vård- och omsorgsföretagen som till fullo har säkrat sina verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas. Det är vidare 17 procent av företagen som inte har säkrat några system där personuppgifter behandlas. Jämfört med uppgifterna från 2016 har det inte skett någon utveckling.

Vidare var det cirka 70 procent av vårdföretagen som uppgav att all personal som arbetar inom hälso- och sjukvård hade tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Ingen utveckling har skett sedan 2016.

Slutligen var det 49 procent av omsorgsföretagen som uppgav att samtlig personal inom omsorgen hade säker roll- och behörighetsidentifikation. Inte heller här har det skett någon utveckling sedan 2016.

## Mobila arbetssätt

Cirka 15 procent av de privata vårdgivarna uppger att all personal inom hälso- och sjukvårdsverksamheter har utrustning för att läsa och dokumentera mobilt i verksamhetssystemet. År 2016 var det 20 procent och 2017 var det 13 procent.

Hos cirka 10 procent av de privata vårdgivarna har all hälso- och sjukvårdspersonal utrustning för att läsa och 8 procent att tillföra uppgifter mobilt i nationella system (till exempel NPÖ och Pascal). År 2016 var det 6 procent och 2017 var det 4 procent som kunde läsa och dokumentera mobilt.

När det gäller arbete inom socialtjänsten har 35 procent av de privata företagen utrustat all sin personal med verktyg för att läsa och dokumentera mobilt. År 2016 var det 22 procent och 2017 var det 24 procent.

## Nationella patientöversikten

Endast cirka 10 procent av de privata vård- och omsorgsföretagen har anslutit alla sina enheter sig till NPÖ. Av företagen har 55 procent inte anslutit några verksamheter.

## Strukturerad dokumentation och klassifikationer

Det är mellan 6 och 57 procent av de privata vård- och omsorgsgivarna som använder en strukturerad dokumentation<sup>17</sup>. Vidare har mellan 6 och 52 procent av de privata infört ICF och 39 procent använder KVÅ.

När det gäller den nyligen introducerade klassifikationen KSI är det 6-27 procent av de privata som har infört denna i socialtjänstverksamheterna.

---

<sup>17</sup> Variationen beror på vilket verksamhetsområde som avses. T ex avser 57 procent äldreomsorg i ordinärt boende, 6 procent avser arbetsmarknadsinsatser.



# Slutsatser och diskussion

Socialstyrelsen har i tidigare rapporter kommenterat att utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik har gått fort inom vissa områden men inte på alla. Också i år visar resultaten från enkäten en ojämn utveckling. Resultaten kan summeras på följande sätt:

- En liten andel av kommunerna erbjuder e-tjänster och utvecklingen går långsamt. Det finns några undantag. Ett är elektroniska biståndsansökningar inom äldreomsorgen som finns i 23 procent av kommunerna.
- Andelen trygghetslarm som är digitala ökar och i januari 2018 var 81 procent av trygghetslarmen digitala.
- Kommunernas användning av välfärdsteknik ökar. Passiva larm och sensorer används i en majoritet av kommunerna och gps-larm och trygghetskameror har ökat kraftigt de senaste åren.
- Cirka 96 procent av kommunerna är anslutna till NPÖ för att ta del av andra vårdgivares patientjournaler men endast 13 kommuner (4 procent) kan göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare.
- Endast 22 procent av kommunerna har säkrat sina verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas och det har knappt skett någon utveckling sedan 2015.
- Andelen kommuner där all mobil personal kan läsa och dokumentera i verksamhetssystemen mobilt ökar. Ökningen har skett från låga tal så fortfarande är det en mindre andel personal som har möjligheten.
- Strukturerad dokumentation används framförallt inom verksamhetsområdena barn och unga och äldreomsorgen där BBIC respektive IBIC används. Det sker en ökning av användning av strukturerad dokumentation inom äldreomsorg och inom funktionshinderområdet till följd av Socialstyrelsens och SKL:s uppdrag att stötta kommunerna att implementera IBIC.

## Svag utveckling av e-tjänster

När det gäller e-tjänster finns den tydligaste ökningen jämfört med 2017 i digitala biståndsansökningar inom ekonomiskt bistånd. Det sker också en ökning av andelen kommuner som erbjuder digitala biståndsansökningar inom äldreomsorgen och inom funktionshinderområdet. Inom övriga verksamhetsområden är det emellertid svårt att urskilja någon utveckling av e-tjänster.

Det finns flera förklaringar till den svaga utvecklingen. En anledning är att många kommuner inte har beslutat om hur de vill att olika e-tjänster ska förhålla sig till varandra, vara kompatibla med verksamhetssystem och plattformar. En annan anledning är att många kommuner saknar kommunövergripande strategier för vilka e-tjänster de vill utveckla och hur. Att införa e-tjänster, till exempel digital tidbokning, ställer krav på kommunerna att ut-

veckla och förändra organisation, arbetssätt och förhållningssätt till kommuninvånarna. Att införa chattar och frågelådor handlar bland annat om att utveckla metoder för skriftlig kommunikation i det sociala arbetet.

Invånare i Sverige är idag vana att kommunicera digitalt när de gör bankärenden, handlar eller har kontakt med andra myndigheter. Detta ger den enskilde en flexibilitet och kontroll över sin relation till de aktörer de är i kontakt med via internet. Att ha tillgång till e-tjänster innebär att den enskilde får makt över relationen med banken, webbutiken, myndigheten eller, som i detta fall socialtjänsten. En e-tjänst gör det möjligt att själv styra över när man kontaktar socialtjänsten och hur kontakten ska se ut. En digital tjänst kan också ge den enskilde möjligheten att själv, i lugn och ro, formulera sitt problem. Ett telefonsamtal under en kort telefontid ger inte samma möjligheter. Att kommunen inte erbjuder den enskilde möjligheten att kommunicera digitalt, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt innebär en begränsning i den enskildes möjlighet att själv styra över sin kontakt med socialtjänsten.

## Andelen digitala trygghetslarm ökar

I januari 2018 var drygt fyra av fem trygghetslarm digitala. Tillväxten har varit kontinuerlig under de år som Socialstyrelsen har följt utvecklingen, men regeringens mål att alla trygghetslarm skulle vara digitala vid 2016 års utgång har fortfarande inte nåtts[8].

Det finns fortfarande analoga larm i omkring var femte kommun, däribland storstäderna. Socialstyrelsen finner det anmärkningsvärt att fem kommuner uppger att de ännu inte påbörjat digitaliseringen av sina trygghetslarm. Fyra av dessa kommuner planerar emellertid att digitalisera larmen under 2018. Den femte kommunen har inte angett någon sådan tidsram.

## Användning av välfärdsteknik ökar

Välfärdstekniken ökar i kommunerna. Allt fler kommuner anger att de använder olika typer av välfärdsteknik i ordinärt boende, i särskilda boenden för äldre och i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. Den vanligaste välfärdstekniken är passiva larm. Sådana larm används i stort utsträckning i samtliga boendeformer. Även om nattillsyn med kamera och användning av gps-larm i ordinärt boende har ökat stort i kommunerna de senaste två åren, är det fortfarande få personer som har fått del av tekniken.

Det finns möjlighet för den enskilde att koppla upp sig mot internet på äldreboenden och på stöd- och serviceboenden i knappt två tredjedelar av kommunerna.

Ett fåtal kommuner uppger att de inte har någon välfärdsteknik alls i ordinärt boende och i särskilda boenden. Något fler uppger att de inte har välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden.

Det är värt att uppmärksamma att det finns annan välfärdsteknik utöver den som Socialstyrelsen efterfrågar. I enkäten är fokus framförallt på teknik som har med tillsyn och trygghet att göra. Annan typ av välfärdsteknik som

hjälp brukaren i vardagen, skapar meningsfulla aktiviteter, underlättar kommunikation eller bidrar till välmående efterfrågas inte. Många kommuner nämner emellertid i fritextsvaren att de har sådan annan välfärdsteknik i olika boendeformer. Detta kan vara en förklaring till att andelen kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar är lägre än i andra kommunala boendeformer. I stöd- och serviceboenden kan det i större utsträckning finnas behov av sådan annan typ av välfärdsteknik som inte efterfrågas i enkäten, så som kognitivt stöd och kommunikationsappar.

Socialstyrelsen tar med sig detta till nästa års enkät.

## Låg användning av säker roll- och behörighetsidentifikation

Endast en liten andel av kommunerna har säkrat sina verksamhetssystem och andra system som behandlar personuppgifter. Enbart i omkring 22 procent av kommunerna kräver samtliga system en säker roll- och behörighetsidentifikation.

Socialstyrelsen konstaterar att detta kan innebära att obehöriga personer får tillgång till enskildas uppgifter. Med tanke på att dessa system innehåller känsliga personuppgifter måste de skyddas på bästa tänkbara sätt.

En förklaring som ges till att kommunerna inte säkrar verksamhetssystemen och andra system är att arbetet med att säkra roll- och behörighetsidentifikationen i kommunerna är en process som berör flera förvaltningar och det är därmed omfattande, komplext och förknippat med stora kostnader. Dagens lösningar för tvåfaktorsinloggningar upplevs dessutom ofta som stela och kan inte med lätthet appliceras i alla situationer, till exempel i mobila lösningar.

För att komma till rätta med de nuvarande begränsningarna i hela den offentliga sektorn har Inera och Försäkringskassan tagit fram en tjänst för E-identitet för offentlig sektor (Efos) [15]. Denna ska ersätta det nuvarande SITHS-kortet och Försäkringskassans Myndighets CA (MCA). Efos bygger på modernare teknik som kan förenkla och förbättra administrationen kring utfärdande av elektroniska identiteter. Detta ska ge en mer flexibel och säkrare tjänst till fler inom offentlig sektor. Den nya tjänsten ska bland annat göra det möjligt att

- erbjuda säker singelinloggning (SSO)<sup>18</sup> till lokala, regionala och nationella IT-system
- använda flexibla inloggningssätt anpassade till individen och verksamheten
- ge stöd för mobila arbetssätt, exempelvis via mobiltelefoner och surfplattor.

---

<sup>18</sup> (*single sign-on, SSO*) – innebär att användaren bara behöver ange användarnamn och lösenord en gång för att logga in på flera lösenordsskyddade program eller webbsidor under ett arbetspass. Efter den första inloggningen ser ett centralt program i nätet till att användaren kommer åt alla resurser på nätet som hon har behörighet till. Källa Computer Sweden.

Tjänsten Efos lanseras under hösten 2018. Den kommer att förvaltas i samverkan mellan Inera och Försäkringskassan.

## Fler kan läsa och dokumentera mobilt

Allt fler kommuner använder mobila arbetssätt. Personalen använder i allt högre grad mobiltelefoner, surfplattor och bärbara datorer när de arbetar externt, till exempel inom hemsjukvård, hemtjänst och boendestöd. Ökningen har skett från relativt låga tal, men är tydlig både vad gäller att läsa och att dokumentera mobilt i verksamhetssystemen.

Vid kontakter med kommuner och regionala e-hälsosamordnare framkommer att ett av de stora hindren för en snabbare utveckling har varit att leverantörerna inte har kunnat erbjuda lösningar som motsvarat behoven. Det har också varit svårigheter att ta fram säkra system för roll- och behörighetsidentifikation. Personalen har därmed inte kunna uppnå samma datasäkerhet när de arbetar utanför kontoret.

## Många läser, men få producerar information, i den nationella patientöversikten

Allt fler kommuner ansluter sig till NPÖ för att konsumera, det vill säga ta del av andra vårdgivares uppgifter. Det är också en större andel av personalen i kommunerna som ansluts som användare och dessa använder systemet allt oftare. Ökningen av antal personer som läser i NPÖ är således markant under de senaste åren. Däremot är det knappt någon ökning i antalet producenter, det vill säga kommuner som ansluter sig för att producera uppgifter till systemet. Under 2017 var det endast två kommuner som anslöt sig som producenter. Ineras och referensgruppens bedömer att möjliga orsaker till detta är att de flesta verksamhetssystem som kommunerna använder inte är anpassade för att producera material till NPÖ. Att ansluta sina verksamhetssystem till NPÖ är också kostsamt för kommunerna. Framförallt mindre kommuner är många gånger tveksamma att ta på sig dessa kostnader. Ett annat svar på frågan om varför kommuner inte producerar information i NPÖ i större utsträckning är att det inte finns en tydlig efterfrågan på detta från landstingen. Kommunerna saknar därmed incitament att ta på sig kostnader för att producera uppgifter som det finns en begränsad efterfrågan på.

Att kommunerna inte producerar journalmaterial som primärvården och akutsjukvården kan ta del av medför att hälso- och sjukvården riskerar att inte bli så effektiv och säker för den enskilde patienten som den skulle kunna vara.

Socialstyrelsen konstaterar därför att det är angeläget att fler kommuner ansluter sig till NPÖ för att producera journalmaterial.

## Strukturerad dokumentation ökar

En allt större andel av kommunerna använder en strukturerad dokumentation i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. Ökningen har varit särskilt markant i äldreomsorgen där andelen kommuner som använder en strukturerad dokumentation i utförarverksamheterna har ökat med en faktor fem sedan 2014. I myndighetsutövningen har andelen kommuner ökat med en faktor tre under samma period. Förklaringen till ökningen inom äldreomsorgen är troligen att Socialstyrelsen har haft ett särskilt regeringsuppdrag sedan 2013 att verka för att först ÄBIC och sedan 2016 IBIC implementeras i kommunerna [9]. År 2016 fick Socialstyrelsen dessutom ett utökat uppdrag att verka för att IBIC används också inom funktionshinderområdet.

Inom missbruksområdet finns bedömningsinstrumentet *Addiction Severity Index (ASI)* [16]. Det finns dock inga applikationer där ASI har införlivats i kommunernas strukturerade dokumentation. Inom ekonomiskt bistånd och familjerätt har utvecklingen varit svagare sedan 2014. Inom dessa områden fick inga system som har lanserats på nationell nivå, varken från Socialstyrelsen eller andra myndigheter.

Även användningen av klassifikationerna ICF [10] och KVÅ [13] har ökat. En majoritet av kommunerna använder ICF i den kommunala hälso- och sjukvården. Inom socialtjänsten är det en mindre andel men utvecklingen går framåt. IBIC bygger till stor del på klassifikationen ICF. Det finns därför ett samband mellan ökningen av strukturerad dokumentation i äldreomsorgen och funktionshinderområdet och ökningen i användning av ICF.

## Arbete med tillgänglighet kan motverka digitalt utanförskap

Socialstyrelsen konstaterar i denna rapport att kommunernas utveckling av e-tjänster och annan digital service fortfarande ligger på en relativt låg nivå jämfört med andra sektorer i samhället. Samtidigt pågår mycket utvecklingsarbete och kommunerna kommer att erbjuda e-tjänster och digitala kontaktmöjligheter i allt större utsträckning. Det är därför angeläget att kommunerna försäkras sig om att inte grupper och individer ställs utanför den kommunala servicen, eller att de får svårigheter att nå fram med sina behov.

Socialstyrelsen menar därför att det finns anledning att utveckla uppföljningen av tillgängligheten när kommunerna digitaliserar utbudet av vård och omsorg. Det har betydelse för att stärka arbetet för jämlik hälsa, vård och omsorg där fler kan nyttja digitaliseringens möjligheter.

### Tillgänglighet och digitalt utanförskap

I socialtjänsten och hälso- och sjukvården bär digitaliseringen med sig stora möjligheter till självständighet, delaktighet och inflytande för den enskilde brukaren eller patienten. Digital service och e-tjänster måste därför vara utformade utifrån olika gruppers behov och förutsättningar. Digitala tjänster bör vara universellt utformade så att de i möjligaste mån är tillgängliga och användbara för alla människor [4]. Ett av målen i den tidigare satsningen på e-hälsa i överenskommelserna om stöd till en evidensbaserad praktik för god

kvalitet inom socialtjänsten [3, 14] var att öka användningen av e-tjänster för att stödja och underlätta för den enskilde. Där uttrycktes att e-tjänsterna ska vara ett komplement till andra former av service och kontakter med socialtjänsten och inte innebära en försämring för den stora grupp människor som inte använder sig av internet [3, 14]. I regeringens digitaliseringsstrategi från 2017 innebär delmålet om digital kompetens att alla ska vara förtrogna med digitala verktyg och tjänster samt ha förmåga att följa med och delta i den digitala utvecklingen utifrån sina förutsättningar. Det ska finnas förutsättningar att ta del av digital information och tjänster från det offentliga och delta på ett likvärdigt sätt i samhället [17].

Allt fler aktörer påpekar vikten av att lyfta frågor om digital tillgänglighet och om förutsättningarna för de många olika grupper i samhället som av olika anledning står utanför den digitala utvecklingen. Med digitaliseringen och kommunernas fortsatta utveckling av e-tjänster finns det nya utmaningar kring jämlik vård och omsorg, tillgänglighet och digitalt utanförskap. Här finns dels personer som inte alls använder internet, dels personer som trots tillgång till internet inte vill eller har förmåga att använda och nyttja digital service och e-tjänster. Det kan också handla om att digital service och e-tjänster är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning, till exempel att webbsidor har en lyssna-funktion, att webbsändningar textas eller att informationen finns på lättläst svenska. För dessa grupper handlar det om hur det säkerställs att digitaliseringen inte innebär en försämring, utan att det finns många olika sätt att ta kontakt med myndigheter och verksamheter för att dessa ska vara tillgängliga. Det handlar också om att följa standarder och universell design så att de digitala möjligheterna kommer så många som möjligt till del.

## De som inte alls har tillgång till internet

Tillgången till internet i Sverige är hög, det framgår av två nationella undersökningar som sedan flera år kartlägger svenskarnas dator- och internetvanor. Den ena görs av Statistiska Centralbyrån (SCB) och den andra av Internetstiftelsen i Sverige (IIS). Båda undersökningarna visar att det är stora skillnader mellan åldersgrupperna. Av befolkningen i åldern 16-74 år har 96 procent tillgång till internet i hemmet, visar SCB:s undersökning 2017. Enligt undersökningen av IIS använder i stor sett alla åldersgrupperna upp till 55 år internet. I åldrarna 66-75 år uppger 8 procent att de inte använder internet och av de som är äldre än 75 år uppger 43 procent att de inte använder internet. Resultatet i den här rapporten visar att det saknas möjlighet för den enskilde att koppla upp sig mot internet på äldreboenden och stöd- och serviceboenden i omkring var tredje kommun. Totalt rörde det sig om mellan 380 000 och 500 000 svenskar som inte använde internet 2017 [18, 19].

## De som använder sig av internet, men upplever svårigheter

Samtidigt som stora grupper inte alls använder internet finns andra som trots tillgång till internet upplever svårigheter med att använda, nyttja och ta del av information och tjänster.

I en undersökning genomförd av Begripsam och finansierad av Post- och telestyrelsen (PTS) och Konsumentverket 2017 tycker 48 procent att internet är svårt [20]. I undersökningen har 771 individer med olika diagnoser och funktionsnedsättningar deltagit. Uppdelat på olika diagnoser och funktionsnedsättningar upplever mellan 30 och 77 procent svårigheter med internet. Svårigheterna handlar bland annat om att söka information och använda e-tjänster. Kognitiv funktionsnedsättning var vanligt bland de som upplevde svårigheter med internet, till exempel afasi, stroke och dyslexi.

Begripsams undersökning visar vidare att många har en betydande motvilja att boka tid till vården på internet. Det kan finnas flera skäl till detta. Det kan vara att tekniken är för svår eller otillgänglig, eller att det för vissa grupper alltid finns någon annan som hjälper till med sådana saker.

## Be om hjälp att använda internet

Att sakna tillgång till internet eller att inte kunna använda de tjänster som finns, riskerar att medföra ett ökat beroende av andra människor. Ett sådant beroende inkräktar alltid på en människas integritet. För att alla ska få möjlighet till självständighet och oberoende är det viktigt att undanröja de hinder som går att undanröja och att minska beroendet av andra där det är möjligt. Det är inte minst angeläget vad gäller kommunernas e-tjänster inom hälsa och omsorg som hanterar känslig information såsom hälsa och privatekonomi [6].

Bland de som inte använder internet ber 68 procent ofta eller ibland någon annan person om hjälp att utföra uppgifter på internet [19].

Resultatet från Begripsams undersökning visar att mönstret som IIS:s undersökning visar för personer som inte använder internet också tycks gälla för personer med funktionsnedsättning, även när de använder internet själva. Begripsam drar här slutsatsen att det finns funktioner och företeelser som är svåra eller otillgängliga och att det är viktigt att ha personer runt omkring sig som kan hjälpa till. Bland personer med funktionsnedsättning är det, beroende på funktionsnedsättning, mellan 38 och 67 procent som brukar be andra om hjälp med att göra saker på internet.

## FN:s och EU:s regelverk

I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är tillgänglighet en rättighet som återfinns i flera av konventionens artiklar. I artikel 9 anges bland annat att konventionsstaterna ska vidta ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får tillgång till information och kommunikation, innefattande informations- och kommunikationsteknik (IT) och – system.

Det pågår ett arbete i EU i syfte att harmonisera krav på hur information på myndigheters webbplatser ska tillgängliggöras så att alla i samhället ska kunna ta del av informationen. I direktivet (EU) 2016/2102 om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer (webbtillgänglighetsdirektivet) är det huvudsakliga syftet att digital offentlig information ska vara mer tillgänglig för alla i samhället [21].

## Svenskt regelverk

Från och med januari 2015 ingår bristande tillgänglighet som en form av diskriminering i diskrimineringslagen (2008:567).

Genom att följa internationella standarder för hur en webbplats ska byggas och hur innehållet ska utformas när det gäller språk, formgivning och struktur kan myndigheter och andra offentliga aktörer säkerställa att webbplatser och e-tjänster är tillgängliga för alla i samhället. Rekommendationen i de officiella riktlinjerna (Vägledning för webbutveckling, PTS) för hur man bör arbeta med webbplatser inom offentlig sektor i Sverige är att uppnå den internationella standarden WCAG 2.0 nivå AA. Standardens vägledande principer för tillgänglighet handlar om att innehållet ska vara möjligt att uppfatta och det ska vara hanterbart, begripligt och robust.

## Avslutande kommentarer

Avslutningsvis lyfter Socialstyrelsen tre områden där resultatet visar att utvecklingen är särskilt otillfredsställande. För det första har endast en liten andel av kommunerna säkrat sina olika verksamhetssystem inom vård och omsorg där personuppgifter behandlas. Sedan 2015 har det inte skett någon synbar utveckling av andelen kommuner som kräver säker roll- och behörighetsidentifikation för tillgång till verksamhetssystemen. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna inte försäkras om att enskildas, ofta känsliga, personuppgifter skyddas på ett säkert sätt.

För det andra har endast ett fåtal kommuner och privata vårdgivare anslutit sig till NPÖ för att göra patientjournaler tillgängliga för andra vårdgivare. Följden blir att den landstingsdrivna hälso- och sjukvården inte kan tillgodogöra sig uppgifter från den kommunala och privata hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt. Detta kan få negativa effekter på effektiviteten inom hälso- och sjukvården och säkerheten för den enskilde patienten.

Avslutningsvis går utvecklingen av e-tjänster inom socialtjänsten långsamt. Att inte erbjuda den enskilde möjligheten att kommunicera, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt innebär en begränsning för den enskilde att själv styra över sin kontakt med socialtjänsten. Många andra samhällsfunktioner har öppnat upp för självservice och digitala kommunikationskanaler, vilket medför att kontakterna mellan den enskilde och myndigheten till större del sker på den enskildes villkor. Socialstyrelsen konstaterar att socialtjänsten inte följer med i denna utveckling och att möjligheterna till kontakt med socialtjänsten begränsas för grupper och individer.



# Referenser

1. Regeringen. Nationell IT-strategi för vård och omsorg. 2006. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/03/73/9959f31e.pdf>
2. Socialdepartementet. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg 2010. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rapporter/2010/06/s2010.020/>
3. Sveriges Kommuner och landsting. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2012. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2013/01/s20128764fst/>
4. Regeringen. Vision e-hälsa 2025. 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
5. Regeringen. Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. 2017. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/48fa28/contentassets/d8383ab42b0a40808f42b8d68210917d/overenskommelse-om-handlingsplan-for-samverkan-vid-genomforande-av-vision-e-halsa-2025.pdf>
6. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017. 2017. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-4-22>
7. Vårdföretagarna. Privat vårdfakta 2015. 2015. Hämtad från: <https://www.vardforetagarna.se/fakta-och-debatt/rapporter-och-publikationer/privat-vardfakta-2015>
8. Socialdepartementet. Uppdrag angående information om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård ( Uppdrag till Myndigheten för delaktighet, S2014/1398/FST, S2014/8960/FST). 2014. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2014/02/s20141398fst/>
9. Socialstyrelsen. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-12>
10. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. 2003. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf#1>
11. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum - Grundbok BBIC. 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-2/sidor/default.aspx>
12. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-6>
13. Socialstyrelsen. Åtgärds-koder (KVÅ). 2009. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva#1>
14. Sveriges Kommuner och landsting. Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2013. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2013/01/s20128764fst/>

15. Inera. E-identitet för offentlig sektor. 2018. Hämtad från:  
<https://www.inera.se/aktuellt/projekt/e-identitet-for-offentlig-sektor/>
16. Socialstyrelsen. ASI-manualen – anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning – reviderad version 2017 2017. Hämtad från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-3-18>
17. Regeringen. För ett hållbart digitaliserat Sverige –en digitaliseringsstrategi. 2017. Hämtad från:  
[http://www.regeringen.se/49adea/contentassets/5429e024be6847fc907b786ab954228f/digitaliseringsstrategin\\_slutlig\\_170518-2.pdf](http://www.regeringen.se/49adea/contentassets/5429e024be6847fc907b786ab954228f/digitaliseringsstrategin_slutlig_170518-2.pdf)
18. Statistiska centralbyrån. Andel personer som aldrig använt sig av internet 2017. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/it-bland-individer/pong/tabell-och-diagram/andel-personer-som-aldrig-anvant-sig-av-internet/>
19. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2017 Undersökning om svenskarnas internetvanor. 2017. Hämtad från:  
[https://www.iis.se/docs/Svenskarna\\_och\\_internet\\_2017.pdf](https://www.iis.se/docs/Svenskarna_och_internet_2017.pdf)
20. Begripsam. Svenskarna med funktionsnedsättning och internet. 2017. Hämtad från: <http://www.pts.se/globalassets/startpage/dokument/icke-legala-dokument/rapporter/2018/internet/skuggis-huvudrapport/svenskarna-med-funktionsnedsattning-och-internet-smfoi-2017-huvudrapport.pdf>
21. Europaparlamentet. Webbtillgänglighetsdirektivet. 2016. Hämtad från:  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016L2102&from=SV>



## Bilaga 1. Svarsfrekvenser per län

		<b>Svarsfrekvens</b>
01	Stockholms län	92
03	Uppsala län	75
04	Södermanlands län	67
05	Östergötlands län	77
06	Jönköpings län	85
07	Kronobergs län	100
08	Kalmar län	67
09	Gotlands län	0
10	Blekinge län	80
12	Skåne län	79
13	Hallands län	67
14	Västra Götalands län	92
17	Värmlands län	81
18	Örebro län	100
19	Västmanlands län	60
20	Dalarnas län	80
21	Gävleborgs län	50
22	Västernorrlands län	86
23	Jämtlands län	88
24	Västerbottens län	60
25	Norbottens län	79
	Totalt	80
	Totalt, antal svar	233

## Bilaga 2. Indikatorer för e-hälsoutveckling

### E-tjänster inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård

*En e-tjänst förmedlas elektroniskt. Tjänsten är interaktiv vilket innebär att den sker i någon form av dialog mellan den enskilde och handläggaren. Den är offentligt finansierad och riktas i första hand till socialtjänstens klienter och brukare men även till andra invånare, t ex närstående som har anledning att ha kontakt med socialtjänsten. Tjänsten kan tillhandahållas av såväl kommunala som privata aktörer. (SKLs definition). Med e-tjänst menar vi inte informationstexter som publicerats på kommunens webbplats.*

1. Kommunen har minst en e-tjänst riktad till invånare eller personer som har kontakt med socialtjänsten, inom följande områden:
  - a. Barn och unga
  - b. Ekonomiskt bistånd
  - c. Familjerätt
  - d. Familjerådgivning
  - e. Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
  - f. Vuxna med missbruksproblem
  - g. Äldreomsorg
  - h. Hemsjukvård
  
2. Kommunen kan erbjuda e-tjänster av följande slag:
  - a. Tidbokning hos handläggare
  - b. Ansökan om bistånd eller insats
  - c. Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal
  - d. Övriga e-tjänster
  
3. Kommunen kan erbjuda följande slags e-tjänster på annat språk än svenska:
  - a. Tidbokning hos handläggare
  - b. Ansökan om bistånd eller insats
  - c. Bildkommunikation mellan brukare, närstående och handläggare eller utförare i socialtjänsten
  - d. E-hemtjänst (till exempel natt-tillsyn via videokamera, meddelandefunktion, påminnelse för till exempel mediciner etc.)
  - e. Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal
  - f. Övriga e-tjänster

## Välfärdsteknik

4. Bildkommunikation mellan brukare, närstående och handläggare eller utförare i socialtjänsten
5. E-hemtjänst (till exempel natt-tillsyn via videokamera, gps-larm, meddelandefunktion, påminnelse för till exempel mediciner etc.)

## Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

*Ett digitalt trygghetslarm bygger på kommunikation via bredband eller mobilnät. Varje led i larmkedjan är digital, från den som larmar till larmcentralen.*

6. Andel trygghetslarm som är digitala.
7. Kommunerna säkerställer att trygghetslarmen fungerar
8. Kommunen tillämpar ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i arbetet med trygghetslarm i enlighet med SOSFS 2011:9. Kommunen har i detta:
  - a. identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarm
  - b. tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift av trygghetslarmen
  - c. gjort en riskanalys för trygghetslarmen
  - d. ett system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet
9. Kommunen har andra tjänster kopplade till digitala trygghetslarm (till exempel positionering via gps).

## Nationella patientöversikten

*Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.*

10. Alla vårdenheter i kommunen som utför hälso- och sjukvård är anslutna till NPÖ som konsument.
11. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen har tillgång till NPÖ.
12. Kommunen har riktlinjer för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ.
13. Alla vårdenheter i kommunen som utför hälso- och sjukvård är anslutna till NPÖ som producent.
14. Följande informationsmängder görs tillgängliga i NPÖ från kommunens vårdenheter:
  - a. Vårdtagare (personuppgifter)
  - b. Uppmärksamhetssignal
  - c. Vård- och omsorgstjänst
  - d. Läkemedel
  - e. Vård- och omsorgskontakt
  - f. Vård- och omsorgsdokument
  - g. Funktionstillstånd
  - h. Vård- och omsorgsplan

## i. Undersökningsresultat

### Säker roll- och behörighetsidentifikation

*Med säker roll- och behörighetsidentifikation menar vi tvåfaktorsinloggning med SITHS-kort, engångslösenord mm. Personen är registrerad i en katalog som är knuten till tjänsten. I katalogen finns uppgifter om vilken roll och behörighet personen har.*

15. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen använder säker roll- och behörighetsidentifikation.
16. All berörd socialtjänstpersonal i kommunen använder säker roll- och behörighetsidentifikation.
17. Socialtjänstens verksamhetssystem och andra digitala system där personuppgifter behandlas och som har åtkomst via öppna nät kräver säker roll- och behörighetsidentifikation.

### Läsa och dokumentera mobilt

*Inom socialtjänsten och den kommunala hemsjukvården finns personal som besöker brukare och patienter i hemmet. Vid dessa besök kan de ha behov av information från kommunens verksamhetssystem; socialtjänstens dokumentation, kommunens hälso- och sjukvårdsdokumentation eller från nationella system, till exempel NPÖ och Pascal. Vidare kan personalen ha behov av att dokumentera vad som framkommit vid besöket. För att läsa och dokumentera mobilt finns olika lösningar, till exempel mobiler, surfplattor och bärbara datorer.*

18. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa hälso- och sjukvårdsdokumentationen mobilt i kommunens verksamhetssystem.
19. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa mobilt i nationella system, till exempel NPÖ, Pascal.
20. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan dokumentera hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.
21. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan tillföra hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i nationella system, till exempel Pascal och kvalitetsregister.
22. Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan läsa socialtjänstdokumentation mobilt i kommunens verksamhetssystem.
23. Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan dokumentera socialtjänstsuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.

### Strukturerad dokumentation

*Socialstyrelsens beskrivning av strukturerad dokumentation utgår ifrån behovet av att på ett systematiskt sätt kunna återanvända information som dokumenterats om patienten eller brukaren. Detta handlar om att dokumentation i patientjournalen eller personakten behöver vara strukturerad på ett sådant sätt att den vid senare tillfällen kan återsökas och tillgängliggöras i*

*sitt sammanhang, dvs. kopplad till den enskilda individens process i vård och omsorg. Denna process löper ofta över organisatoriska gränser.*

*En insats eller åtgärd måste till exempel uttryckas med ett beslutat kodverk, men också kopplas till en process med information om när den genomfördes, i vilket syfte och vilken utförare som genomförde den (sammanhanget). Ofta används begreppet strukturerad dokumentation även i betydelsen att en viss avgränsad informationsmängd som ska dokumenteras inom specifikt verksamhetsområde, struktureras genom standardiserade formulär i det aktuella dokumentationssystemet. Här finns dock inte kopplingen till individens hela process.*

24. Kommunen använder i socialtjänstens verksamhetssystem för handläggning en strukturerad dokumentation, inom följande områden:
  - Barn och unga
  - Ekonomiskt bistånd
  - Familjerätt
  - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
  - Vuxna med missbruksproblem
  - Äldreomsorg
25. Kommunens personal dokumenterar i digital form i socialtjänstens utförlarled inom följande områden:
  - Barn och unga
  - Familjerätt
  - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
  - Vuxna med missbruksproblem
  - Äldreomsorg
  - Hemsjukvård
  - Hälso- och sjukvård i särskilt boende
26. Kommunen använder i socialtjänstens utförlarled en strukturerad dokumentation, inom följande områden:
  - Barn och unga
  - Familjerätt (samarbetssamtal)
  - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
  - Vuxna med missbruksproblem
  - Äldreomsorg
  - Hemsjukvård
  - Hälso- och sjukvård i särskilt boende
27. Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala indviddokumentationen i handläggningen inom följande områden.
  - Barn och unga
  - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
  - Vuxna med missbruksproblem



- Äldreomsorg
28. Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i utförlighetsdelen inom följande områden.
- Barn och unga
  - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
  - Vuxna med missbruksproblem
  - Äldreomsorg
  - Hemsjukvård i ordinärt boende
  - Hälso- och sjukvård i särskilt boende
29. Kommunen använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen inom följande områden.
- Hemsjukvård i ordinärt boende
  - Hälso- och sjukvård i särskilt boende

## Bilaga 3. Bortfallsanalys för tidigare års enkäter

Socialstyrelsen har i tidigare års kommunenkäter haft en god svarsfrekvens med omkring 80 procent. När myndigheten undersökte vilka kommuner som inte fanns bland de svarande identifierades sex kommuner som aldrig någon gång hade besvarat enkäten. Frågan vi då ställde oss var om dessa kommuner följer den generella utvecklingen eller om de på något sätt avviker.

Socialstyrelsen har därför genomfört en intervjustudie i de sex kommunerna. Kommunerna varierar i befolkningsstorlek mellan cirka 12 000 och 100 000 invånare och återfinns geografiskt från Skånes län i söder till Väster-norrlands län i norr. De intervjuade är verksamhets- och avdelningschefer, utvecklare och strateger inom vård och omsorg, planering och verksamhetsstöd. Syftet med intervjuerna var att undersöka hur arbetet med e-hälsa och välfärdsteknik ser ut i dessa kommuner. Intervjuerna genomfördes under december 2017 och januari 2018.

Resultatet visar att i de sex kommunerna pågår ett utvecklingsarbete inom e-hälsa och välfärdsteknik, ett arbete som kommer fortsätta och i flera fall intensifieras under 2018.

Få kommuner har äkta e-tjänster i socialtjänsten. De e-tjänster som nämns är webbaserade ansökningar inom äldreomsorgen, så som trygghetslarm eller olika typer av insatser. Andra kommuner berättar om arbete som ska påbörjas under 2018, exempelvis säkra inloggningar för fler e-tjänster.

Alla sex kommuner har digitaliserat trygghetslarmen, bortsett från en handfull analoga larm i en av de mindre kommunerna. I alla sex kommuner finns också någon form av välfärdsteknik. Det varierar både mellan och inom kommunerna om tekniken finns i ordinarie drift eller i pilotprojekt. Välfärdsteknik som nämns är nyckelfri hemtjänst, natt-tillsyn via kamera, gps-larm, epilepsilarm, inkontinensskyddsvarning, matningsrobot och toalettrobot. I en kommun ligger en stor del av den utförande verksamheten i privat regi och det är enligt intervjupersonen en anledning till att kommunen inte har kommit så långt i arbetet. Arbete med nya pilotverksamheter och upphandling av välfärdsteknik finns planerat i alla kommuner inför 2018.

Också kommunernas arbete med säker roll- och behörighetsidentifikation speglar enkätresultatet i stort. I någon kommun krävs säker inloggning till samtliga system, i övrigt krävs detta i en del av systemen. I samtliga sex kommuner har legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. I någon enstaka kommun har myndighetsutövande respektive utförande socialtjänstpersonal tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.

Det varierar i vilken utsträckning personalen kan läsa och dokumentera mobilt. Från att all hemtjänstpersonal kan både läsa och dokumentera mobilt i det kommunala verksamhetssystemet till att ingen personal har denna möj-

lighet. I ett par kommuner kan hemtjänstpersonal läsa mobilt. Ingen av de intervjuade kommunerna uppger att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen kan läsa eller dokumentera mobilt.

Kommunerna framhåller i första hand BBIC och IBIC i individ- och familjeomsorgen när de berättar om arbetet med strukturerad dokumentation. En kommun nämner även ICF och KVÅ inom ramen för ett pågående projekt.

## Möjligheter och hinder i arbetet med välfärdsteknik

Kommunerna har också fått lyfta vilka möjligheter och hinder de upplever i arbetet med e-hälsa och välfärdsteknik. Svaren berör framför allt organisation, politik och arbetssätt samt leverantörernas roll och upphandlingsfrågor.

Faktorer som lyfts fram som främjande för kommunernas utveckling är politiker som vågar satsa, ta tuffa beslut och ge klara direktiv, när tid och resurser har avsatts för att inkludera medarbetare i arbetet och att brukarorganisationer pratar positivt om tekniken med sina medlemmar. En annan faktor som underlättar arbetet i kommunerna är att det finns någon person anställd i rollen som digitaliseringsansvarig eller personer som är pådrivande för utvecklingen på annat sätt.

Kommunerna möter olika utmaningar, bland annat beroende på kommunernas storlek och organisation. I en stor kommun lyftes det som en utmaning att nå ut till alla anställda och att mycket tid behöver läggas på samtal och utbildning. I en mindre kommun är utmaningarna istället att det saknas stödresurser för att kunna driva utvecklingen och ekonomi för sådant som kräver utvecklingskostnader. En kommun vars verksamhet i stort ligger på privata utförare menar att kommunen inte driver teknikutvecklingen själva utan att det är utförarnas ansvar.

Alla kommuner upplever frågor som rör upphandling och leverantörer som besvärliga. Det handlar om upphandlingar som drar ut på tiden, upphandlingar som försvåras av att tekniken eller systemen som finns att tillgå inte uppfyller kravställningarna och att mindre kommuner har svårt att själva driva innovationsupphandling. Men det handlar också om en rädsla kring upphandlingssystemet i sig. Det finns besvärliga erfarenheter av att vara fast med en leverantör av teknik eller system under lång tid samtidigt som denne inte har levererat i tid, inte uppfyllt kraven eller inte kunnat hantera olika system som behöver vara kompatibla.

Frågor som berör etik, samtycke, nya dataskyddsförordningen, samarbete mellan kommuner, medias rapportering och personalens förändringsbenägenhet lyftes av enstaka intervjupersoner som faktorer som påverkar arbetet i kommunen.

På en direkt fråga om varför kommunen aldrig har besvarat enkäten menar de flesta intervjupersonerna att det kan vara svårt att identifiera rätt person i organisationen att besvara frågorna. Det kan också vara så att det inte har funnits någon med det övergripande ansvaret. Ett fåtal kommuner berättar att arbetet med e-hälsa och välfärdsteknik tagit fart under 2017 och att man tidigare inte besvarat enkäten för att man inte arbetat med frågorna.

## Bilaga 4. Privata utförare

De privata vård- och omsorgsföretag som har besvarat enkäten varierade i storlek mellan en och 15 000 anställda. Se tabell 36. Medianvärdet för antalet anställda är 21.

Detta innebär att de har olika förutsättningar när det gäller att implementera digitala lösningar, välfärdsteknik och andra e-hälsolösningar i sina verksamheter. Av de privata vård- och omsorgsgivarna som besvarat enkäten är 95 procent aktiebolag eller handelsbolag och övriga stiftelser eller ideella föreningar. Av samtliga privata utförare är 41 procent aktiva inom hälso- och sjukvård och 95 procent inom socialtjänsten (äldreomsorg, funktionshinderområdet eller individ- och familjeomsorg). Flera är alltså aktiva inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

**Tabell 36. Antal anställda i företagen**

	Antal	Andel %
0-10 anställda	34	27
11-99 anställda	76	59
100-499 anställda	13	10
500-999	3	2
7000	1	1
15000	1	1
Totalt	128	100

Socialstyrelsen frågade vilken typ av avtal företaget har med kommunen. Det vanligaste svaret var att de säljer enstaka platser till en eller flera kommuner och många vård- och omsorgsföretag har avtal med mer än en kommun. Se tabell 37. Detta får effekter på vårdföretagets administration eftersom kommunerna har olika verksamhetssystem som vård- och omsorgsföretagen ska förhålla sig till. Cirka 20 procent av företagen angav att de dokumenterar insatserna i både sitt eget och i den beställande kommunens verksamhetssystem och 22 procent bara i det egna. Övriga 58 procent dokumenterar bara i det egna verksamhetssystemet.

**Tabell 37. De privata utförarnas avtal med kommunen**

	Andel privata utförare <sup>19</sup> (%)
Avtal med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV) för en kommun	24
Avtal med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV) för flera kommuner	25
Avtal på entreprenad för en kommun	11
Avtal på entreprenad för flera kommuner	9
Säljer enstaka platser till en eller flera kommuner	45

<sup>19</sup> Summan överstiger 100 procent då respondenterna kunde ange mer än ett svar

De privata utförarna inom socialtjänsten bedriver verksamhet inom olika områden. Den största andelen är verksamma inom hemtjänst eller boendestöd, 33 procent. Se tabell 38.

**Tabell 38. Vilken typ av verksamhet bedriver de privata utförarna**

	Antal	Andel (%)
Hemtjänst eller boendestöd i ordinärt boende	43	33
Särskilt boende för äldre	21	16
Stöd- och serviceboende för personer med funktionsnedsättningar	21	16
HVB eller andra insatser som innebär boende för barn och ungdomar	23	18
HVB eller andra insatser som innebär boende för vuxna med missbruksproblematik	16	12
Öppna stöd- eller behandlingsinsatser för barn och ungdomar	10	8
Öppna stöd- eller behandlingsinsatser för vuxna med missbruksproblematik	7	5

# Bilaga 5. Kvalitetsdeklaration

Enkätundersökning

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

R56023-3

## Inledning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa utvecklingen av e-hälsa och digitala välfärdstjänster i kommunerna.

Projektledare för undersökningen var Dick Lindberg, U/UV. Kontaktpersoner från SMS-gruppen var Claes Falck, frågekonstruktör, och My Raquette, statistiker.

## Syfte

Syftet med undersökningen är att följa utvecklingen av e-hälsa och digitala välfärdstjänster i kommunerna. I år är det femte gången i ordningen som undersökningen genomförs i landets alla kommuner.

## Objekt och population

Denna undersökning har vänt sig till kommunernas äldreomsorgschef, socialchef eller motsvarande befattning med ansvar för vård och omsorg i kommunen, eller av befattningshavare med ansvar för e-hälsa och välfärdsteknik. Populationen omfattar alla kommuner. Antalet i målpopulationen är 290.

## Frågor

Merparten av frågorna är oförändrade från tidigare undersökningstillfällen. Mindre omarbetningar har genomförts av frågekonstruktören i samarbete med projektledaren. Enkäten har samverkats med SKL.

## Statistiska mått

Resultaten redovisas på andelar av de svarande kommunerna. För frågan avseende Det totala antalet larm i riket har skattats för de kommuner som inte besvarat enkäten. Antagandet är då att de kommunerna har larm i samma proportion till folkmängden som de kommuner som besvarade frågorna om antalet larm, utifrån 2017 års data för åldersgruppen 65 år och äldre.

## Redovisningsgrupper

Undersökningens resultat redovisas på hela riket.

## Referenstider

Undersökningen referenstid är vad som finns tillgängligt i kommunen vid besvarandet av enkäten. Vid antalsuppgifter är referensdagen den 1 januari 2018.

Registerdata för antalet personer 65 år eller äldre hämtas från SCB:s befolkningsregister, 31 december 2017.

## Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till kommunerna via e-post. I e-posten bifogades även enkätformuläret (se bilaga 1a och 1b). Datainsamlingen pågick 8 januari 2018 till 14 februari 2018. Under insamlingsperioden skickades två påminnelser samt ett informationsmail om förlängd insamlingsperiod ut.

## Svarsfrekvens

Det var 233 kommuner som besvarade enkäten. Det ger en svarsfrekvens på 80 procent vilket är något lägre än undersökningen 2017 då svarsfrekvensen var 82 procent.

Svarsfrekvensen för län ligger mellan 0 procent för Gotlands län och 100 procent för Kronobergs län och Örebro län.

## Tillförlitlighet

Vid ologiska svar har objekt kontaktats för att på så sätt få möjlighet att ändra dessa ologiska svar till korrekta svar. Enkäten har konstruerats med ämneskunnig, enkätfrågekonstruktör och en statistiker.

## Osäkerhetskällor

### *Ramtäckning*

Täckningsfel kan bestå av under- och övertäckning. Undertäckning innebär att det finns individer som ingår i populationen men inte ingår i urvalsramen. Vid övertäckning finns personer i urvalsramen som inte ingår i populationen. Det finns inget täckningsfel för undersökningen då det är en totalundersökning.

### *Mätfel*

I samband med datainsamlingen kan slumpmässiga och systematiska fel uppstå, dessa kallas mätfel. De svar som ges kan vara osäkra eller felaktiga. De kan även bli fel på grund av att de som svarar har missuppfattat frågan. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bl.a. mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet.

För att minska risk för mätfel har enkäterna skapats med hjälp av enkätkonstruktör samt i samråd med SKL.

### *Bortfall*

Bortfallet består dels av de kommuner som inte besvarat enkäten och av partiellt bortfall, dvs. att de inte besvarat vissa frågor i enkäten. Om bortfallet skiljer sig från de svarande, med avseende på undersökningsvariablerna, så kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara skeva.

Bortfallen är 57 kommuner på 290. Beräkning av andel på läns- och riksnivå utförs med antagandet att kommuner med bortfall skulle svara likadant som svarande kommuner i den redovisningsgruppen.

Det partiella bortfallet är för de flesta frågor lågt, 0 – 5 procent. Vid textfrågor där respondenterna ska ange t.ex. vilka andra typer av tjänster som finns i kommunen är det partiella bortfallet högre, runt 25 procent.



### *Bearbetning*

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel. Då insamlingen skett via en webbenkät med fasta alternativ bör registreringsfelet var litet.

För att förhindra fel vid bearbetning har stickprov av varje programmeringsdel testats mot faktiska värden. Resultaten har även kontrollerats med avseende på rimlighet.

### Jämförbarhet och sam användbarhet

Detta är femte året Socialstyrelsen genomför denna undersökning. För de frågor som är oförändrade går det att göra jämförelser mellan åren.

### Tillgänglighet

Socialstyrelsen publicerar rapporten på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).