

Utveckling av e-hälsa i kommunerna

Uppföljning av stimulansmedel 2014

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.

Artikelnummer 2015-3-9
Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2015

Förord

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp de stimulansmedel som Sveriges Kommuner och Landsting har fördelat till regionförbund och kommunförbund under 2014. Medlen har fördelats inom ramen för överenskommelsen Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Syftet med medlen är att påskynda utvecklingen inom e-hälsoområdet i kommunerna.

I rapporten beskrivs det utvecklingsarbete som har gjorts med stöd av dessa stimulansmedel.

Rapporten har skrivits av utredaren Dick Lindberg och ansvarig enhetschef har varit Elisabeth Wärnberg Gerdin.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	9
Uppdraget	11
Genomförande och metod	11
Resultat	12
Länsorganisationerna har uppfyllt grundkraven	12
Länsorganisationerna har uppfyllt villkoret om egenfinansiering	12
Fördelning per målområde	13
E-tjänster.....	15
Trygghet, service och delaktighet	17
Säker roll- och behörighetsidentifikation	17
Mobilitet	18
Nationella patientöversikten (NPÖ).....	19
Digitala trygghetslarm	20
Hur privata verksamheter har involverats i utvecklingsarbetet.....	21
Diskussion	23
Etiska och juridiska aspekter.....	24
Framgångsfaktorer och hinder.....	25
Slutsatser.....	26
Referenser	28

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har inom ramen för överenskommelsen med regeringen – Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten – fördelat statliga medel för att påskynda e-hälso-utvecklingen inom socialtjänsten under 2014. Totalt har SKL fördelat 60 miljoner kronor till kommunförbund och regionförbund. Medlen ska användas för att

- införa e-tjänster inom socialtjänsten för invånarna – det kan gälla att ta del av information som rör den egna personen eller någon närstående, välja utförare eller att ha kontakt med sin eller någon närståendes utförare
- påbörja processen att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”
- säkerställa att de trygghetslarm som kommunen beviljat är digitala och fungerar
- fullfölja införande och användning av Nationell patientöversikt (NPÖ).

Socialstyrelsen konstaterar att stimulansmedlen har haft en positiv effekt på utvecklingsarbetet i kommunerna. Kommunerna har själva bidragit med närmare 150 miljoner kronor till projekten utöver de 60 miljoner de fått i stimulansbidrag. Alla kommuner har varit involverade i utvecklingen genom att delta i regionala projekt eller driva egna lokala projekt.

Många kommuner har drivit projekt för att utveckla e-tjänster för brukare och anhöriga. Flera länsorganisationer har arbetat med att ta fram länsgemensamma plattformar för e-tjänster för att lättare kunna utveckla tjänster och knyta dessa till andra system. Den tjänst som flest kommuner har testat och i viss mån infört i ordinarie drift är natttillsyn via kamera. Kameratillsynen bedöms som kostnadssparande och ger en smidigare tillsyn nattetid för den enskilde eftersom personal inte behöver göra fysiska besök i bostaden, med risk för att störa nattsömnen för den enskilde och närstående.

Samtliga län rapporterar att det pågår en utveckling för att öka användningen av säker roll- och behörighetsidentifikation. I de län där den legitimerade personalen inte har SITHS-kort är målet att fler ska få detta. I de flesta län pågår ett arbete med att också utrusta socialtjänstens personal med en säker roll- och behörighetsidentifikation. Detta för att handläggare och personal inom utförarorganisationen ska kunna få tillgång till verksamhetssystemen samtidigt som kommunen försäkras sig om att endast behörig personal får åtkomst till informationen.

Det finns en stor efterfrågan på mobila lösningar inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten i kommunerna. Det handlar framför allt om att personal inom hemtjänst och hemsjukvård utrustas med smarta mobiler, läsplattor, bärbara datorer och andra verktyg för att få till-

gång till verksamhetssystemen. Det finns dock, enligt de regionala e-hälsosamordnarna, tekniska problem på olika sätt med de mobila lösningarna, t.ex. erbjuder inte alla leverantörer säkra anslutningar till verksamhetssystemen via de mobila enheterna.

Många kommuner har drivit projekt för att digitalisera trygghetslarmen och andra har planerat och är på gång med upphandlingar av trygghetslarm. En bidragande orsak till den stora aktiviteten är enligt de regionala e-hälsosamordnarna den mediauppmärksamhet som varit under året. SKL Kommentus Inköpscentral (SKI) tecknade ett ramavtal 2012 med några leverantörer och cirka 110 kommuner hade i februari 2015 avropat trygghetslarmstjänster från detta avtal under 2013 och 2014.

De flesta kommuner har anslutningar som medger att de tar del av landstingens hälso- och sjukvårdsdokumentation. En majoritet av kommunerna har haft aktiviteter för att öka användningen av Nationella patientöversikten (NPÖ) hos hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna. I de projekt som har bedrivits inom detta område har man kartlagt användningen genom att ta del av Ineras användarstatistik och genom enkäter och intervjuer med berörd personal. Några län redovisar att användningen av NPÖ ökat markant under året, dock från låga tal.

Socialstyrelsen konstaterar att satsningen varit viktig för e-hälsoutvecklingen i kommunerna. Stimulansmedlen har inneburit att utvecklingsinsatser har kommit igång eller tidigare lagts. Utvecklingen har kommit igång från ofta låga nivåer. Det regionala och nationella samordningsstödet har varit viktigt för utvecklingen. I flera regioner har man valt att behålla de regionala e-hälsosamordnarna när det statliga stödet har upphört eftersom kommunerna betraktar dessa som nyckelfunktioner i ett fortsatt utvecklingsarbete.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns behov av fortsatt stöd från staten för att utveckla e-hälsoarbetet i kommunerna. Uppföljningarna av de senaste två årens arbete inom ramen för överenskommelsen om evidensbaserat arbetssätt i socialtjänsten har visat att det i kommunerna finns behov utveckling av kunskap och kompetens inom flera områden, t.ex. det juridiska ramverket, etiska förhållningssätt och inte minst tekniken. Andra områden där staten behöver vara fortsatt aktiv är utbyggnaden av infrastruktur för kommunikation, bredband via fiber och mobila nät. Det finns vidare behov av vetenskapliga studier om kostnader och nytta för olika typer av digitala välfärdstjänster. Avslutningsvis kan konstateras att det också finns behov av att följa utvecklingen av de digitala välfärdstjänsterna och bedöma i vilken mån staten behöver anpassa regelverket som har bäring på vården och omsorgen.

Bakgrund

Inom ramen för regeringens och SKL:s överenskommelse ”Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten” har SKL förmedlat stimulansbidrag till kommunerna för att utveckla e-hälsa i socialtjänsten under 2013 och 2014. Under 2013[1] fördelade SKL 70 miljoner kronor och under 2014 60 miljoner. Målen för satsningen var under 2014 [2] att öka:

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten för att stödja och underlätta för den enskilde samt för att effektivisera verksamheten. E-tjänsterna ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar. E-tjänsterna ska vara ett komplement till andra former av service och kontakter med socialtjänsten. De ska inte innebära en försämrning för den stora grupp människor som inte använder sig av Internet.
- Andelen berörd personal inom socialtjänsten som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen berörd personal inom socialtjänsten som kan dokumentera och komma åt information mobilt.
- Användningen av Nationell Patientöversikt (NPÖ) i kommunerna och hos enskilda vårdgivare. Behörig personal ska både kunna ta del av och tillgängliggöra information i NPÖ. Detta avser information som dokumenteras enligt Hälso- och sjukvårdslagen.
- Andelen digitala trygghetslarm i förhållande till antalet trygghetslarm som kommunen har beviljat.
- Andelen kommuner som beslutat om mål och handlingsplaner för att etablera och finansiera ett koncept för ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. Digital teknik har stor potential att bidra till att äldre personer och andra med funktionsnedsättning ska kunna bo kvar hemma och känna sig trygga och delaktiga i samhället. Konceptet inkluderar bland annat digitala trygghetslarm, tele- och video-kommunikation, sensorer i hemmet, ett mobilt arbetssätt samt övriga e-tjänster för trygghet, service och delaktighet.

I överenskommelsen framgår också att stimulansmedlen mer specifikt ska användas för att:

- Införa e-tjänster inom socialtjänsten för invånarna. Det kan gälla att ta del av information som rör den egna personen eller någon närstående, välja utförare eller att ha kontakt med sin eller någon närståendes utförare. När det gäller information om någon närstående förutsätter det att han eller hon kan och vill lämna samtycke till att sekretessen efterges. Inom äldreomsorgen kan e-tjänster exempelvis vara tele- och video-kommunikation för att underlätta kommunikation såväl med närstående som med vård- och omsorgspersonal.

E-tjänsterna ska vara utformade så att alla vårdgivare, oavsett driftsform, har möjlighet att ansluta sig. De ska tas fram i samverkan med brukar-, pensionärs- och anhörigorganisationer och i samråd med landstinget. Insatserna ska utgå ifrån ett invånarperspektiv och inte ett organisationsperspektiv. Marknadsföring och information om e-tjänsterna ska göras, bland annat genom brukar-, pensionärs- och anhörigorganisationer.

- Påbörja processen att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. I detta ingår att berörda medarbetare i socialtjänsten och hemsjukvården ska ha tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation som ger möjlighet att dokumentera mobilt och att komma åt information på ett enkelt sätt. Det ingår även att införa mobil dokumentation i socialtjänsten, så att medarbetarna kan dokumentera på plats hemma hos brukarna och även komma åt relevant information där genom surfplattor, mobiltelefoner eller andra tekniska hjälpmedel.
- Säkerställa att de trygghetslarm som kommunen beviljat är digitala och fungerar.
- Fullfölja införande och användning av Nationell patientöversikt (NPÖ). Det kan exempelvis göras genom utbildning och information om vem, hur och varför man använder NPÖ. NPÖ omfattar enbart information som dokumenteras enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Slutligen framgick i överenskommelsen att stimulansmedlen var förknippade med tre grundkrav och ett villkor. De tre grundkraven var följande:

- Länet lämnar in en konkret projektplan över vad som ska genomföras inom de målområden som man avser att satsa på, i namngivna kommuner, och på vilket sätt detta förväntas bidra till nytta för den enskilde eller möjlighet till effektivisering hos huvudmän och utförare.
- Varje kommun i länet visar ett beslut från relevant nämnd eller styrelse om att påbörja processen att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik” inklusive att övergå till digitala trygghetslarm. I konceptet ska ingå en långsiktig plan för finansiering, organisation och samverkan inom e-hälsoområdet. Utvecklingen av eHälsa ska bedrivas i nära samverkan med verksamhetsansvariga för socialtjänsten och med regionala stödstrukturer för en evidensbaserad praktik i socialtjänsten.
- Länet presenterar en uppdragsbeskrivning för den regionala samordnaren. Uppdragsbeskrivningen är en konkretisering av hur samordnaren ska driva samordning, utveckling och implementering av e-tjänster och nya arbetssätt, övergång till digitala trygghetslarm för länets alla kommuner, sprida kunskap samt upprätthålla regionala nätverk om eHälsa där kommunerna ingår. Enskilda utförare ska ges möjlighet att delta i nätverk och aktiviteter.

Villkoret var att länet respektive regionen själv tillför minst motsvarande belopp för samma ändamål.

Uppdraget

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag[3] att

- följa upp hur stimulansbidrag för att utveckla eHälsa i socialtjänsten under 2014 har använts samt om grundkrav och villkor för användningen har uppfyllts
- fortsätta att utveckla nyckeltal för användningen av eHälsa i kommunerna
- följa upp och redovisa på Socialstyrelsens hemsida de framtagna nyckeltalen på ett sätt som är lättillgängligt, transparent och så långt som möjligt jämförbart mellan kommuner
- beskriva och analysera resultaten som framkommer av uppföljningen av nyckeltalen för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling och implementering av eHälsa
- genomföra en fördjupad kartläggning av hur kommunerna arbetar med trygghetslarm, hur de säkerställer att beviljade larm fungerar på ett säkert sätt, om de har påbörjat processen att gå över till digitala trygghetslarm samt när de bedömer att denna process ska vara avslutad.

Denna rapport avser uppföljningen av stimulansbidragen.

Uppdraget att genomföra en fördjupad kartläggning av hur kommunerna arbetar med trygghetslarmen redovisades till regeringen i september 2014 [4]. Vidare lämnades en underlagsrapport till Sveriges Kommuner och Landsting om grundkraven och villkoret den 15 januari 2015.

Redovisningen av nyckeltal för användandet av e-hälsa i kommunerna ska göras senast den 31 maj 2015 och kartläggningen av trygghetslarmen ska redovisas den 30 september 2015.

Genomförande och metod

För att genomföra denna uppföljning har Socialstyrelsen tagit del av länsorganisationernas genomförandeplaner från 2012, projektplaner för 2014, uppdragsbeskrivningar för de regionala e-hälsosamordnarna och kommunernas beslut att påbörja processen att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik” och samtliga projektrapporter. Vidare har Socialstyrelsen intervjuat 18 av 21 regionala samordnare och några andra relevanta aktörer via telefon. Intervjuerna genomfördes under hösten 2014. Myndigheten har också haft återkommande kontakter med SKL för att planera och genomföra datainsamlingen.

Denna rapport har inte till syfte att ge en kvantitativ beskrivning av e-hälsoutvecklingen i kommunerna utan är en redovisning av hur stimulansmedlen använts av länsorganisationerna och kommunerna. I rapporten ges exempel på projekt som genomförts med stöd av stimulansbidragen. I en rapport som lämnas den 31 maj 2015 kommer en mer utförlig redovisning att göras om utvecklingen i kommunerna.

Resultat

Länsorganisationerna har uppfyllt grundkraven

Grundkrav 1 i överenskommelsen löd: "Länet lämnar in en konkret projektplan över vad som ska genomföras inom de målområden som man avser satsa på, i namngivna kommuner, och på vilket sätt detta förväntas bidra till nytta för den enskilde eller möjlighet till effektivisering hos huvudmän och utförare". Socialstyrelsen konkretiserade kravet och begärde att länsorganisationerna i projektplanen skulle ange

- namn på de kommuner som skulle ingå i projektet
- en kortfattad beskrivning av vad som skulle göras
- mål för projektet
- budget.

Grundkrav 2 löd: "Varje kommun i länet visar ett beslut från relevant nämnd eller styrelse om att påbörja processen att etablera konceptet 'trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik' inklusive att övergå till digitala trygghetslarm".

I grundkrav 3 framgick att länet skulle presentera en uppdragsbeskrivning för den regionala samordnaren.

Socialstyrelsen konstaterar att samtliga länsorganisationer och kommuner har uppfyllt grundkraven för att få behålla de fördelade stimulansmedlen. Samtliga länsorganisationer har tagit fram projektplaner över vad man avsåg att genomföra. Samtliga kommuner har tagit fram beslut från socialnämnder, eller andra relevanta nämnder, om att påbörja processen att etablera konceptet "trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik" inklusive att övergå till digitala trygghetslarm. Slutligen har samtliga länsorganisationer tagit fram uppdragsbeskrivningar för de regionala e-hälsosamordnarna och redovisat dessa för Socialstyrelsen.

Länsorganisationerna har uppfyllt villkoret om egenfinansiering

Samtliga länsorganisationer har lämnat in rapporter över de projekt som genomförts. Det har genomförts totalt 191 projekt inom de målområden som angavs i överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Länsorganisationerna har själva definierat projekten och antalet projekt varierar därför mellan länen. I något län har man valt att rapportera alla insatser inom de olika målområdena som ett enda projekt medan andra har redovisat mer detaljerat. Länsorganisationerna och kommunerna har totalt bidragit med 149 678 655 kronor till arbetet. Samtliga länsorganisationer redovisar att de har bidragit med minst samma belopp som de mottagit i stimulansbidrag.

Villkoret om egenfinansiering bedöms därför som uppfyllt för samtliga län. I tabell 1 redovisas stimulansmedlen och egeninsatserna per län.

Tabell 1. Fördelade stimulansmedel och egna insatser per län

Län	Stimulansmedel	Egna insatser	Totalt
Blekinge	995 423	2 634 363	3 629 786
Dalarna	2 419 948	9 328 849	11 748 797
Gotland	283 152	1 280 848	1 564 000
Gävleborg	1 902 964	2 165 036	4 068 000
Halland	1 575 439	12 584 405	14 159 844
Jämtland	1 223 785	4 059 581	5 283 366
Jönköping	2 409 457	7 093 972	9 503 429
Kalmar	1 974 586	6 891 807	8 866 393
Kronoberg/ Södra Småland	1 411 164	2 002 962	3 414 126
Norrbotten	2 228 853	2 632 591	4 861 444
Skåne	7 379 162	35 107 838	42 487 000
Stockholm	9 367 229	12 611 271	21 978 500
Sörmland	1 793 506	1 793 506	3 587 012
Uppsala	1 901 197	1 933 064	3 834 261
Värmland	2 512 486	4 650 000	7 162 486
Västerbotten	2 368 656	2 856 163	5 224 819
Västernorrland	1 483 819	1 975 000	3 458 819
Västmanland	1 838 879	5 940 720	7 779 599
Västra Götaland	10 093 447	14 475 875	24 569 322
Örebro	2 130 191	2 878 136	5 008 327
Östergötland	2 706 659	14 782 668	17 489 327
Summa	60 000 000	149 678 655	209 678 657

Av de totalt närmare 210 miljoner kronor som förbrukats för e-hälsoutveckling inom ramen för satsningen under 2014 avsåg cirka 154 miljoner kronor omkostnader för personal. Omräknat motsvarar detta cirka 308 helårsarbetskrafter.

Fördelning per målområde

I överenskommelsen framgick att stimulansmedlen skulle användas för utvecklingsinsatser inom fyra målområden: e-tjänster, ”trygghet, service, delaktighet i hemmet genom digital teknik”, digitalisering av trygghetslarmen, och att fullfölja införande och användning av den Nationella patientöversikten.

Av länsorganisationernas rapportering från genomförda projekt framgår att kommunerna har lagt mest resurser på ”trygghet, service, delaktighet”. Av de totalt använda projektmedlen om närmare 210 miljoner kronor har 91 miljoner (43 procent) använts i 93 projekt inom detta område. Av dessa medel har cirka 25 miljoner kronor använts i 30 projekt till att utveckla mobiliteten i

vården och omsorgen. Detta innebär utredning om behov av mobil dokumentation och tester av system och utrustning inom hemsjukvård och hemtjänst. Annat som prövats är videokommunikation mellan patienter och hemsjukvården, elektroniska nycklar till brukarnas bostäder i hemtjänsten, medicinsk provtagning i hemmet m.m. Vidare har drygt 12 miljoner kronor använts i 19 projekt för att införa, eller öka användningen av, säker roll- och behörighetsidentifikation.

Länsorganisationerna och kommunerna har vidare använt 26 procent av de totala medlen för att införa digitala trygghetslarm, 16 procent för att utveckla e-tjänster och 12 procent för att införa NPÖ. Att kommunerna lagt så lite medel på att införa och öka användningen av NPÖ hänger troligen samman med att de flesta kommuner redan under 2013 hade infört NPÖ för att kunna läsa andra vårdgivares hälso- och sjukvårdsdokumentation. Däremot avvaktar man med att anpassa sina system för att själva kunna dela med sig av information. Många kommuner bedömer att det är förenat med alltför stora kostnader att ansluta sig till NPÖ för att producera information själva. Inera har annonserat att de kommer att lansera en ny version av NPÖ och många kommuner väljer att avvakta denna.

Tabell 2. Projektmedel fördelade på målområden

	E-tjänster	Trygghet, service, delaktighet	Digitala trygghets- larm	NPÖ
Blekinge	776 436	1 336 050	1 225 050	292 250
Dalarna	800 610	5 037 152	2 400 439	320 766
Gotland	195 000	696 000	538 000	0
Gävleborg	1 057 000	1 851 000	381 000	214 000
Halland	693 550	9 179 700	2 984 000	1 302 594
Jämtland	434 000	2 719 455	1 620 350	509 561
Jönköping	1 255 127	2 049 688	2 753 213	3 445 401
Kalmar	782 716	6 205 690	1 429 573	448 914
Kronoberg/södra Småland	363 762	1 352 506	1 661 197	36 661
Norrbottnen	1 670 619	1 578 575	991 625	620 625
Skåne	3 536 500	23 769 000	12 600 000	2 581 500
Stockholm	1 387 000	6 741 000	8 044 000	3 131 000
Sörmland	163 012	1 200 000	1 164 000	1 060 000
Uppsala	2 649 361	449 000	691 900	44 000
Värmland	1 304 312	2 851 594	1 809 931	1 286 907
Västerbotten	3 132 186	1 502 076	381 763	208 794
Västernorrland	544 663	1 305 000	1 217 156	392 000
Västmanland*	829 500	3 474 891	1 822 320	1 652 888
Västra Götaland	7 704 944	9 288 891	4 318 152	3 257 335
Örebro	1 982 175	2 084 220	180 936	760 996
Östergötland	1 636 600	6 031 965	5 634 362	4 186 400
Summa	32 899 073	90 703 453	53 848 967	25 752 592

Utöver den fördelning mellan målområdena som redovisas i tabell 2 har totalt 1 829 410 kronor använts till övergripande samordningsprojekt som relaterar till alla målområden. Detta motiveras med att samordningen är en av de viktigaste insatserna som länsförbunden kan göra för att påskynda e-hälsoutvecklingen i kommunerna.

E-tjänster

SKL har definierat begreppet e-tjänst på följande sätt:

”En e-tjänst förmedlas elektroniskt. Handläggningen är interaktiv vilket innebär att den sker i någon form av dialog mellan brukare och handläggare. Den är offentligt finansierad och riktas i första hand till socialtjänstens brukare men även till andra invånare, t ex anhöriga som har anledning att ha kontakt med socialtjänsten. Tjänsten kan utföras av såväl kommunala som privata aktörer.”

Det har totalt genomförts 52 projekt med e-tjänster. Detta är förhållandevis många projekt, men totalt har länen förbrukat relativt lite medel inom detta område. Det har alltså genomförts många projekt till låga kostnader.

I flera län (Norrbotten, Västerbotten, Östersund, Västmanland, Skåne, Västra Götaland) har kommunerna upphandlat gemensamma plattformar för hela eller delar av länet. Ytterligare ett antal planerar att upphandla plattformar under 2015. De regionala e-hälsosamordnarna menar att det är viktigt att kommunerna bygger e-tjänsterna på plattformar där man i kommunen eller i hela länet kommit överens om en standard. På så sätt minskar man beroendet av enstaka leverantörer med egna lösningar och kommunen kan själv utveckla e-tjänster som kan fungera tillsammans med andra tjänster.

I några län har kommunerna kartlagt behovet av e-tjänster hos socialtjänstens brukare, anhöriga och allmänheten. Det har gjorts intervjuer, workshoppar och fokusgrupper för att fånga upp behov och önskemål. Projektledare har sammanfattat behov och önskemål och återfört dessa till projektgrupper för vidare planering.

Den allra vanligaste e-tjänsten som har testats och införts är natttillsyn med kamera inom hemtjänsten. Kameratillsynen innebär att hemtjänsten kan utöva tillsyn hos den enskilde utan att behöva göra ett fysiskt besök. Dessa nattliga besök beskrivs av personalen som resurskrävande och de innebär inte sällan att man stör den enskilde, eller dennes närstående, som ligger och sover. Med kameran kan hemtjänsten, eller den upphandlade larmcentralen, göra ett antal förutbestämda tillsynsbesök med hjälp av kamera utan att den enskilde blir störd. Det finns flera system som marknadsförs och används i kommunerna. Kameratillsynen har varit föremål för etiska diskussioner och frågan har varit om det är rätt att utöva tillsyn av enskilda personer med kamera. De som har utvärderat pilotprojekt menar att de enskilda och deras anhöriga har varit nöjda och inte upplever integritetsintrånget större än de fysiska besöken i deras hem nattetid, enligt de regionala e-hälsosamordnarna. Kameratillsynen och gps-larmen väcker också juridiska frågor. Det handlar framför allt om regeringsformens (RF) regler om skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten (2 kap. 6 § andra stycket RF). Lagstiftningen tillåter inte att personer blir föremål för kameratillsyn eller att de utrustas med ett gps-larm om de inte gett sitt medgivande till detta. Det kan

vara svårt att bedöma om en person med nedsatt beslutsförmåga verkligen förstår vad de ger medgivande till. Det finns dock ännu inget refererat avgörande i domstol som gäller kameratillsyn och gps-larm.

Social rådgivning på nätet är en tjänst som har funnits i Malmö under några år. Stockholms stad införde en liknande tjänst under året och flera andra kommuner planerar att införa liknande tjänster. Syftet med denna typ av tjänster är att göra socialtjänsten mer tillgänglig på andra tider än kontorstid och att enskilda ska kunna vända sig till rådgivningstjänsten anonymt och ställa frågor.

Flera projekt har handlat om att utveckla möjligheter för enskilda att ansöka om bistånd på nätet. Det vanligast förekommande är ansökningar om ekonomiskt bistånd, försörjningsstöd. Men kommuner utvecklar också ansökningar om t.ex. hemtjänst och trygghetslarm. De flesta av de digitala ansökningsfunktionerna som finns på kommunernas webbsidor är inte digitala fullt ut. De är inte kopplade till verksamhetssystemet och handläggningen är fortfarande helt manuell. Det pågår dock försöksverksamhet i några kommuner där hela handläggningen från ansökan till biståndsbeslut och genomförandebeslut är elektronisk och kan göras tillgänglig för den enskilde som vill följa sitt ärende via en web-baserad e-tjänst. Det finns minst en leverantör av verksamhetssystem som har integrerat ansökningsmöjligheten på nätet i verksamhetssystemet. Detta innebär att den enskilde kan följa sitt ärende genom en säker inloggning.

Ytterligare en tjänst som utvecklas är videokonferenser för samordnad individuell vårdplanering. Vid dessa planeringssamtal behöver ofta andra aktörer närvara förutom den enskilde, personal från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården.

Visningsmiljöer har byggts upp i några kommuner. I dessa har man möblerat lägenheter för test och visning av funktionella möbler, annan utrustning och digitala lösningar som är funktionella och kan stödja den äldre i vardagslivet. Miljöerna är öppna för allmänheten, brukare, anhöriga och personal inom socialtjänsten.

Andra exempel på e-tjänster som varit under utveckling i kommunerna är

- att utrusta personer med demens med en gps-sändare för att hemtjänsten eller anhöriga lättare ska kunna hitta dem om de går vilse
- videomöte mellan den enskilde och hemtjänsten
- länkdoktor, ett videomöte, assisterat av hemsjukvården, mellan den enskilde och dennes läkare
- webbtjänst för synpunkter och klagomål
- webbtjänster för ekonomiska uppgifter, t.ex. inkomstuppgifter, autogiromedgivande för avgifter inom hemtjänsten m.m.
- intresseanmälan för familjehem.

Det har drivits flera pilotprojekt avseende e-tjänster under året. De regionala e-hälsosamordnarna menar att det har visat sig att det är ett långt steg från ett begränsat pilotprojekt till att införa en tjänst i full skala i en kommun. Några hinder som nämns är att kommunikationsnäten inte alltid har kapacitet för e-tjänsterna och att leverantörerna inte kan leverera produkter och tjänster tillräckligt för ett breddinförande även om kommunen är beredd att finansiera införandet.

Trygghet, service och delaktighet

Ett av grundkraven från överenskommelsen var att kommunerna skulle visa ett beslut från relevant nämnd eller styrelse om att påbörja processen att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. Samtliga kommuner tog fram de efterfrågade besluten under första kvartalet 2014. Därefter har ett mindre antal kommuner tagit fram handlingsplaner för hur de ska arbeta vidare med konceptet. I de flesta län är det en eller några kommuner som har tagit beslut om handlingsplaner. I några län är man fortfarande på planeringsstadiet. Även om de flesta kommuner inte har tagit fram handlingsplaner, så pågår praktiskt arbete i kommunerna, framför allt när det gäller att digitalisera trygghetslarmen och att testa och införa tillsyn med kamera inom äldreomsorgen. De flesta projekt använder kameran för natttillsyn, men det förekommer även att kommuner testat och inför kameratillsyn dagtid, i ordinärt boende och i särskilda boenden. Av projektrapporterna framgår att 11 av 15 projekt inom området trygghet, service och delaktighet har handlat om att testa och införa tillsyn med hjälp av kamera. Flera av dessa projekt har varit regionala, så långt fler kommuner har testat och infört tekniken. Andra exempel på tekniker som har testats är

- videomöten med barn och unga som är placerade i familjehem eller på hem för vård eller boende (HVB) i en annan kommun
- olika typer av sensorer för att övervaka personer med tillsynsbehov
 - sensorstyrd kamerakommunikation (s.k. giraffer)
 - sensorer för medicinpåminnelser
 - fall-larm
 - rörelselarm
 - dörrlarm
 - passivitetslarm
 - positioneringslarm (gps) (Några kommuner har beskrivit denna typ av tjänster som en e-tjänst.)
- videokonferenser vid samordnad individuell vårdplanering
- nyckelfri hemtjänst
- meddelandehantering mellan brukare och verksamheten
- att mäta hälsorelaterade värden på distans inom hälso- och sjukvården.

I ett av länen beskriver projektledaren att de i ett gemensamt projekt också försöker samordna trygghetstjänsterna mellan kommunerna och landstinget för att bättre utnyttja resurserna.

Flera län beskriver att de har hållit regionala och lokala konferenser och seminarier för att höja medvetandet hos personal och beslutsfattare om behovet av digitala tjänster och höja kunskapen om vilka möjligheter som finns. Det har också hållits lokala informationsmöten där brukare, anhöriga och allmänheten har inbjudits. Dessa har getts möjlighet att lämna synpunkter på tekniken och ställa frågor.

Säker roll- och behörighetsidentifikation

En säker roll- och behörighetsidentifikation är en förutsättning för en stor del av de digitala tjänster som tas fram inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Inte minst gäller detta digitala verksamhetssystem och mobila lös-

ningar för dokumentation och åtkomst av dokumentation. Den vanligaste lösningen i kommunerna för att tillhandahålla en säker roll- och behörighetsidentifikation för personalen är de så kallade SITHS-korten (Säker IT för Hälso- och Sjukvården). Ett SITHS-kort innehåller en personlig legitimation och ett tjänstecertifikat. Kortet kan även kompletteras med ett certifikat som är anpassat efter lokala förhållanden och det kan användas för inloggning till datorer och it-baserade system. En mindre vanlig lösning är att personalen använder en personlig e-legitimation utan kort för att logga in i kommunens verksamhetssystem.

Utgivning och administration av SITHS-kort och uppdatering av HSA-katalogen sköts i flera län av landstingen som gör detta också för kommunerna. I andra län sköter kommunerna själva utgivning och administration av SITHS-korten och HSA-katalogen. (HSA är en elektronisk katalog som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i Sveriges kommuner, landsting och privata vårdgivare. Informationen i HSA används av olika tjänster och utgör ett underlag för behörighetsstyrning, olika säkerhetslösningar samt för sök- och jämförelsetjänster.)

Samtliga län rapporterar att det pågår en utveckling för att öka användningen av säker roll- och behörighetsidentifikation. I de län där den legitimerade personalen inte har SITHS-kort är målet att fler ska få det. I de flesta län pågår ett arbete med att också utrusta socialtjänstens personal med säker roll- och behörighetsidentifikation. Som en bieffekt av satsningen utrustar man också i några län personal inom andra verksamheter med SITHS-kort, t.ex. personal inom skolhälsovården. Det pågår i flera län kartläggningar, anpassning av verksamhetssystemen och utveckling av strukturer och rutiner för att få till en säker användning av korten. Det pågår också ett arbete hos leverantörerna av verksamhetssystem att anpassa dessa för säker inloggning.

Det faktum att kvalitetsregistren infört krav på säker inloggning har inneburit att kommunerna har utrustat fler medarbetare med SITHS-kort.

Flera länsorganisationer har tagit initiativ till att inrätta regionala stödstrukturer för kommunerna och landstingen för att utveckla och säkra informationssäkerheten. Detta innebär bl.a. att kommunerna och landstingen ansluter sig till den nationella identitets- och behörighetsfederationen Sambi (Samverkan för behörighet och identitet inom hälsa, vård och omsorg). Detta är en identitets- och behörighetsfederation som ger en gemensam nationell lösning för säker åtkomst till information och tjänster inom vård och omsorg. Sambi är ett samarbete mellan eHälsomyndigheten, CeHis (Centrum för eHälsa i samverkan) och .se (Stiftelsen för Internetinfrastruktur). Federationen minskar behovet av en omfattande administration i varje kommun och ger en bättre säkerhet.

Mobilitet

Det har pågått 31 projekt i 19 län under 2014 som har haft anknytning till mobilitet. De regionala e-hälsosamordnarna bekräftar att det under 2014 pågått relativt många pilot- eller testprojekt för mobila lösningar. Det finns en stor efterfrågan på mobila lösningar inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Mobiliteten har dock tekniska problem på olika sätt. Såväl regionala e-hälsosamordnare som projektledarna menar att leverantörerna inte kan erbjuda lösningar som är kompatibla med verksam-

hetssystemen som används i kommunerna. Bland annat erbjuder inte alla leverantörer säkra anslutningar till verksamhetssystemen via de mobila enheterna.

Det faktum att kommunerna har olika verksamhetssystem har gjort det svårt att driva regionala projekt för mobila lösningar. De flesta mobilitetsprojekt har varit lokala och har letts av kommunerna själva.

De projekt som har pågått har inneburit inventeringar och kartläggningar av behov inom hemsjukvård och socialtjänst och kartläggningar av vilka tekniska lösningar som står till buds. Man har också genomfört pilotprojekt för att testa tekniken i mindre skala. I några kommuner har man infört mobil dokumentation och åtkomst till dokumentation i ordinarie drift.

En av de kommuner som infört mobil dokumentation i ordinarie drift har analyserat förtjänsterna med att personalen kan dokumentera och ha tillgång till socialtjänstdokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation mobilt. De menar att vinsterna med mobil dokumentation och åtkomst sammanfattningsvis är effektivitet, bättre kvalitet, brukarna blir mer delaktiga samt att dokumentationen och insatserna blir säkrare om de görs i direkt eller i nära anslutning till besöket.

Nationella patientöversikten (NPÖ)

De flesta kommunerna är anslutna till NPÖ för att kunna ta del av andra vårdgivares sjukvårdsdokumentation. Däremot används inte NPÖ i den omfattning som är möjlig. En förklaring som de regionala e-hälsosamordnarna ger till detta är att NPÖ inte levererar all den information som kommunerna efterfrågar. Vidare beskrivs svarstiderna som långa och att systemet har tekniska problem och stängs ner nu och då. En annan förklaring som ges från några län är att personalen kan ha svårt att släppa gamla sätt att arbeta. Istället för att använda NPÖ ringer man till vårdgivaren eller begär uppgifter via fax.

Ett mindre antal kommuner har anslutningar som medger att de delar med sig av information till andra vårdgivare. Hos flertalet kommuner finns dock en tveksamhet till att göra sådana anslutningar eftersom kostnaderna upplevs alltför stora. Inera som äger systemet har annonserat att de kommer att lansera en ny version av NPÖ i september 2015 och många kommuner väljer att avvakta denna för att undvika eventuella dubbla anslutningsavgifter.

Av projektrapporterna framgår att länsorganisationerna och kommunerna har drivit projekt i huvudsak inom tre områden:

- att införa möjligheter att ta del av information i NPÖ
- att öka användningen av NPÖ
- att förbereda och införa möjligheter att dela information i NPÖ.

Ta del av information

I en majoritet av länen hade kommunerna redan före 2014 möjlighet att ta del av andra vårdgivares hälso- och sjukvårdsdokumentation i NPÖ. Under 2014 har framför allt kommunerna i storstadslänen varit aktiva att ansluta sig till NPÖ. I andra län har enstaka kommuner som tidigare inte varit anslutna genomfört projekt för att ansluta sig till NPÖ.

Öka användningen av NPÖ

En majoritet av projekten har innehållit aktiviteter för att öka användningen av NPÖ hos hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna. Projekten har kartlagt användningen genom att ta del av Ineras användarstatistik och genom enkäter och intervjuer med berörd personal. Man har genom kontakter med användare identifierat hinder för att använda NPÖ i det dagliga arbetet. För att öka användningen av NPÖ har projekten arrangerat informationsinsatser, utbildningar och nätverksmöten. Dessa insatser har riktats till den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen. Några län redovisar att användningen av NPÖ har ökat markant under året, dock från mycket låga tal.

Dela information

Före 2014 var det ett län där samtliga kommuner var anslutna till NPÖ som producenter, Blekinge. I andra län var det endast ett fåtal kommuner som var anslutna som producenter.

Närmare hälften av projekten har handlat om att planera för och införa möjligheter att dela med sig av hälso- och sjukvårdsdokumentation. Dessa projekt har genomfört kartläggningar och studier av förutsättningarna för och behoven av att införa NPÖ-produktion. En del kommuner har tagit ett steg till och förberett verksamhetssystemet och organisationen för att kunna koppla information till NPÖ. De flesta verksamhetssystem som används i kommunerna är inte anpassade för att kunna leverera information till NPÖ och dessa behöver därför anpassas. Det har också gjorts pilotstudier som en förberedelse för ett införande och i något eller några enskilda fall har kommunen infört möjligheten att dela hälso- och sjukvårdsdokumentation i ordinarie drift.

Digitala trygghetslarm

De regionala e-hälsosamordnarna menar att det har varit en stor aktivitet i kommunerna under 2014. Många kommuner har digitaliserat sina trygghetslarm och andra har planerat och är på gång med upphandlingar av trygghetstjänster. En bidragande orsak till detta är enligt länssamordnarna den mediauppmärksamhet som var under våren 2014.

SKL Kommentus Inköpscentral (SKI) tecknade ett ramavtal 2012 med tre leverantörer. Det är 250 kommuner som har avropsrätt från ramavtalet, och t.o.m. januari 2015 hade 110 kommuner valt att avropa från detta. Övergången till digitala trygghetslarm har försenats i flera kommuner eftersom en av de leverantörer som Kommentus har tecknat ramavtal med inte har kunnat leverera system enligt specifikationerna i avtalet. Ramavtalet förlängdes den 25 februari 2015 men det företag som inte kunde leverera enligt avtalet fick inte förlänga. De vände sig då till förvaltningsrätten och yrkade att det förlängda avtalet med endast två av leverantörerna skulle ogiltigförklaras. Förvaltningsrätten gav det klagande företaget rätt men beslutade att förlängningen får bestå på grund av tvingande hänsyn till allmänintresse. Rätten menade att det skulle kunna innebära en risk avseende liv och hälsa för dem som har behov av trygghetslarm om ramavtalet inte får bestå. SKI har under mars påbörjat en process för att ta fram ett nytt ramavtal som beräknas vara klart i november 2015. Detta innebär dock att det nu bara finns ett företag som enligt ramavtalet kan leverera hela larmlösningar till kommunerna i landet. Det

andra företaget som kvarstår kan bara leverera larmutrustningen till den enskilde.

Leverantörerna av trygghetslarm har breddat sitt utbud och säljer också andra tjänster i anslutning till trygghetslarmen. Detta handlar om olika larm via sensorer (s.k. passiva larm) och tillsyn via kamera. Många kommuner har testat dessa system under 2014 och flera har infört natttillsyn via kamera i ordinarie drift. Detta beskrivs närmare under rubriken Trygghet, service och delaktighet ovan.

Flera e-hälsosamordnare menar att utvecklingen skulle kunna gå fortare. Att digitalisera trygghetslarmen är dock tekniskt komplicerat och kräver en ordentlig kartläggning. Inte minst behöver kommunerna försäkra sig om att det finns täckning via bredband eller mobilt nät. Vidare har många kommuner långa avtal, vilket förhindrar att man byter system och leverantör innan avtalen löper ut.

Av projektrapporterna framgår att det har pågått 27 projekt med att införa digitala trygghetslarm länen. Projekten har i de flesta fall drivits av länsorganisationerna och till stor del handlat om stöd till kommunerna för att införa digitala trygghetslarm. Länsorganisationerna har själva gjort eller ibland beställt kartläggningar och förstudier som en grund för kommunernas beslut om upphandling och införande. I ett par län har länsorganisationerna utrett möjligheterna att starta egna regionala larmcentraler (Gävleborg och Västerbotten). Andra projekt har handlat om att ta fram kravspecifikationer för upphandlingar och på andra sätt hjälpa till vid upphandling i kommuner där man inte hade några digitala larm sedan tidigare och i kommuner där man skulle öka antalet digitala larm. Länsorganisationerna har i vissa län hjälpt till med att ta fram ledningssystem för processen kring trygghetslarm. Exempel på andra aktiviteter under året har varit att

- etablera och driva regionala nätverk för kommunrepresentanter med ansvar för trygghetslarmen
- identifiera och utse projektledare för lokala genomförandeprojekt
- ta fram lokala ledningssystem, rutiner och riktlinjer för att hantera de digitala trygghetslarmen
- genomföra konferenser och utbildningar för personal, chefer och politiker i kommunerna.

Hur privata verksamheter har involverats i utvecklingsarbetet

I regeringens överenskommelse framgick att enskilda utförare ska ges möjlighet att delta i nätverk och aktiviteter. Av 176 granskade projektrapporter redovisades i 80 (45 %) att privata verksamheter hade involverats i utvecklingsarbetet. Det fanns en stor variation i hur projekten har valt att involvera privata verksamheter. Privata verksamheter har varit direkt involverade eller deltagit i arbetet i 33 projekt (41 %), de har fått information i 16 projekt (20 %) och har bjudits in till olika aktiviteter i 20 projekt (25 %). I sex projekt (8 %) har man inte kunnat specificera på vilket sätt de privata aktörerna hade involverats. Privata verksamheter deltog exempelvis i utbildningar och informationsträffar och bjöds in till dialog med övrig verksamhet. Från några

projekt har rapporterats att privata verksamheter hade bjudits in, men att dessa valde att inte delta i gemensamma arrangemang som regionen, länen, kommunen bjöd in till. Dessutom har fem av projekten involverat privata aktörer som leverantörer av material och tekniska lösningar (6 %).

I 96 av 176 granskade rapporter har inte privata verksamheter involverats. Förklaringarna till detta var framför allt att kommunerna saknar privata utförare (26 %) eller att det inte har varit aktuellt just nu (11 %).

Det fanns variationer mellan länen. I tre län har privata verksamheter inte involverats i något av projekten. I övriga län har privata verksamheter i någon mån involverats.

Diskussion

Socialstyrelsen konstaterar stimulansmedlen har inneburit att engagemanget i kommunerna har höjts under 2014 när det gäller att utveckla digitala välfärdstjänster och e-hälsa. Samtliga kommuner har deltagit i regionala utvecklingsprojekt eller drivit egna. Kommunerna har totalt bidragit med närmare 150 miljoner kronor utöver de 60 miljoner som de mottagit i stimulansbidrag. Tilläggas bör att dessa medel som regel inte är ”nya” pengar, utan det handlar om att kommunerna har rapporterat tid som befintlig personal har lagt ner på utvecklingsarbete inom ramen för satsningen. Det finns inga redovisningar av hur stor del av denna redovisade tid som ändå skulle ha använts för liknande arbete. Inte heller finns redovisat om det finns undanträngningseffekter, dvs. om arbetsuppgifter, och i så fall vilka, har prioriterats ned i kommunerna till förmån för utvecklingsarbetet.

De flesta projekt har handlat om trygghet, service och delaktighet i enlighet med överenskommelsen för 2014. Här ingår att berörda medarbetare i socialtjänsten och hemsjukvården ska ha tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation som ger dem möjlighet att dokumentera mobilt och att komma åt information på ett enkelt sätt. Det ingår även att införa mobil dokumentation i socialtjänsten, så att hemtjänstens och hemsjukvårdens medarbetare kan dokumentera på plats hemma hos brukarna och även komma åt relevant information där genom surfplattor, mobiltelefoner eller andra tekniska hjälpmedel. Det har pågått aktiviteter för att utveckla digitala välfärdstjänster i hemmet, att utveckla mobila arbetssätt och ge personal i den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten tillgång till en säker roll- och behörighetsidentifikation. Däremot är det ganska få kommuner som har tagit fram långsiktiga planer för finansiering, organisation och samverkan inom e-hälsoområdet. Det är också få kommuner som har redovisat att de låtit göra egna kostnadsnyttokalkyler för digitala välfärdstjänster. Få kommuner visar alltså att man är medveten om vilka effektivitetsvinster man kan göra inom vården och omsorgen. Att göra denna typ av analyser kan framför allt ses som en uppgift för statliga myndigheter, universitet och högskolor. Socialstyrelsen konstaterar att det därför finns ett behov av samarbete mellan kommuner, statliga myndigheter och forskningsenheter för att utvecklingen inte ska stanna vid pilotprojekt utan kunna omsättas i den dagliga driften i vård och omsorg. I en rapport från Myndigheten för delaktighet (MFD) 2014 [5] visas på erfarenheter från hela Norden. Slutsatserna i rapporten är att investeringarna i ny teknik ofta är relativt modesta trots att huvudmännen och samhället kan göra stora besparingar på digitala välfärdstjänster.

En viktig effekt av satsningen har varit att kommuner har börjat samverka. Man har mötts i regionala nätverk, dels generella för hela e-hälsoområdet, dels för de olika insatserna – trygghetslarm, NPÖ osv. I flera regioner har också landstinget tagit en viktig plats i gemensamma styrgrupper och nätverk. Det finns idag viktiga samarbetsområden för landstingen och kommunerna, inte minst när det gäller NPÖ. I flera län förs också diskussioner om och försök med samarbete mellan landsting och kommuner kring mobila tjänster. Med en gemensam plattform kan landstinget t.ex. erbjuda medi-

cinska tester på distans samtidigt som kommunen har digitala hemtjänstinsatser via samma plattform.

Etiska och juridiska aspekter

Kameratillsynen och gps-larmen har varit föremål för etiska diskussioner och frågan har varit om det är rätt att övervaka enskilda personer med kamera eller att utrusta dem med en gps-sändare som gör det möjligt för vårdgivare eller anhöriga att övervaka var den enskilde befinner sig.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) lämnade en rapport den 19 februari 2015 där man hade behandlat frågor om etiska aspekter på robotar och övervakning i vården av äldre [6]. Med övervakningsteknik menar man både kameror för tillsyn i den enskildes hem och gps-sändare som den enskilde ska bära på sig. I rapporten framfördes några argument för och emot att använda av robotar och övervakningsteknik. Dessa sammanfattades i följande listor, för och emot.

Argument som kan anföras för:

- *Hälsorobotar och övervakningsteknik i vården av äldre kan främja individens livskvalitet, integritet och självbestämmande.*
- *Hälsorobotar och övervakningsteknik kan leda till förhöjd vårdkvalitet inom hälso- och sjukvården samt socialtjänstens omsorg.*
- *Hälsorobotar och övervakningsteknik kan effektivisera hälso- och sjukvårdsverksamheten/socialtjänstens omsorg så att resurser kan användas bättre.*
- *Hälsorobotar kan förbättra personalens arbetsmiljö genom att t.ex. slitsamma och tunga arbetsuppgifter kan undvikas.*
- *Övervakning med GPS kan förhindra att den äldre skadar sig för det fall han eller hon går vilse.*
- *Övervakning kan innebära en trygghet för anhöriga.*

Argument som kan anföras mot:

- *Hälsorobotar och övervakning kan innebära en försämring av den äldres livskvalitet och ett oproportionerligt intrång i dennes integritet.*
- *Att ersätta vårdpersonal med hälsorobotar, kamera eller GPS-sändare kan innebära att den äldres sociala stimulans minskar och att behov av trygghet och mänsklig kontakt inte tillgodoses.*
- *Hälsorobotar och övervakning kan medföra att god vård samt omsorg av god kvalitet inte kan ges.*
- *Att köpa in hälsorobotar till en verksamhet kan innebära stora ekonomiska kostnader och därmed att andra insatser måste prioriteras bort.*

Smer menar vidare att när det gäller personer med nedsatt beslutskompetens är det viktigt ”att vårdpersonalen är särskilt noggrann med hur information ges, att det säkerställs att den enskilde förstått informationen, att extra lyhördhet visas och att stöd ges för att möjliggöra ett ställningstagande, innan en robot introduceras i vården”.

Socialstyrelsen instämmer i Smers bedömning att det är viktigt att övervakning – eller tillsyn med hjälp av kameror eller gps-larm åtföljs av nog-

granna etiska överväganden i synnerhet när det gäller personer med nedsatt beslutskompetens.

I intervjuer med de regionala e-hälsosamordnarna framkommer att det gjorts lokala utvärderingar av de enskildas upplevelser av kameratillsyn. Dessa visar att de enskilda inte upplever integritetsintrånget större än de fysiska besöken i deras hem nattetid. Socialstyrelsen konstaterar att det behöver göras ytterligare utvärderingar av de enskildas upplevelser när det gäller funktionaliteten och integriteten och där resultaten kan generaliseras på en nationell nivå.

Kameratillsynen och gps-larmen väcker också juridiska frågor. Det gäller framförallt regeringsformens (RF) regler om skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten (2 kap. 6 § andra stycket RF) men även de krav som följer av socialtjänstlagstiftningen. Det finns ännu inget refererat avgörande i domstol som ger ledning för hur denna bestämmelse i RF ska tolkas när det gäller kameratillsyn och gps-larm. Socialstyrelsen gjorde under 2014 en rättsutredning om övervakning inom socialtjänsten [7]. Rättsutredningen redogör bl.a. för det skydd mot övervakning som tillkommer var och en enligt regeringsformen (RF) och de grundläggande krav på verksamheten som följer av lagstiftningen som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I rättsutredningen konstateras bl.a. att verksamheter som styrs av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Detta innebär att frivillighet för den enskilde är utgångspunkten för alla insatser. Insatserna enligt dessa lagstiftningar kan sägas grunda sig på samtycke från den enskilde. Det finns dock inte definierat i lagstiftningen eller i de förarbeten som denna grundas på vad som krävs för att ett samtycke ska vara giltigt eller vilka former av samtycken som kan accepteras i olika situationer.

Det går emellertid att hitta uttalanden i andra förarbeten, t.ex. Ds 2003:47, som ger uttryck för att det i regel krävs ett uttryckligt samtycke för insatser enligt SoL, men att ett s.k. presumerat samtycke under vissa förhållanden kan godtas. Det framhålls dock att det i lagstiftningen inte har klarlagts under vilka förhållanden ett presumerat samtycke får användas.

Framgångsfaktorer och hinder

I intervjuer med de regionala e-hälsosamordnarna och i projektrapporter har det kommit fram tendenser som Socialstyrelsen här presenterar som framgångsfaktorer respektive hinder för en positiv utveckling av e-hälsoområdet i kommunerna.

Framgångsfaktorer

- Strukturen med regional samordning och regionala samordnare har varit gynnsam för utvecklingen i kommunerna. De regionala samordnarna har inbjudit till regionala nätverk med representanter från kommunerna. Nätverken har bidragit till erfarenhetsutbyte och att kommunerna gemensamt har byggt upp kunskap inom området och har i flera län lett till att kommuner har inlett gemensamma utvecklingsprojekt.

- Det nationella stödet från SKL med exempelvis en gemensam ramupphandling från Kommentus för trygghetslarm, vägledning och andra stöddokument har varit ett stöd för kommunerna. SKL har också inbjudit till ett nationellt nätverk för regionala e-hälsosamordnare, vilket har upplevts som ett viktigt stöd till regionerna.
- I de kommuner där det finns kunskap och engagemang från politiker och chefer har utvecklingsarbetet varit mer framgångsrikt.
- I kommuner där både verksamheterna och it-avdelningarna haft ett engagemang i utvecklingsarbetet har man nått längre i utvecklingen.
- De statliga stimulansmedlen har inneburit en viktig stimulans för kommunerna att komma igång med utvecklingsarbetet.

Hinder

- Det kan vara svårt för framför allt mindre kommuner att upprätthålla kompetens inom e-hälsoområdet. Ofta har samma personer ansvar för flera områden och det är svårt att fördjupa sig i de nya och ibland komplicerade frågor som rör e-hälsa. Detta gäller både chefer och medarbetare.
- Reglerna för upphandling kan ibland upplevas som ett hinder för utveckling.
- Långa avtal kan göra att kommunerna inte kan byta leverantörer och teknik på kort sikt om nya krav uppkommer under avtalsperioden.
- Det finns geografiska skillnader i tillgången på mobil- och fibernät vilket kan göra det svårt att gå över till digital kommunikation för trygghetslarm och mobila enheter i vissa regioner och kommuner.
- Leverantörer kan inte alltid ta fram säkra lösningar till mobila anslutningar till verksamhetssystem och nationella system.
- Bristen på standarder gör att leverantörer erbjuder lokala lösningar som inte är kompatibla med andra tjänster.
- Trots att många kommuner har engagerat sig i utvecklingsprojekt och har avsatt personella resurser finns en risk att utvecklingen bromsas upp p.g.a. att satsningen upphör och den ekonomiska stimulansen uteblir.

Slutsatser

Resultaten från Socialstyrelsens uppföljning tyder på att satsningen har varit viktig för e-hälsoutvecklingen i kommunerna. De regionala samordnarna menar att stimulansmedlen har inneburit att utvecklingsinsatser har kommit igång eller tidigarelagts. Det är däremot svårt att bedöma hur stor betydelse satsningen haft och vad som skulle ha skett om stimulansmedlen inte hade ställts till förfogande. Det finns naturligtvis andra faktorer i samhället som driver på den tekniska utvecklingen inom alla områden. Det finns företag som specifikt utvecklar och säljer hjälpmedel och digitala välfärdstjänster för äldre och personer med funktionsnedsättningar. Vidare har kommuner behov att effektivisera och utveckla omsorgen och inte minst pågår en utveckling där gammal teknik håller på att fasas ut. Detta är särskilt tydligt när det gäller de analoga, trådburna telefonledningarna. Inom en snar framtid kommer det inte att finnas analoga telelinjer och kommunerna tvingas att välja en ny och digital teknik för trygghetslarmen. Medias bevakning av trygghetslarmen

under 2014 har också enligt de regionala e-hälsosamordnarna inneburit att många kommuner har blivit mer medvetna om behovet att byta ut gamla analoga trygghetslarm mot digitala.

Utvecklingen i kommunerna har kommit igång från ofta låga nivåer. Det regionala och nationella samordningsstödet har varit viktigt för utvecklingen. I flera regioner har man valt att behålla de regionala e-hälsosamordnarna eftersom kommunerna betraktar dessa som nyckelfunktioner i ett fortsatt utvecklingsarbete medan man i andra regioner har valt att inte prioritera dessa tjänster.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns behov av fortsatt stöd från staten för att utveckla e-hälsoarbetet i kommunerna. Uppföljningarna av de senaste två årens arbete inom ramen för överenskommelsen om evidensbaserat arbetssätt i socialtjänsten har visat att det i kommunerna finns behov utveckling av kunskap och kompetens inom flera områden, t.ex. det juridiska ramverket, etiska förhållningssätt och inte minst tekniken. Andra områden där staten behöver vara fortsatt aktiv är utbyggnaden av infrastruktur för kommunikation, bredband via fiber och mobila nät. Det finns vidare behov av vetenskapliga studier om kostnader och nytta för olika typer av digitala välfärdstjänster. Avslutningsvis kan kostateras att det också finns behov av att följa utvecklingen av de digitala välfärdstjänsterna och bedöma i vilken mån staten behöver anpassa regelverket som har bäring på vården och omsorgen.

Referenser

1. Socialdepartementet. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2012.
2. Socialdepartementet. Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2013.
3. Socialdepartementet. Uppdrag angående uppföljning av eHälsa och trygghetslarm i kommunerna 2014:
4. Socialstyrelsen. Trygghetslarm i kommunerna - en kartläggning. 2014.
5. delaktighet, Mf. Samhällsekonomiska nordiska studier inom området välfärdsteknologi. 2014.
6. Statens medicinsk-etiska råd. Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter. 2015.
7. Socialstyrelsen. Övervakning inom socialtjänsten och den kommunala hemsjukvården. 2015.