

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2026

Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-5-10265

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2026

Förord

Regeringen har sedan 2014 årligen gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Det här är elfte gången som vi avrapporterar detta uppdrag. Rapporten spänner över äldreomsorg, insatser till personer med funktionsnedsättning, individ- och familjeomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Den visar utvecklingen över tid och jämför verksamhetsområden.

Projektet har letts av utredaren Sundiata Owens. I arbetsgruppen har utredare Peter Annerbäck och statistikern Segen Mekonnen ingått. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Socialstyrelsen riktar ett särskilt tack till de kommuner som har bidragit till rapporten genom att besvara enkäten, delta i intervjuer och ingå i referensgrupper. Rapporten med enkätresultat publiceras på Socialstyrelsens hemsida.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Utveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik 2026	6
Kommunernas arbete med AI 2026	7
Kommunernas syn på nya socialtjänstlagens inverkan på digitalisering ..	8
Framgångsfaktorer och hinder	9
Bakgrund.....	10
Uppdraget	10
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik.....	10
Metod och genomförande.....	11
Välfärdsteknik och e-hälsa	14
Vanligt förekommande välfärdsteknik	14
Fler rapporterade personer med digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater	21
Fler kommuner ger stöd för att minska digitalt utanförskap	23
Digitalt stöd för personal fortsätter öka	24
Automatisering i socialtjänsten	29
Styrning och kvalitetsledning	30
Liten förändring av styrdokument	30
Förändringar i innehållet av kvalitetsledningssystem.....	31
Användning av ICF	33
Användning av KSI	35
Användandet av AI i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.....	36
Nästan hälften av kommunerna använder AI och en majoritet ingår i någon form av samarbete	37
Utbildning i AI riktas främst till chefer – och formella styrdokument saknas i många kommuner	38
Kommunerna satsar på AI i ledningsfunktioner och stödprocesser – men planerar att bredda till kärnverksamheten	40
Kunskapsinhämtning, anteckningsstöd och textbehandling är de vanligaste AI-stöden	42
Kommunernas främsta syfte med att införa AI är att effektivisera verksamheten	44
Kommunerna väljer AI-stöd på olika sätt	45

AI har hittills haft begränsad inverkan på hur kommunerna organiserar sitt arbete	47
Kommunerna ser många hinder för AI – men har också svårt att bedöma dem	48
Kommunerna har olika förutsättningar för AI	50
Kommunerna upplever positiva effekter av AI – men har svårt att bedöma nyttan för brukarna	52
Organisatoriska förutsättningar för AI	54
Kommunernas syn på nya socialtjänstlagens inverkan på digitalisering och välfärdsteknik.....	56
Kommunerna räknar med att den nya socialtjänstlagen ökar behovet av digitala lösningar – men få har analyserat vad det innebär	56
Kommunerna inför digitala lösningar till följd av den nya socialtjänstlagen – men arbetet är i ett tidigt skede	59
Behov av systemanpassningar och målgrupper för förebyggande digitala insatser	60
Risker för digitalt utanförskap i samband med den nya socialtjänstlagen	63
Välfärdsteknik utan behovsbedömning – en ny verklighet för kommunerna	64
Diskussion	68
Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik 2026	68
AI och nya socialtjänstlagen	69
Referenser.....	75
Bilaga 1 Svarefrekvens	77
Bilaga 2 Kommunernas driftsformer	78
Bilaga 3 Kvalitetsdeklaration	79
E-hälsa	79
Bilaga 4 ICF och KSI.....	88
Bilaga 5 Kvalitetskontroll och stickprov.....	91

Sammanfattning

Utveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik 2026

Årets uppföljning visar att kommunernas digitala utveckling fortsätter att gå framåt, med tydliga ökningar inom digitalt stöd till personal, välfärdsteknik och AI. Nedan lyfts de viktigaste resultaten fram.

Digitalt stöd till personalen ökar

Digitalt stöd till personalen blir allt vanligare inom samtliga verksamhetsområden. Fler har möjlighet att dokumentera mobilt, särskilt inom arbetsmarknadsinsatser. Digitala planeringsverktyg blir också vanligare, särskilt i särskilda boendeformer för äldre och i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder och digitala medicinskåp är fortsatt mycket vanliga inom kommunal hälso- och sjukvård.

Skillnader i utbudet av välfärdsteknik

Det finns stora skillnader i utbudet av välfärdsteknik, både mellan olika kommuner och inom en och samma kommun. Generellt sett är tillgången betydligt större inom äldreomsorgen än inom funktionshinderområdet. Flera tekniker såsom digitala lås och digitala inköp har stora skillnader, 30 respektive 43 procentenheter. Flera tekniker används allt mer inom särskilda boendeformer, särskilt digital tillsyn nattetid, digital tillsyn dagtid och digitalt stöd för dagliga aktiviteter. Det är också fler som erbjuder läkemedelsautomater och digitala lås till enskilda personers bostäder, medan användningen av digital kommunikation mellan brukare och deras närstående minskar inom samtliga verksamhetsområden.

Fler rapporterade användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater

Kommunerna rapporterar att fler personer än tidigare har digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater. Trots ökningen är det många kommuner som rapporterar få användare.

Övriga resultat i korthet

Detta är några övriga resultat från årets uppföljning:

- Trenden från 2021 håller i sig: De större kommunerna har kommit längre i sin digitala utveckling än de mindre kommunerna, men det finns områden där skillnaderna minskar.
- Färre kommuner än tidigare har styrdokument för e-hälsa och välfärdsteknik, medan fler kommuner har ett kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik.
- De allra flesta kommuner erbjuder någon form av stöd till enskilda personer för att minska det digitala utanförskapet. Nivån har varit stabilt hög sedan 2023.
- Kommunernas användning av klassifikationssystem är på samma nivå som tidigare. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) används i hög grad inom äldreomsorg och funktionshinder men betydligt mindre inom övriga verksamhetsområden. Användningen av Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) har inte ökat sedan 2019.

Kommunernas arbete med AI 2026

Årets enkät innehöll för första gången ett brett frågebatteri om kommunernas arbete med artificiell intelligens (AI) inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Resultaten visar att sektorn börjar använda AI-verktyg, och fortfarande finns stora variationer i mognad och systematik.

Nästan hälften av kommunerna använder eller testar AI

Knappt 50 procent av kommunerna testar eller har infört AI-baserade lösningar inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, och drygt 30 procent planerar att införa AI-lösningar inom tolv månader. Resten har inga sådana planer. En majoritet av kommunerna samarbetar med andra kommuner eller regioner i AI-frågor, framför allt i form av nätverk och gemensamma projekt. De vanligaste AI-stöden handlar om kunskapsinhämtning (till exempel ChatGPT och Copilot), anteckningsstöd och textbehandling.

Effektivisering och dokumentation är primära syften

AI-verktyg används främst för att effektivisera administrativa arbetsuppgifter och förbättra dokumentationen. Syftet är att minska den administrativa bördan så att mer tid kan läggas på mötet med brukare och patienter. Få kommuner har ännu använt AI närmare kärnverksamheten, men en majoritet planerar att i nästa steg rikta AI mot äldreomsorg, individ- och familjeomsorg och handläggning av ärenden som rör socialtjänstlagen.

AI-användningen har hittills haft begränsad inverkan på kommunernas organisation, men förändrade arbetsflöden och nya specialroller förekommer.

Bristande kompetens inom juridik och informationssäkerhet utgör de tydligaste hindren

Bristande kompetens kring dataskydd och informationssäkerhet bedöms som det mest påtagliga hindret för AI-användning. Kommunerna vittnar om osäkerhet kring dataskyddsförordningen GDPR, EU:s AI-förordning och Cloud Act (en amerikansk lag som ger myndigheter rätt att komma åt data lagrad av amerikanska företag, oavsett var datan finns). Den juridiska kompetensen bedöms också vara svag, mer än hälften av kommunerna anser att de har för låg juridisk kompetens när det gäller AI.

Många kommuner saknar formella ramar för AI

Många kommuner saknar ännu formella ramar: 35 procent har etiska riktlinjer för AI, 21 procent har en formell AI-plan och 34 procent har en central funktion för AI-frågor. Uppföljningen av AI-stöd är ännu eftersatt, och kommunerna har svårt att bedöma AI-stödets effekter för brukare och patienter.

Kommunernas syn på nya socialtjänstlagens inverkan på digitalisering

Den nya socialtjänstlagen betonar förebyggande insatser och ökad tillgänglighet, och kommunerna tror att den kommer att snabba på digitaliseringen. Ännu har de dock inte hunnit särskilt långt med att analysera och anpassa sig till lagens krav.

Kommunerna räknar med ökat behov av digitala lösningar

Kommunerna bedömer genomgående att den nya socialtjänstlagen kommer att öka behovet av digitala lösningar. Behovet bedöms vara störst när det gäller mer lättillgängliga insatser, följt av bättre kommunikation med anhöriga och allmänheten samt mer stöd till det förebyggande arbetet. Det är dock bara en fjärdedel av kommunerna som gjort en strukturerad och dokumenterad analys av hur lagen påverkar deras digitaliseringsarbete. Många har fortfarande inga planer på en sådan analys.

Välfärdsteknik utan behovsbedömning – en ny verklighet för kommunerna

Sex av tio kommuner bedömer att de kommer att erbjuda fler välfärdstekniker utan föregående behovsbedömning, som en följd av den nya socialtjänstlagens krav. Trygghetslarm toppar listan, följt av digitala stöd för social samvaro och delaktighet och tränings- och rehabiliteringslösningar. Övergången till mer tillgängliga insatser ställer nya krav på kommunernas organisation, finansiering och uppföljning.

Risker för digitalt utanförskap identifieras av en majoritet

Drygt hälften av kommunerna ser risk för ökat digitalt utanförskap på grund av den snabba digitaliseringen. De grupper som bedöms vara mest utsatta är äldre personer, personer med funktionsnedsättning, personer i ekonomisk utsatthet och nyanlända. Kommunerna understryker att digitala lösningar alltid måste kombineras med fungerande analoga alternativ.

Framgångsfaktorer och hinder

Fler kommuner behöver utforma styrdokument och arbeta strukturerat med att införa välfärdsteknik, inklusive uppföljning. Det ökar chansen för goda resultat när det gäller att införa välfärdsteknik i olika verksamheter. Socialstyrelsen bedömer att kommunerna behöver mer nationellt stöd inom båda områdena, framför allt mindre kommuner. Vi har gjort samma bedömning de tre senaste åren.

Framgångsrikt arbete med AI handlar sällan om tekniken i sig, utan om de organisatoriska och mänskliga förutsättningarna runt den. De kommuner som kommit längst lyfter fram att de

- utgått från faktiska behov
- tagit vara på engagemang hos medarbetare och chefer
- haft en tydlig struktur och planering.

Även för arbetet med AI behövs mer nationellt stöd, särskilt vad gäller juridisk vägledning, etiska riktlinjer och metoder för att följa upp AI-stödets effekter för brukare och patienter.

Bakgrund

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2025 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta utveckla nyckeltal för användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna samt följa upp och redovisa resultaten på vår webbplats. Vi ska även beskriva och analysera resultaten av uppföljningen för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik. I uppdraget ingår också att, i dialog med E-hälsomyndigheten, undersöka om den årliga uppföljningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna bör genomföras på ett annat sätt, för att mer effektivt möta respektive myndighets ansvarsområde. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 29 maj 2026.

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

År 2016 tog Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet, SKL (numera Sveriges Kommuner och Regioner, SKR), Famna och Vårdföretagarna gemensamt fram en beskrivning av begreppet *e-hälsa*. Den baseras på Världshälsoorganisationens beskrivning och lyder: ”Hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. E-hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa.”

Socialstyrelsen publicerade 2015 denna definition av termen *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.” En närliggande term är *hjälpmedel för det dagliga livet*. Svårigheter kring termen välfärdsteknik gjorde att Socialstyrelsen 2019 publicerade ett meddelandeblad om regler för välfärdsteknik utifrån olika lagrum [1]. I det framgår att användningen av välfärdsteknik har samma utgångspunkter som övriga insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En välfärdsteknisk produkt kan vara ett hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och en insats enligt socialtjänstlagen (SoL). Vilken lagstiftning som tillämpas beror på vilken insats personen väljer att ansöka om eller vilken huvudman som erbjuder tekniken. I den här rapporten använder vi enbart begreppet välfärdsteknik/teknik, även när tekniken har förskrivits enligt HSL.

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

År 2013 utarbetade Socialstyrelsen ett antal nyckeltal för att följa utvecklingen för e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Representanter för SKL och regionala e-hälsosamordnare från Kalmar län, Östergötlands län och Norrbottens län deltog i det initiala arbetet med att utveckla nyckeltalen. Även Digitaliseringskommissionen konsulterades. Efter det har vi justerat nyckeltalen för att de bättre ska beskriva utvecklingen inom området. Teknik som köps av enskilda på konsumentmarknaden ingår inte i uppföljningen.

Enkätundersökning

Utifrån nyckeltalen har Socialstyrelsen utformat enkätfrågor som ställs till landets kommuner i en enkät som har skickats ut varje år sedan 2013. Enkätfrågorna har setts över löpande och nya frågor har tillkommit. Årets enkät skickades ut till samtliga kommuner den 13 februari och stängdes den 20 mars 2026. Totalt besvarade 255 kommuner (88 procent) enkäten. Mer information om enkäten finns i bilaga 1.

Referensgrupper

Två externa referensgrupper deltog i arbetet med att utarbeta enkäten från kommunerna. De består av SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten och SKR:s Kompetenscenter välfärdsteknik.

Presentation av siffror

Socialstyrelsen har valt att använda andelstal i denna rapport för att presentera de resultat som kan jämföras med tidigare års undersökningar, det vill säga procentandel av kommunerna som ger ett visst svar.

Svarsfrekvensen skiljer sig dock åt mellan åren, vilket är viktigt att uppmärksamma i tolkningen av resultaten.

Enkäten skiljer på välfärdsteknik som är införd och välfärdsteknik som är i pilot- och testverksamhet. I resultatredovisningen presenterar Socialstyrelsen dock det samlade.

Innan enkätresultatet redovisas vill Socialstyrelsen uppmärksamma att stickprov, tidigare år, har visat att små upp- och nedgångar i utvecklingen för välfärdsteknik kan bero på felsvar eller att olika respondenter har besvarat enkäten och tolkat frågan på olika sätt mellan åren, vilket riskerar att inte spegla faktiska förändringar i verksamheten [3]. Generellt bör man alltså inte lägga för stor vikt vid förändringar på några enstaka procentenheter, medan större förändringar visar på trender i utvecklingen.

Vidare ska rapporterade antalsuppgifter tolkas med stor försiktighet då det återkommande finns brister i rapporterade data.

Välfärdsteknik i socialtjänsten

I enkäten handlar frågorna om vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig inom socialtjänsten. Här ingår välfärdsteknik som beviljas enligt SoL,¹ som ges individuellt som en del av verkställigheten av en insats eller som införts på annat sätt i socialtjänstverksamheten. Där ingår exempelvis även teknik i boenden eller dagverksamheter som inte beviljats en enskild person, men som är allmänt tillgängliga i verksamheterna. Frågorna gäller inte teknik som förskrivs med stöd av HSL.

Välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård

I enkäten efterfrågas vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig i den kommunala hälso- och sjukvården. Frågorna gäller välfärdsteknik som kommunen erbjuder patienten genom förskrivning enligt HSL eller på annat sätt ger till patienten i kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Frågorna gäller inte teknik som beviljas med stöd av SoL.

En skillnad har gjorts i år där även kommuner i region Stockholm har fått frågor om kommunal hälso- och sjukvård då det visat sig att dessa kommuner har teknik inom dessa områden.² Därför är inte frågorna helt jämförbara med tidigare år.

Så är rapporten upplagd

Socialstyrelsen redovisar uppföljningens resultat i fyra kapitel:

- Det första kapitel redogör för utvecklingen inom välfärdsteknik och e-hälsa. Här redovisar vi även kommunernas arbete med digitalt stöd till personal, med automatisering och med stöd för att minska digitalt utanförskap.
- Det andra kapitlet handlar om kommunernas arbete med styrning och ledning och nya socialtjänstlagen. Här tar vi även upp kommunernas arbete med klassifikationer.
- Det tredje kapitlet handlar om kommunernas arbete med AI och nya socialtjänstlagen.

¹ Beviljas med biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) eller med ett förenklat beslut enligt 4 kap. 2a SoL.

² Hemsjukvården i Region Stockholm är inte ett kommunalt ansvar, till skillnad från i landets övriga kommuner – inklusive Norrtälje kommun, som är ett undantag inom regionen. I Region Stockholm behåller regionen ansvaret för hemsjukvården, medan Norrtälje som enda kommun i regionen följer samma modell som resten av Sverige.

- Det fjärde kapitlet är en diskussion, där vi redovisar slutsatserna utifrån årets resultat.

Välfärdsteknik och e-hälsa

I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen kommunernas utveckling när det gäller välfärdsteknik, e-hälsa och digitalisering inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Här redovisas även hur kommunerna ger stöd för att minska digitalt utanförskap och deras arbete med automatisering.

Vanligt förekommande välfärdsteknik

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för individen. Tekniken kan användas av personen själv, en anhörig, personal eller någon annan i personens närhet.

Här följer exempel på välfärdsteknik som många kommunerna använder:

- Tillsyn med digital teknik. Digital tillsyn, natt eller dag, innebär att en trygghetskamera, värmekamera eller annan välfärdsteknik placeras i personens hem, genom vilken larmcentral eller annan personal kan ha uppsikt över hen. Omsorgsgivaren eller larmcentralen måste aktivt starta tekniken för att utföra tillsynen.
- Passivt larm eller sensor³. Ett passivt larm kan bestå av en sensor som finns i personens bostad, till exempel i form av larmmattor, dörlarm, avvikelserlarm eller andra sensorer som registrerar rörelser. Personen kan också bära ett passivt larm på kroppen, till exempel för att registrera fall.
- Gps-larm. Ett gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm) sänder koordinater till larmcentral, annan personal eller någon anhörig för att göra det möjligt att söka efter en person som har gått vilse eller som har larmat i eller utanför den egna bostaden. Vissa gps-larm uppmärksammar personalen på att personen rör sig utanför ett i förväg definierat område, så kallad geo-fencing.
- Läkemedelsautomat.⁴ En läkemedelsautomat (läkemedelsförmedlare, läkemedelsrobot) påminner patienten när det är dags att ta medicin, fördelar medicin och signalerar eventuella avvikelser till vårdgivaren.

Äldre som bor i ordinärt boende

Välfärdsteknik är i dag ett etablerat inslag i äldreomsorgen. En majoritet av kommunerna erbjuder flera typer av tekniker till äldre som bor i ordinärt boende, se tabell 1. Över tid har andelen ökat, men jämfört med 2025 ses inga stora förändringar.

³ I resultatredovisningen benämns passiva larm eller sensorer enbart som passiva larm.

⁴ Under 2021–2023 kallade Socialstyrelsen den här tekniken ”läkemedelsfördelare”. Sedan 2024 kallas tekniken ”läkemedelsautomat”, men det är samma teknik som avses, med samma definition i enkäten.

Den största ökningen mellan 2025 och 2026 gäller andelen kommuner som erbjuder tillsyn dagtid med digital teknik, från 29 till 38 procent. Även digitala lås till enskildas bostäder har ökat tydligt, från 88 till 94 procent.

Tabell 1. Andel kommuner som erbjuder olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende, i procent, 2021–2026*.

Typ av välfärdsteknik	2021 (n = 285)	2022 (n = 288)	2023 (n = 290)	2024 (n = 263)	2025 (n = 263)	2026 (n = 255)
Natttillsyn med digital teknik	76	78	78	80	82	86
Tillsyn dagtid med digital teknik	33	31	27	27	29	38
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	62	62	62	61	61	60
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	78	80	77	77	75	72
Brandlarm kopplat till trygghetslarmet**	–	22	21	26	29	26
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	80	81	83	81	80	76
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	82	79	74	77	74	69
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	34	37	38	44	43	41
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd	27	27	26	35	37	38
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)	37	42	53	59	65	67
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående***	–	–	–	37	29	33
Digitala lås till enskildas bostäder	75	81	85	86	88	94

*Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

**Frågan ställdes inte i 2021 års enkät.

*** Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

Personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende

För personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende ses mestadels mindre förändringar jämfört med 2025, se tabell 2. Mönstret liknar utvecklingen för äldre i ordinärt boende, med övervägande små förskjutningar mellan åren. Den enda tydliga förändringen gäller digitala lås till enskildas bostäder. Andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 45 till 51 procent.

Tabell 2. Andel kommuner som erbjuder olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende, i procent, 2021–2026*.

Typ av välfärdsteknik	2021 (n = 285)	2022 (n = 288)	2023 (n = 290)	2024 (n = 263)	2025 (n = 263)	2026 (n = 255)
Natttillsyn med digital teknik	47	43	27	31	29	34
Tillsyn dagtid med digital teknik	23	20	13	12	12	16
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	46	45	35	38	34	33
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	67	72	64	66	65	62
Brandlarm kopplat till trygghetslarmet**	–	19	18	22	24	22
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	71	76	77	79	77	74
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	76	78	72	77	72	69
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	32	33	34	42	41	40
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd	42	37	39	52	56	58

Typ av välfärdsteknik	2021 (n = 285)	2022 (n = 288)	2023 (n = 290)	2024 (n = 263)	2025 (n = 263)	2026 (n = 255)
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)	24	24	32	31	35	37
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående***	-	-	-	39	32	31
Digitala lås till enskildas bostäder	34	40	38	42	45	51

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Frågan ställdes inte i 2021 års enkät.

*** Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

Särskilda boendeformer för äldre

Användningen av välfärdsteknik inom särskilda boendeformer för äldre har utvecklats på liknande sätt som för personer i ordinärt boende, se tabell 3.

Andelen kommuner med natttillsyn med digital teknik har ökat sedan 2025, från 51 till 59 procent, liksom andelen med tillsyn dagtid med digital teknik, från 33 till 41 procent. Det är också fler som erbjuder digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd, med en ökning från 51 till 58 procent av kommunerna.

Samtidigt har andelen som erbjuder digital teknik för kommunikation mellan äldre och deras närstående minskat från 49 till 43 procent, vilket innebär en fortsatt nedgång för denna teknik.

Tabell 3. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, i procent, 2021–2026*.

Typ av välfärdsteknik	2021 (n = 285)	2022 (n = 282)	2023 (n = 283)	2024 (n = 256)	2025 (n = 256)	2026 (n = 255)
Natttillsyn med digital teknik	44	50	48	52	51	59
Tillsyn dagtid med digital teknik	28	32	31	32	33	41
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	61	61	66	67	69	64
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	92	95	98	99	100	99

Typ av välfärdsteknik	2021 (n = 285)	2022 (n = 282)	2023 (n = 283)	2024 (n = 256)	2025 (n = 256)	2026 (n = 255)
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	74	75	75	76	75	70
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	78	72	69	74	69	64
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	42	49	58	77	77	73
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd	30	27	27	52	51	58
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)**	-	-	11	13	17	13
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående***	-	-	-	60	49	43
Digitala lås till enskildas bostäder	54	65	64	68	73	78

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Frågan ställdes inte i 2021–2022 års enkäter.

*** Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

Stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning

Utvecklingen inom stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning är fortsatt ojämn; för vissa tekniker är läget relativt stabilt medan andra minskar, se tabell 4.

Resultaten visar en tydlig minskning för samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen än inför utskrivning från slutenvård. Andelen kommuner som erbjuder denna teknik har sjunkit från 71 procent 2025 till 64 procent 2026.

Tabell 4. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, i procent, 2021–2026*.

Typ av välfärdsteknik	2021 (n = 285)	2022 (n = 281)	2023 (n = 287)	2024 (n = 260)	2025 (n = 262)	2026 (n = 255)
Natttillsyn med digital teknik	27	29	22	23	25	27
Tillsyn dagtid med digital teknik	15	16	10	11	13	16
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	38	40	34	39	38	36
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	73	78	76	82	81	80
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	69	70	74	76	73	71
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	73	70	70	75	71	64
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	39	38	44	65	57	58
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd	46	43	53	70	74	77
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)**	-	-	25	29	32	28
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående***	-	-	-	50	40	37
Digitala lås till enskildas bostäder	15	25	23	28	32	34

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Frågan ställdes inte 2021–2022 års enkäter.

*** Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

Välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård

I den kommunala hälso- och sjukvården är utvecklingen delvis densamma som inom socialtjänsten, se tabell 5⁵. Läkemedelsautomater är fortsatt en av de mest spridda teknikerna i den kommunala hälso- och sjukvården, och det är fortfarande en betydande andel kommuner som använder dem i test- eller pilotverksamhet.

Tabell 5. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, i procent, 2021–2026*.

Typ av välfärdsteknik	2021 (n = 258)	2022 (n = 259)	2023 (n = 261)	2024 (n = 237/ 258)***	2025 (n = 238/ 257)***	2026 (n = 255, ****253)
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	52	52	38	40	40	37
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	75	73	59	62	59	54
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	33	42	44	54	52	54
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd**	–	26	36	47	51	47
Läkemedelsautomat (läkemedelsfordelare, läkemedelsrobot) som tillhandahålls av kommunen**	29	38	42	51	62	67***
Inkontinenssensorer*	17	23	21	20	19	15***
Annan medicinteknisk utrustning, till exempel för monitorering**	10	16	18	24	25	19***

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Frågan ställdes inte i 2021 års enkät

*** Under 2024 och 2025 så ställdes inte frågan bara till Norrtälje kommun i region Stockholm.

⁵ Hemsjukvården i Region Stockholm är inte ett kommunalt ansvar, till skillnad från i landets övriga kommuner – inklusive Norrtälje kommun, som är ett undantag inom regionen. I Region Stockholm behåller regionen ansvaret för hemsjukvården, medan Norrtälje som enda kommun i regionen följer samma modell som resten av Sverige.

**** Frågan ställdes även till kommuner i region Stockholm 2026 och är därför inte jämförbar med tidigare år.

Stora skillnader mellan olika verksamhetsområden

Användning av välfärdsteknik är överlag betydligt vanligare inom äldreomsorgen än i funktionshindersverksamheten, och i vissa fall är andelen kommuner dubbelt så hög (se tabell 1–4). Vissa skillnader kan förklaras av målgruppernas olika behov och förutsättningar samt skillnader i verksamheternas utformning. Andra skillnader kan vara svårare att motivera och undersöktes i intervjuer i samband med 2024 års enkät [2]. Intervjuerna visade att kommunernas val av målgrupper ofta är arbiträrt och inte baseras på undersökta behov.

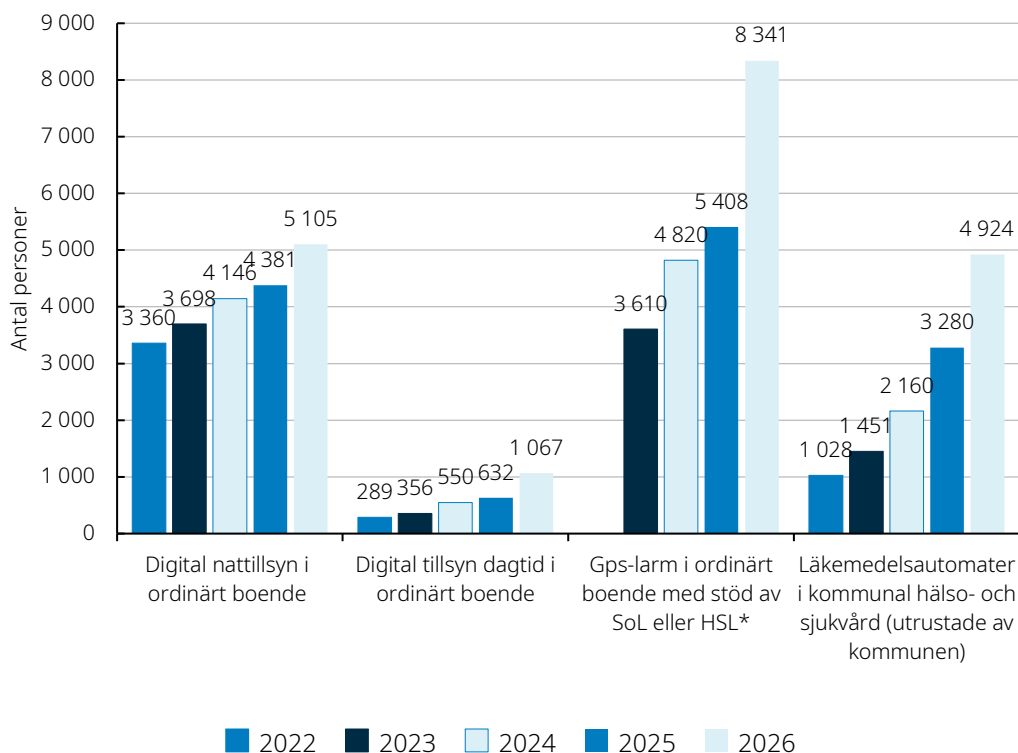
Fler rapporterade personer med digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater

Kommunerna fick ange hur många personer som har tillsyn med digital teknik, gps-larm och läkemedelsautomater. Resultatet visar ett ökat antal rapporterade användare inom samtliga av dessa tekniker. Två saker är viktiga i tolkningen av resultatet:

1. Stickprov har visat att flera kommuner angett felaktiga uppgifter, för antingen 2026 eller tidigare år.⁶ Trots denna osäkerhet har Socialstyrelsen valt att fortsätta samla in antalsuppgifter eftersom det ger ett intressant kunskapsunderlag om användningen av välfärdsteknik i landet.
2. Svarsfrekvensen är lägre 2026 (88 procent) än 2024 och 2025 (93 procent) och 2023 (100 procent).

⁶ För mer information se bilaga 6.

Figur 1. Antal personer med digital tillsyn och gps-larm i ordinärt boende samt antal personer med läkemedelsautomater i kommunal hälso- och sjukvård, 2022–2026.



*2022 ingick endast gps-larm som beviljats enligt SoL.

År 2026 var det 5 105 personer i ordinärt boende som hade digital natttillsyn i form av kamera, fjärrtillsyn, värmekamera eller annan teknik. Det är en ökning med 724 personer (17 procent) jämfört med 2025. Den ökningen är därmed större än förändringarna mellan 2023 och 2024 respektive 2024 och 2025.

Sedan 2024 har Socialstyrelsen bett kommunerna att redovisa antalet brukare med digital natttillsyn uppdelat på äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Resultatet för 2026 visar att 4 974 personer hade digital natttillsyn i ordinärt boende inom äldreomsorgen, jämfört med 4 278 personer under 2025. Inom funktionsnedsättningsområdet hade 131 personer digital natttillsyn i ordinärt boende, jämfört med 103 personer under 2025. Personer med funktionsnedsättning utgör alltså bara cirka 3 procent av det rapporterade totala antalet brukare som använder tekniken i ordinärt boende, vilket ligger i linje med resultatet från 2024 och 2025. Endast 37 kommuner anger att de har någon brukare med digital natttillsyn inom funktionsnedsättningsområdet.

Betydligt färre personer har digital tillsyn dagtid än nattetid. År 2026 hade 1 067 personer i ordinärt boende digital tillsyn dagtid, vilket är en ökning med

435 personer (69 procent) jämfört med 2025. Ökningen är större än mellan 2024 och 2025.

Figur 1 visar även antalet personer med läkemedelsautomater i den kommunala hälso- och sjukvården. År 2026 hade 4 924 personer en sådan automat, vilket var en ökning med 1 644 personer (50 procent) jämfört med 2025. Antalet individer med läkemedelsautomater har därmed ökat med 3 473 personer sedan 2023.

År 2026 hade 8 341 personer i ordinärt boende ett gps-larm med stöd av SoL eller HSL. Detta är en ökning med 2 933 personer (54 procent) jämfört med 2025.

Fler kommuner ger stöd för att minska digitalt utanförskap

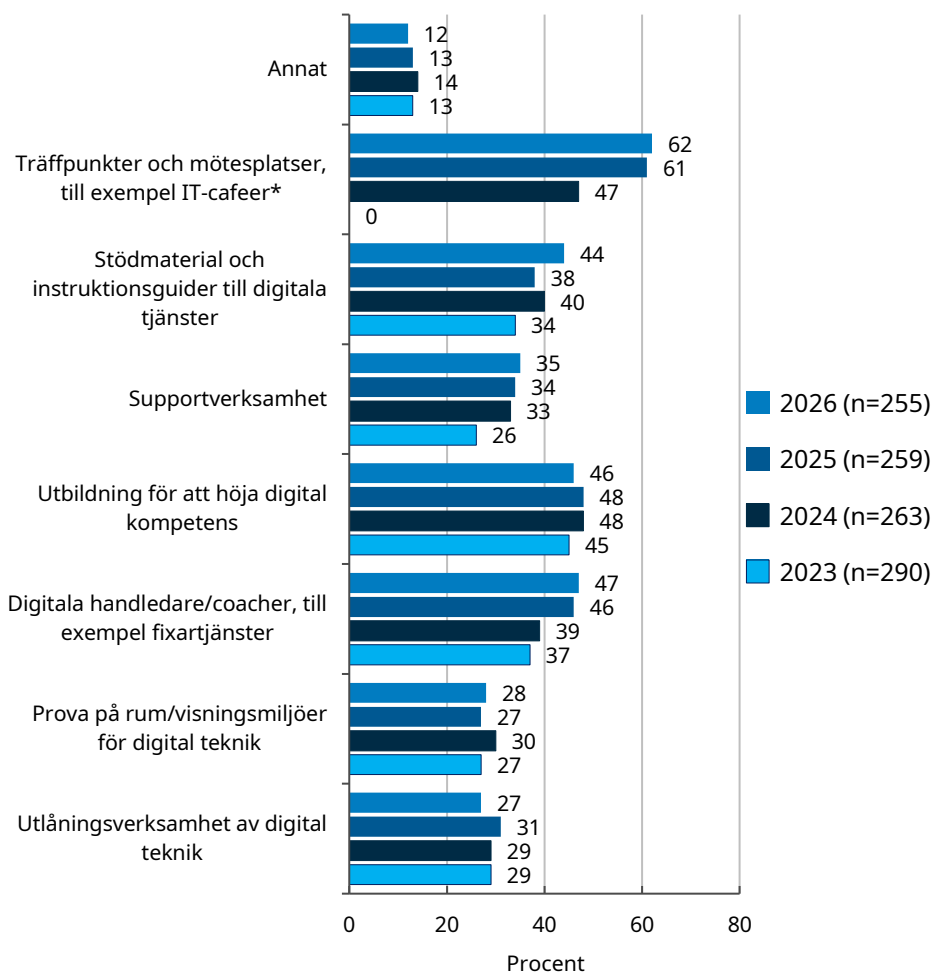
Totalt 86 procent av kommunerna anger att de erbjuder stöd till enskilda personer för att minska det digitala utanförskapet.

Träffpunkter och mötesplatser är en av de vanligaste typerna av stöd (62 procent av kommunerna), tillsammans med utbildning för att höja digital kompetens (46 procent), se figur 6. Även digitala handledare eller coacher, till exempel fixartjänster, är relativt vanliga och erbjuds av 47 procent av kommunerna. Det är också vanligt med stödmaterial och instruktionsguider till digitala tjänster (44 procent), supportverksamhet (35 procent) och utlåning digital teknik (27 procent). En mindre andel kommuner uppger att de inte erbjuder något stöd inom detta område (14 procent).

Frågan ställs sedan 2023. I samband med 2024 års undersökning förtydligade Socialstyrelsen att stödet kan erbjudas via kommunens bibliotek, samt lade till svarsalternativet ”träffpunkter och mötesplatser, till exempel it-kaféer” som var vanligt förekommande i fritextsvaren 2023.

Figur 2. Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda för att minska digitalt utanförskap, i procent, 2023–2026.

Flera svar kunde anges.



*Svarsalternativet fanns inte 2023

Digitalt stöd för personal fortsätter öka

Det här avsnittet handlar om kommunernas arbete med digitalt stöd riktat till personal. Flera av de typer av välfärdsteknik som används kan dock också underlätta för personalen, exempelvis digitala lås, digital tillsyn och läkemedelsautomater.

Mobil dokumentation ökar inom samtliga områden

Personal som besöker personer i hemmet kan behöva dokumentera besöket i kommunens digitala verksamhetssystem eller i något annat system som

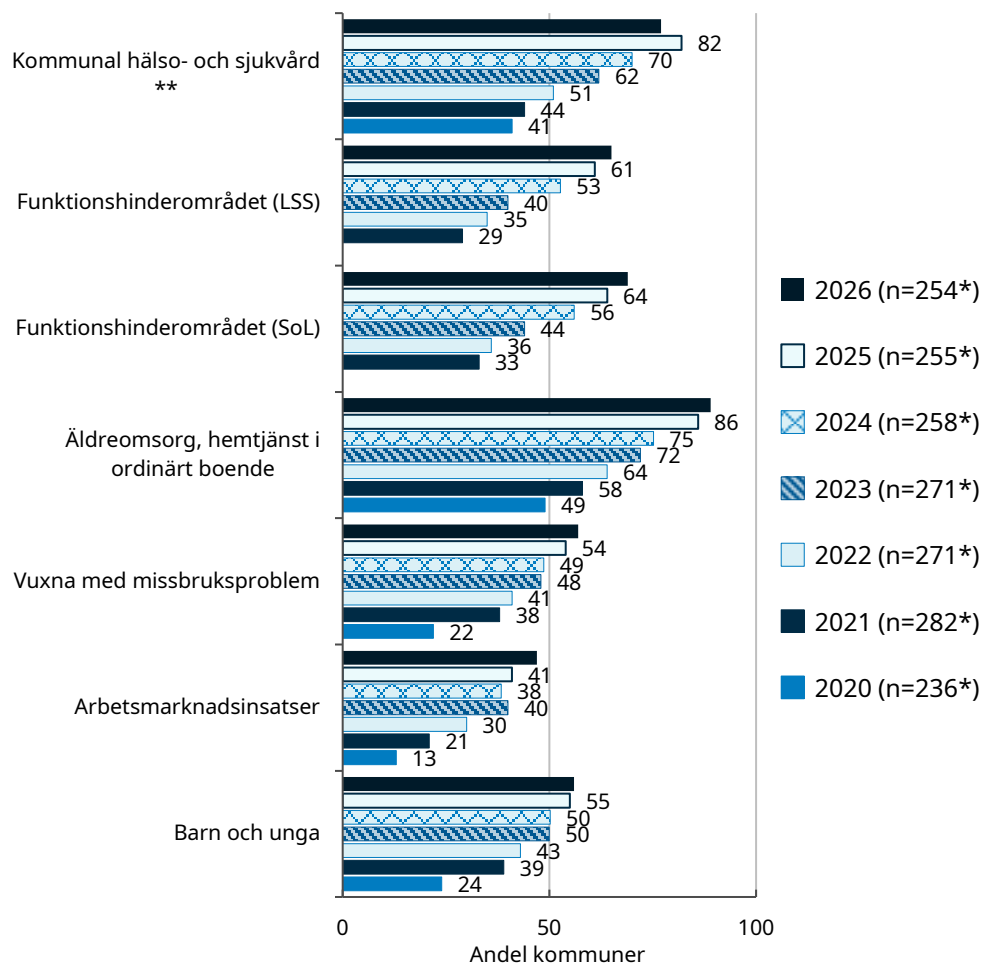
behandlar personuppgifter. För att dokumentera mobilt finns olika lösningar, till exempel smarta mobiler, surfplattor och bärbara datorer.

Tillgången till mobil dokumentation har ökat, men det är fortfarande många kommuner som inte erbjuder sådan utrustning. Tabell 6 visar att omkring en tredjedel inte erbjuder möjlighet till mobil dokumentation inom områdena barn och unga, arbetsmarknadsinsatser och vuxna med missbruksproblem.

Skillnaden mellan 2025 och 2026 är överlag ganska liten, men inom arbetsmarknadsinsatser anger 47 procent av kommunerna att all mobil personal har tillgång till utrustning för mobil dokumentation. Det är en ökning med 6 procentenheter från förra året, se figur 7.

Skillnaderna mellan verksamhetsområden är fortfarande stora. I de flesta kommuner har all personal inom hemtjänst i ordinärt boende tillgång till mobil dokumentation när det gäller äldreomsorgen och funktionshinderområdet (SoL och LSS), liksom all personal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg är bilden mer splittrad: I en relativt hög andel kommuner kan personal dokumentera mobilt, men det finns också en betydande andel kommuner där ingen personal kan göra det.

Figur 3. Andel kommuner där all mobil personal har tillgång till utrustning för mobil dokumentation i kommunens digitala verksamhetssystem, eller annat digitalt system där personuppgifter behandlas, i procent, 2020–2026.



* Andel beräknas utifrån antal kommuner som har mobil personal inom området. Antal svarande kommuner varierar beroende på verksamhetsområde.

** Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i ordinärt boende.

Tabell 6. Andel kommuner där mobil personal har tillgång till utrustning för mobil dokumentation i kommunens digitala verksamhetssystem, eller annat digitalt system där personuppgifter behandlas, i procent, 2026.

Verksamhet	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Mer än hälften	Alla	Saknar mobil personal inom området	Antal svar
Barn och unga	32	2	1	2	56	8	254

Verksamhet	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Mer än hälften	Alla	Saknar mobil personal inom området	Antal svar
Arbetsmarknadsinsatser	33	2	1	3	47	16	254
Vuxna med missbruksproblem	29	3	1	1	57	9	254
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	6	1	0	3	89	1	254
Funktionshinderområdet (SoL)	15	5	2	5	69	4	254
Funktionshinderområdet (LSS)	19	4	2	5	65	6	254
Kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal)	16	3	0	2	77	2	254

Ökad tillgång till digitala planeringsverktyg och digital signering

En rad digitala arbetsverktyg har fått spridning i kommunerna, till exempel appar för planering. Med dem kan personalen lägga schema för sitt arbete, registrera besök och göra anteckningar om besöken hos brukarna.

Användningen av digitala planeringsverktyg fortsätter att öka, särskilt inom boendeformer nivån tidigare varit låg, se tabell 7. Den tydligaste ökningen gäller särskilda boendeformer för äldre, där andelen kommuner med digitala planeringsverktyg har ökat med 10 procentenheter sedan 2025. Även inom stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning syns en markant ökning, med 8 procentenheter. För ordinärt boende för äldre och personer med funktionsnedsättning ses små förändringar, men nivåerna var sedan tidigare höga.

Tabell 7. Andel kommuner som har digitala planeringsverktyg i socialtjänsten, uppdelat per verksamhetsområde, i procent, 2021-2026.

Verksamhet	2021 (n = 285*)	2022 (n = 288*)	2023 (n = 290*)	2024 (n = 263*)	2025 (n = 263*)	2026 (n = 255*)
Ordinärt boende, äldre**	-	91	96	96	96	99
Ordinärt boende, personer med funktionsnedsättning	50	51	53	54	57	61
Särskilda boendeformer, äldre**	-	40	43	50	49	59
Stöd- och serviceboenden, personer med funktionsnedsättning**	-	32	39	43	48	56

* Antal svarande kommuner skiljer sig åt mellan verksamhetsområden utifrån om kommunen har överlåtit all verksamhet inom området till annan juridisk person.

** Frågan ställdes inte i 2021 års enkät.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ligger det digitala stödet till personalen kvar på ungefär samma nivå som 2025, se tabell 9. Många kommuner har digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder samt digitala medicinskåp och planeringsverktyg. Det är också relativt vanligt med digitalt stöd för utredning och behandling, till exempel sårvårdsappar, skattningskalkor och beslutsstöd, men utan några större förändringar mellan 2025 och 2026.

Tabell 8. Andel kommuner som har digitalt stöd till personal inom kommunal hälso- och sjukvård, i procent, 2021-2026.**

Typ av teknik	2021 (n = 258)	2022 (n = 259)	2023 (n = 282)	2024 (n = 258)	2025 (n = 257)	2026 (n = 254)
Digitala planeringsverktyg	51	58	57	59	59	64
Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, till exempel läkemedelssignering	57	68	80	85	90	92
Digitala medicinskåp	59	75	82	85	91	89
Digitalt stöd för utredning och behandling, till exempel sårvårdsappar, skattningskalkor och beslutsstöd*	-	-	-	56	65	60

* Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter

** Frågan ställdes även till kommuner i Region Stockholm 2026 och är därför inte fullständigt jämförbar med tidigare år.

Automatisering i socialtjänsten

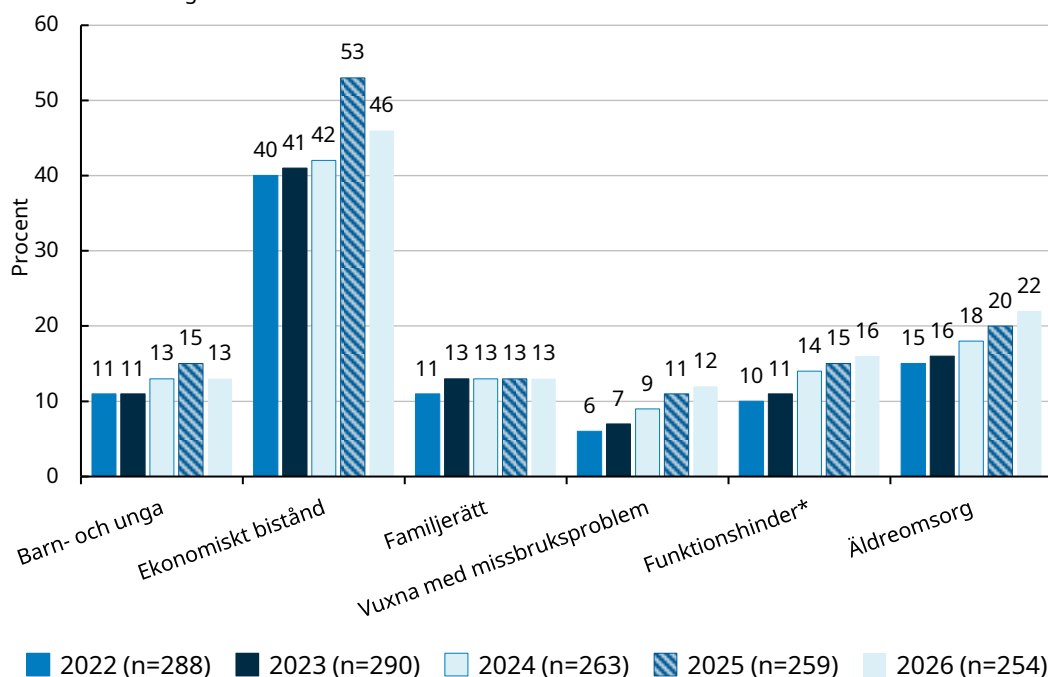
Den tekniska utvecklingen gör att många handlägningsprocesser och administrativa processer i socialtjänsten kan automatiseras. Det gäller exempelvis hanteringen av ansökningar om ekonomiskt bistånd, färdtjänst och trygghetslarm och hanteringen av avgifter, fakturor, löner och utbetalningar.

Figur 4 visar att automatisering är vanligast inom området ekonomiskt bistånd, men efter flera års ökning har andelen kommuner med minst en automatiserad process inom ekonomiskt bistånd minskat, från 53 procent 2025 till 46 procent 2026. Inom övriga verksamhetsområden ligger andelen i stort sett kvar på samma nivåer som föregående år.

För ekonomiskt bistånd är det vanligt att både handlägningsprocesser och administrativa processer omfattas av automatiseringen.

Figur 4. Andel kommuner med minst en automatiserad process, inom antingen handläggning eller administration, i procent, 2022–2026.

Fler svar kunde anges.



*SoL och/eller LSS

Andelen kommuner som har en automatiserad beslutsfunktion ligger kvar på 10 procent under 2026. Sådan handläggning kan exempelvis gälla ansökningar om ekonomiskt bistånd och trygghetslarm.

Styrning och kvalitetsledning

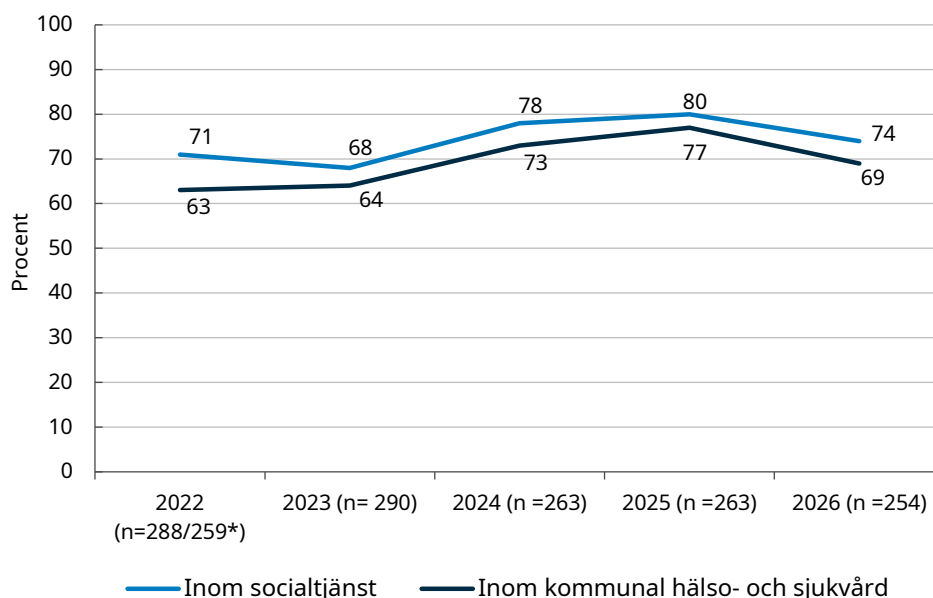
Det här kapitlet handlar om kommunernas arbete med styrning, kvalitetsledning och klassifikationssystem.

Liten förändring av styrdokument

I enkäten får kommunerna ange om de har styrdokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, exempelvis en verksamhetsplan, handlingsplan, strategi eller policy. Socialstyrelsen har tidigare identifierat styrdokument som en viktig aspekt i arbetet med att införa och förvalta välfärdsteknik, eftersom de förankrar arbetet i hela organisationen [3].

Andelen kommuner som har styrdokument inom området har minskat jämfört med 2025, efter flera års ökning, se figur 5. Inom socialtjänsten har andelen minskat med 6 procentenheter, från 80 till 74 procent. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är minskningen 8 procentenheter, från 77 till 69 procent. Trots nedgången har en majoritet av kommunerna styrdokument inom både socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Figur 5. Andel kommuner som har styrdokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, i procent, 2022–2026.



* 2022 svarande 288 kommuner inom socialtjänsten och 259 inom den kommunala hälso- och sjukvården. 2022 års uppgifter om socialtjänst gäller kommuner som har styrdokument inom något av följande verksamhetsområden: individ och familjeomsorg, äldreomsorg eller funktionshindersområdet. Sedan 2023 års enkät görs ingen uppdelning mellan socialtjänstens verksamhetsområden.

Liksom tidigare år är det vanligare att kommunerna har styrdokument som anger vad de vill uppnå på lång sikt än att de har handlingsplaner som är tydligt tid- och resurssatta, se tabell 9. Ungefär tre fjärdedelar har långsiktiga styrdokument, medan det är knappt en tredjedel som har en tydligt tid- och resurssatt handlingsplan. En mindre andel kommuner saknar helt den här typen av styrdokument, både inom socialtjänsten och inom den kommunala hälso- och sjukvården.

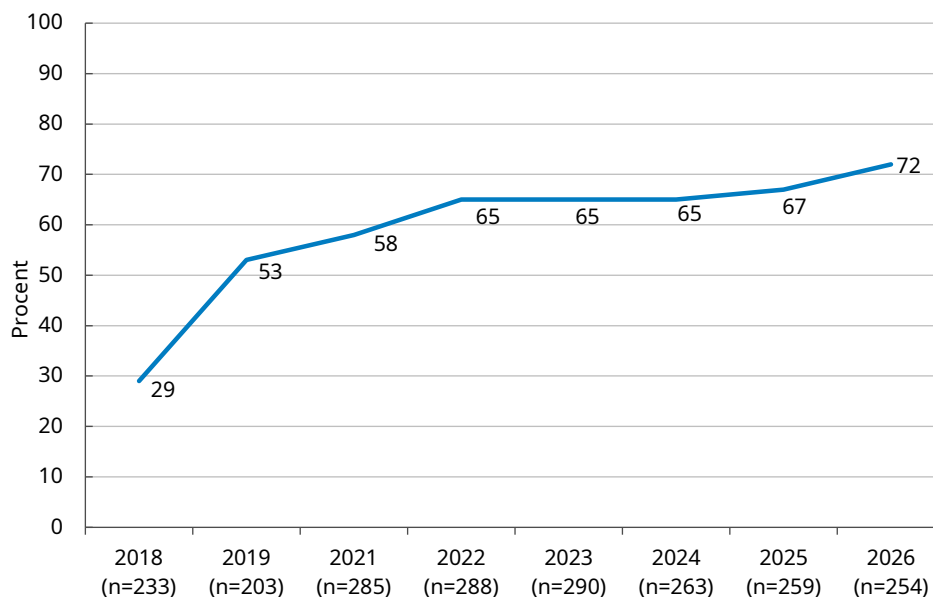
Tabell 9. Andel kommuner som har olika typer av styrdokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, i procent, 2023–2026.

Flera svar kunde anges.

Typ av styrdokument	Social-tjänst 2023 (n = 290)	Social-tjänst 2024 (n = 263)	Social-tjänst 2025 (n = 263)	Social-tjänst 2026 (n = 254)	Kommunal hälso- och sjukvård 2023 (n = 290)	Kommunal hälso- och sjukvård 2024 (n = 263)	Kommunal hälso- och sjukvård 2025 (n = 263)	Kommunal hälso- och sjukvård 2026 (n = 254)
Styrdokument som anger vad man vill uppnå på lång sikt	58	68	71	74	53	63	65	69
Handlingsplan eller motsvarande som är tydligt tid- och resurssatt	24	21	24	28	23	21	24	28
Inget av dessa finns	32	22	20	17	36	27	24	21

Förändringar i innehållet av kvalitetsledningssystem

En del kommuner har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, inklusive trygghetslarm. Andelen ökade under 2018–2022, från 29 till 65 procent, följt av ett par år med oförändrad nivå. På senare tid ökar andelen igen och är nu 72 procent, se figur 6. Det är 6 procentenheter högre än 2025.

Figur 6. Andel kommuner med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, i procent, 2018–2026*.

*År 2020 ställdes ingen enkätfråga om kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik.

När det gäller ledningssystemens innehåll är läget i stort sett oförändrat sedan 2025, se tabell 10. De flesta kommuner uppger att de i sitt ledningssystem identifierar, beskriver och fastställer processerna för att införa och hantera välfärdsteknik, tar fram skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten och har rutiner för riskanalys och egenkontroll. En något lägre andel har rutiner för att följa upp insatser med stöd av välfärdsteknik. Sammantaget har allt fler kommuner ett ledningssystem som omfattar välfärdsteknik, och innehållet i systemen speglar i hög grad de olika steg som krävs för ett systematiskt kvalitetsarbete.

Tabell 10. Andel kommuner med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik (inklusive trygghetslarm), uppdelat på innehåll, i procent, 2023–2026.

Flera svar kunde anges.

Typ av styrdokument	Socialtjänst 2023 (n = 290)	Socialtjänst 2024 (n = 263)	Socialtjänst 2025 (n = 263)	Socialtjänst 2026 (n = 254)
beskrivningar av de processer som rör införande och handhavande	76	82	88	87
skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med införande och handhavande	83	84	89	89

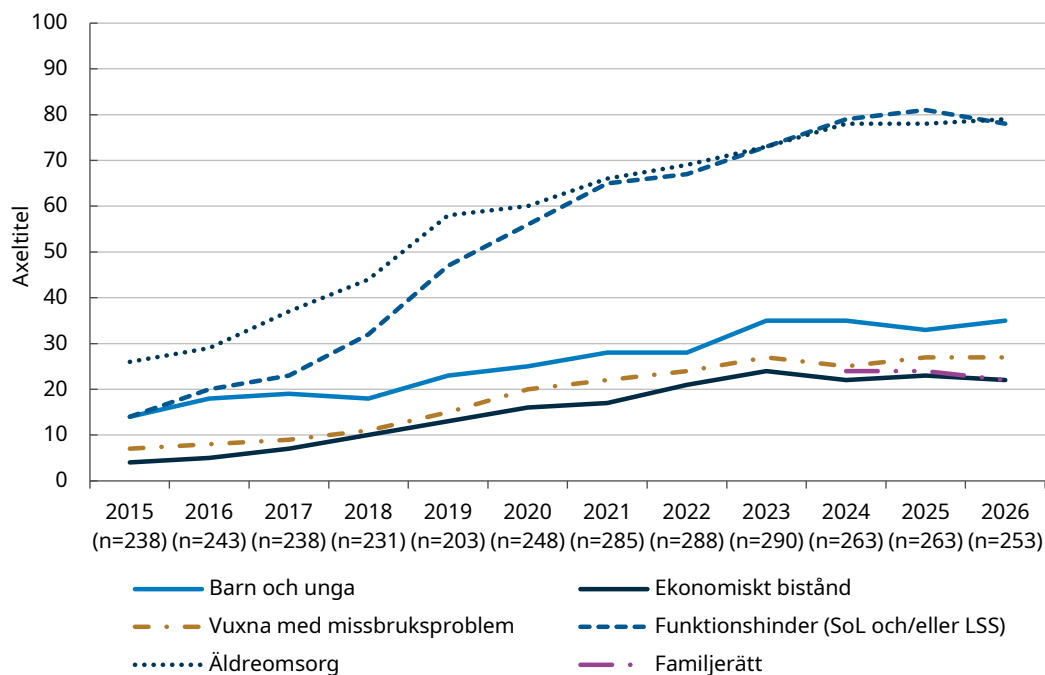
Typ av styrdokument	Socialtjänst 2023 (n = 290)	Socialtjänst 2024 (n = 263)	Socialtjänst 2025 (n = 263)	Socialtjänst 2026 (n = 254)
rutiner för att göra riskanalyser	77	77	83	84
rutiner för egenkontroll för att säkra kvaliteten	76	79	82	82
rutiner för uppföljning av insatser med stöd av välfärdsteknik	62	65	71	69

Användning av ICF

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa [4].

Klassifikationen används som stöd i arbetet med behovsbedömningar, arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. Sedan 2015 har kommunernas användning av ICF ökat (se bilaga 4).

Årets resultat visar att nästan 80 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning inom äldreomsorg och funktionshindersonrådet. I utförarverksamheten är andelen drygt 60 procent. Inom övriga verksamhetsområden är den omkring 20–35 procent, se figur 7 och tabell 11. Nivåerna är i stort sett desamma som 2025.

Figur 7. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder ICF i dokumentationen, i procent, 2015–2026.**Tabell 11. Andel kommuner där personal i de kommunala utförarverksamheterna använder ICF i dokumentationen, i procent, 2015–2026*.**

Verksamhet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Barn och unga	8	14	14	13	20	20	19	22	30	28	26	28
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6	8	14	12	15	18	19	17	18
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8	12	18	17	20	24	22	23	25
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	12	17	18	28	39	47	46	57	63	70	67	68
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26	36	45	45	44	51	58	64	58	63
Äldreomsorg, särskilt boende och dagverksamhet**	19	20	25	37	46	-	-	-	-	-	-	-
Äldreomsorg, särskilt boende***	-	-	-	-	-	48	46	55	60	66	61	65
Äldreomsorg, dagverksamheter***	-	-	-	-	-	41	42	52	55	62	60	62

* Antal kommuner som har besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andelen beräknas utifrån hur många kommuner som har svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis

** 2015–2019 var frågan om särskilt boende för äldre och dagverksamhet, sammanslagen.

*** Sedan 2020 delas frågan upp mellan särskilt boende för äldre och dagverksamhet.

I den kommunala hälso- och sjukvården har de flesta kommuner använt ICF sedan 2015, och användningen har successivt ökat fram till 2025 (se bilaga 4). För hemsjukvård i ordinärt boende ökade andelen 2015–2025, från 66 till 85 procent. För hälso- och sjukvård i särskilt boende ökade den från 69 till 84 procent.

Användning av KSI

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) [5] gör det möjligt att enhetligt och jämförbart benämna och beskriva de insatser och aktiviteter inom socialtjänsten som utförs enligt SoL, LSS, föräldrabalken, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Systemet gör det lättare att entydigt kategorisera, jämföra och att följa upp de aktiviteter och insatser som beslutas, planeras och genomförs inom socialtjänsten.

KSI används främst inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet, med omkring 20 procent av kommunerna (se bilaga 4). För övriga verksamhetsområden är andelen omkring 10 procent.⁷ Användningen har legat på samma nivå sedan 2019.

⁷ Övriga områden som följs upp i enkäten är: barn och unga, arbetsmarknadsinsatser, ekonomiskt bistånd och vuxna med missbruksproblem.

Användandet av AI i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

I årets enkät ställdes ett antal nya frågor om kommunernas arbete med AI inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. För att undersöka AI definierades begreppet AI som digitala system som kan lära sig av data, analysera information eller ge beslutsstöd som bygger på mer än fasta regler.

AI kan till exempel vara system som:

- analyserar verksamhetsdata för att upptäcka mönster, trender eller risker (till exempel risk för fall, ensamhet eller återinskrivning).
- ger beslutsstöd genom att sammanställa och tolka information automatiskt (till exempel stöd vid biståndsbedömning eller uppföljning av insatser).
- automatiskt genererar svar på frågor. Talar eller skriver på naturligt språk, till exempel chattbotar som använder språkteknologi (Neurolingvistisk programmering) för att förstå och besvara frågor från brukare/patienter eller medborgare.
- analyserar sensordata för att tolka beteenden eller avvikelser (känner till exempel igen ljud av fall eller förändrade rörelsemönster).
- prediktiva modeller som kan förutse resursbehov, beläggningsnivåer eller framtida vård- och omsorgsbehov.
- generativa AI-tjänster, exempelvis Copilot och ChatGPT eller bildgenererande system, som används som arbetsstöd för personal, till exempel textbearbetning, mötesanteckningar och sammanfattningar.

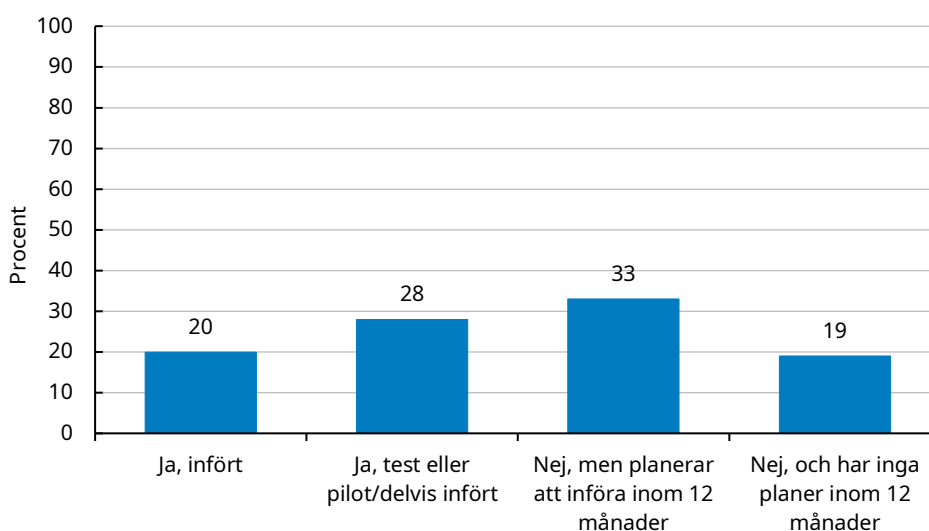
Exempel på vad som inte räknas som AI:

- vanliga e-tjänster eller digitala formulär där användaren själv fyller i uppgifter
- journalsystem eller verksamhetssystem som bara lagrar information
- digitala möten (via exempelvis Teams eller Zoom)
- enkla sensorer eller trygghetslarm som bara skickar signaler utan att analysera data
- regelstyrda automatiseringar såsom Robotic Process Automation (RPA), makron eller skript som bara följer fasta regler.

Nästan hälften av kommunerna använder AI och en majoritet ingår i någon form av samarbete

En majoritet av de 253 svarande kommunerna har börjat införa eller planerar att införa AI-baserade digitala lösningar inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, se figur 8. Totalt 20 procent har redan infört sådana lösningar och ytterligare 28 procent gör pilottester eller har delvis infört, och 33 procent planerar att införa AI-lösningar inom tolv månader. Men 19 procent uppger att de inte har några sådana planer.

Figur 8. Andel kommuner som har infört eller planerar att införa AI, procent, 2026 (n = 253)

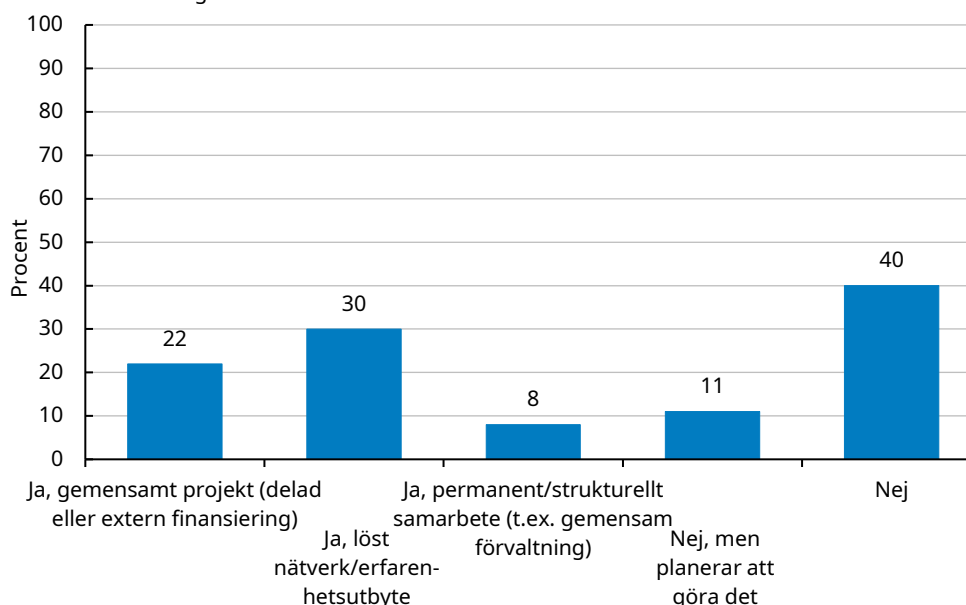


Mer än hälften av kommunerna samarbetar med andra kommuner eller regioner kring AI-lösningar, se figur 9. Totalt 30 procent deltar i lösa nätverk eller erfarenhetsutbyten, 22 procent ingår i gemensamma projekt, ofta med delad eller extern finansiering, och 8 procent har ett permanent eller strukturerat samarbete, till exempel gemensam förvaltning. Vidare planerar 11 procent att inleda ett sådant samarbete, medan 40 procent uppger att de inte samarbetar med andra.

Av fritextsvaren framgår att många kommuner samarbetar inom redan etablerade digitaliserings- och välfärdsinitiativ. De vanligaste formerna är kommunalförbund och regionala projekt, till exempel SVEA/AI Sweden, RISE-projekt och gemensamma upphandlingar av verksamhetssystem med AI-stöd. Flera kommuner har gemensamma pilottester av AI-assistenter och texttranskribering i journalsystem, ofta tillsammans med grannkommuner eller via nätverk såsom SKR och AllAgeHub. Sammantaget visar resultaten att de flesta samarbeten som rör AI gäller projekt och nätverk snarare än ett permanent eller strukturellt samarbete.

Figur 9. Andel kommuner som ingår i olika samarbetsformer, i procent, 2026 (n = 253).

Flera svar kunde anges.



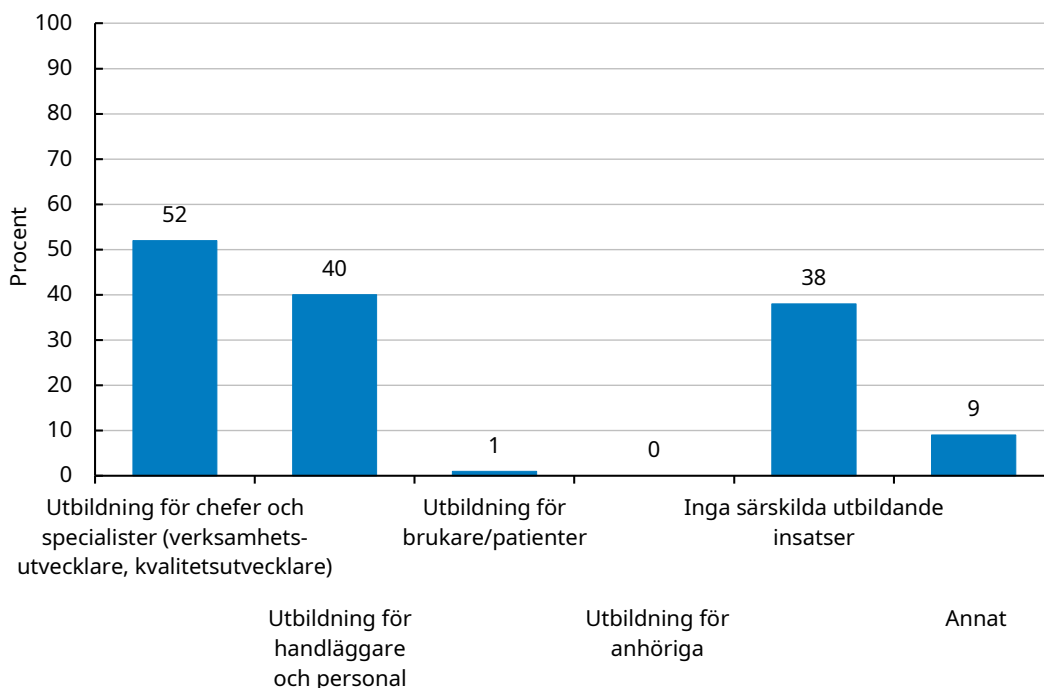
Utbildning i AI riktas främst till chefer – och formella styrdokument saknas i många kommuner

Kommunerna fick ange vilka personalgrupper som fått utbildning i AI och om det finns styrdokument eller centrala funktioner för AI-arbetet.

Utbildningsinsatserna har främst riktats till chefer och specialistfunktioner, se figur 10. Totalt 52 procent av kommunerna har erbjudit utbildning till chefer och verksamhetsutvecklare, och 40 procent till handläggare och övrig personal. Bara 1 procent har genomfört någon utbildning som är riktad till brukare och patienter, och ingen har gjort särskilda insatser för anhöriga. En stor grupp, 38 procent, uppger att de inte har genomfört några utbildningsinsatser alls.

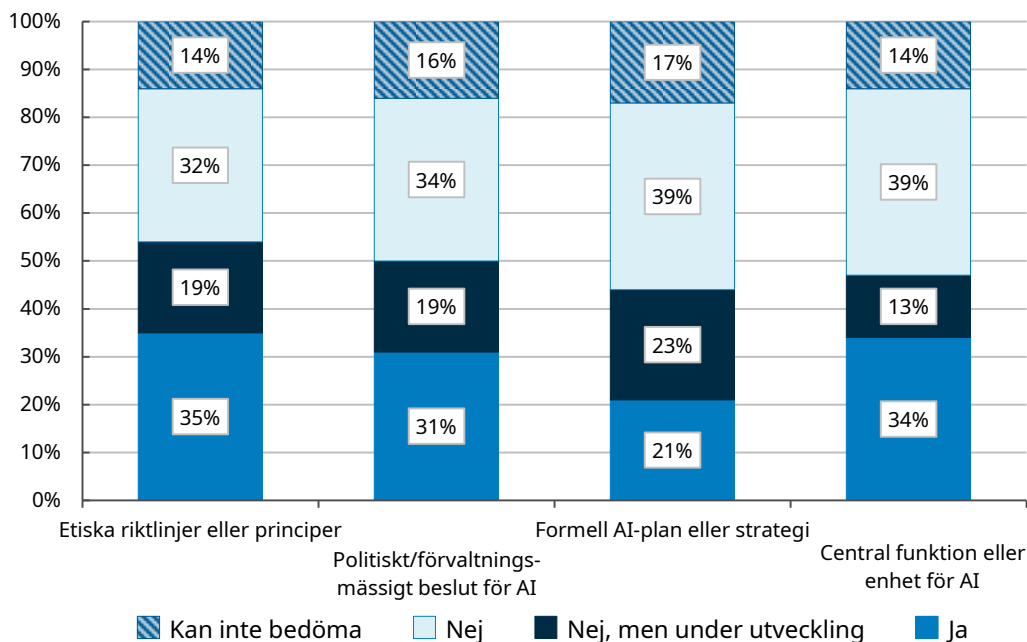
Av fritextsvaren framgår exempel på både planerade och pågående utbildningar. Flera kommuner nämner workshoppar och seminarier om AI, till exempel Copilot, SVEA och MIA, digitala basutbildningar och e-lärande om AI-begrepp samt kortkurser för nyckelpersoner. Några kommuner har pilotstudier där specialister testar AI-verktyg och samtidigt utbildar personal. Flera kommuner planerar också obligatoriska utbildningar eller så kallade AI-stugor för alla medarbetare. Sammantaget visar svaren att utbildningsformerna varierar brett, men att de i första hand riktas mot chefer och specialister.

Figur 10. Andel kommuner som har genomfört utbildningar för olika personalgrupper, i procent, 2026 (n = 253).



Många kommuner saknar fortfarande formella ramar för AI-arbetet, se figur 11. Totalt 35 procent uppger att de har etiska riktlinjer för AI och 31 procent att det finns ett tydligt politiskt eller förvaltningsbeslut om AI-användningen. Figuren visar att 21 procent har en plan medan 39 procent saknar en sådan. En central funktion för AI finns i 34 procent av kommunerna, medan 39 procent inte har någon.

Ungefär en tredjedel av kommunerna har organiserat AI-stödet centralt, men många saknar ändå tydliga styrdokument.

Figur 11. Andel kommuner som har beslut, styrdokument eller centrala funktion för AI, i procent, 2026 (n = 253).

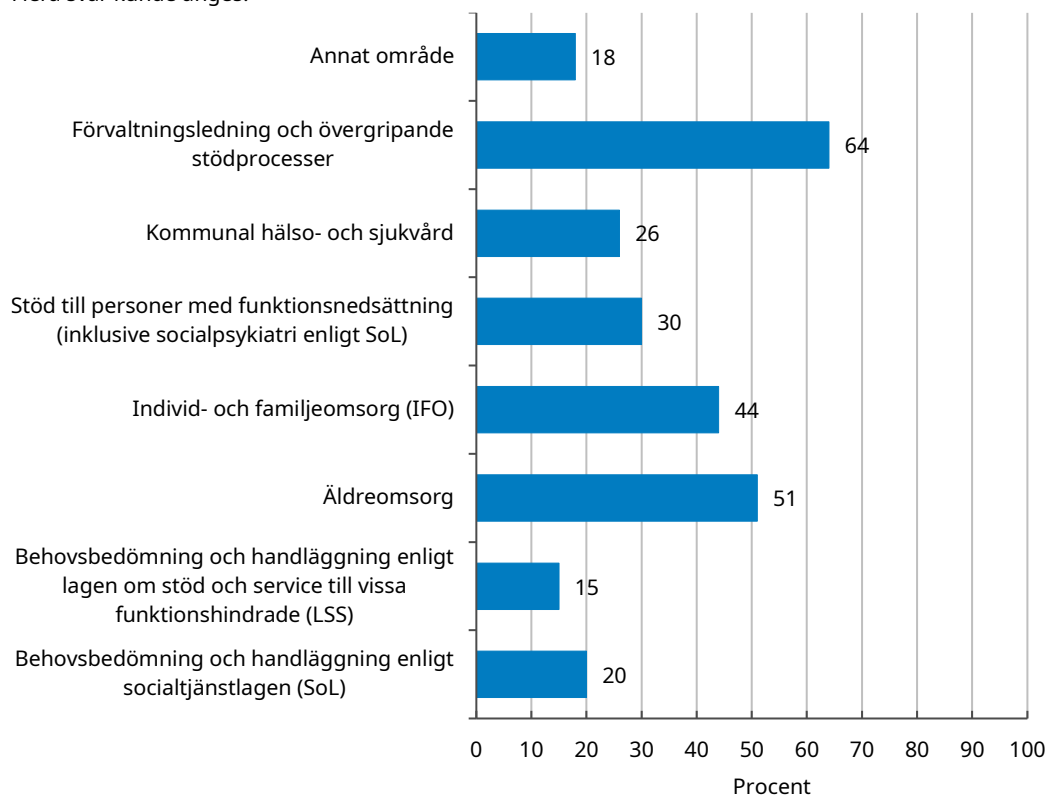
Kommunerna satsar på AI i ledningsfunktioner och stödprocesser – men planerar att bredda till kärnverksamheten

Kommuner som har infört AI fick ange inom vilka verksamhetsområden de använder det, och kommuner som planerar att införa AI inom 12 månader fick en liknande fråga om vilka områden de planerar att satsa på.

Det är vanligast att använda AI inom förvaltningsledning och övergripande stödprocesser, med 64 procent av kommunerna, se figur 12. Äldreomsorg (51 procent) och individ- och familjeomsorg (44 procent) är också vanliga områden, följt av stöd till personer med funktionsnedsättning inklusive socialpsykiatri (31 procent) och kommunal hälso- och sjukvård (26 procent). Minde vanligt är AI i behovsbedömning enligt SoL (20 procent) och LSS (15 procent). Under kategorin Annat nämns bland annat dokumenthantering, översättning och generella system såsom SVEA och GPT.

Figur 12. Andel kommuner som använder AI inom olika verksamhetsområden, i procent, 2026 (n = 122).

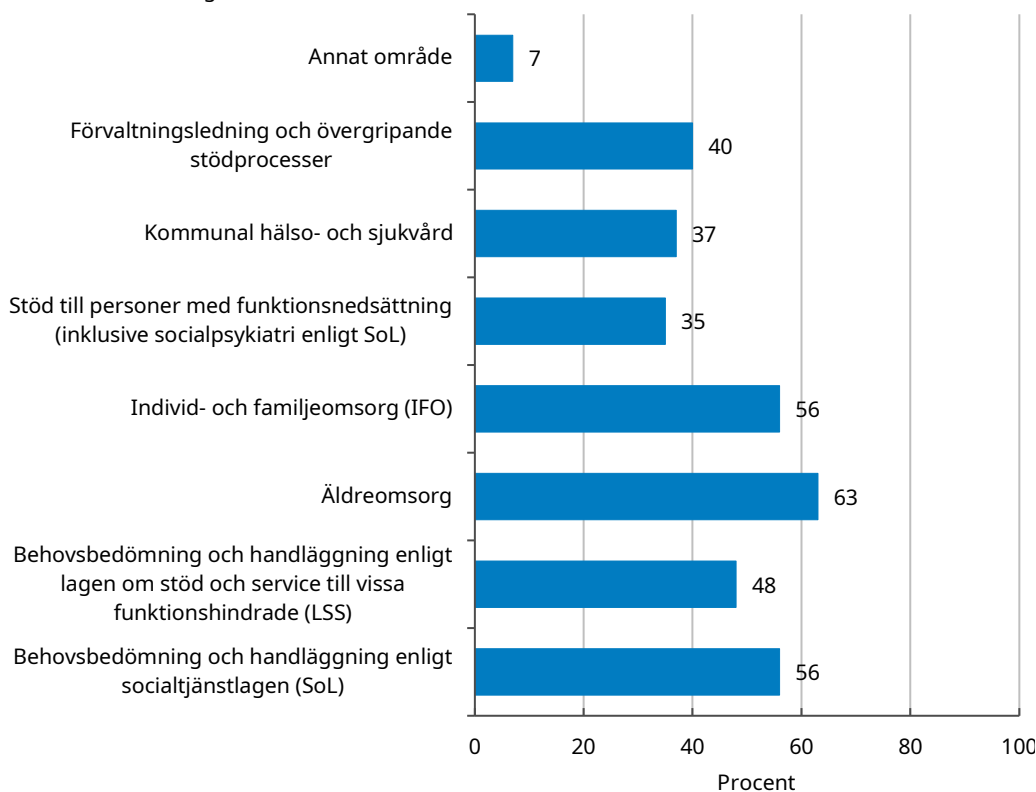
Flera svar kunde anges.



Kommuner som planerar att införa AI inom tolv månader riktar sig i högre grad mot kärnverksamheten än de kommuner som redan använder AI, se figur 13. Totalt 54 procent planerar att använda AI för SoL-handläggning, 46 procent för LSS-handläggning, 56 procent inom individ- och familjeomsorg och 64 procent inom äldreomsorg. Det är en tydlig skillnad jämfört med de 20–51 procent som redan använder AI inom motsvarande områden. Andelen som planerar att använda AI för stödprocesser är däremot lägre, 40 procent jämfört med 64 procent bland kommuner som redan har infört AI. Under kategorin Annat nämns dokumentationsstöd och schemalägningsstöd.

Figur 13. Andel kommuner som planerar att införa AI inom 12 månader, per verksamhetsområde, i procent, 2026 (n = 84).

Flera svar kunde anges.



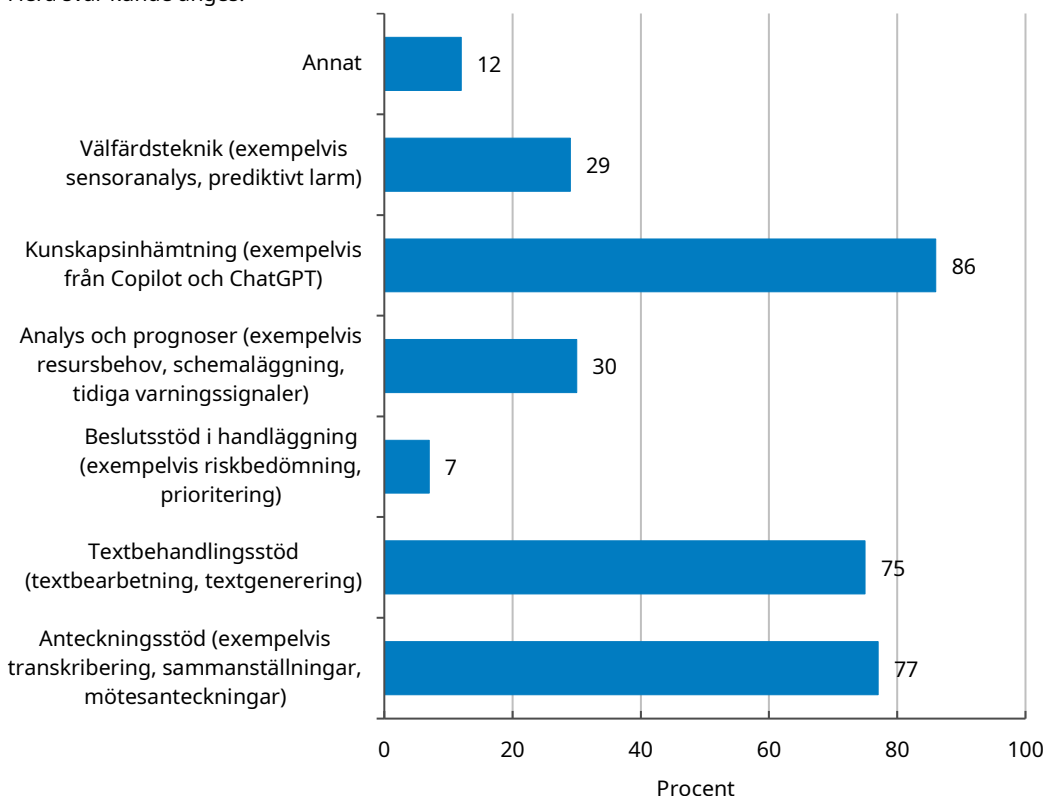
Kunskapsinhämtning, anteckningsstöd och textbehandling är de vanligaste AI-stöden

Bland de kommuner som redan använder AI är stödet i första hand inriktat på text- och informationshantering, se figur 14. Totalt 86 procent använder AI för kunskapsinhämtning, till exempel ChatGPT och Copilot, och cirka 77 procent för anteckningsstöd och 75 procent för textbehandling. Automatisk dokumentation såsom transkribering och skrivstöd är vanligt förekommande, medan bara 7 procent av kommunerna använder AI till formella beslutsstödsfunktioner.

Fritextsvaren bekräftar bilden. Många kommuner rapporterar att de använder Copilot och liknande verktyg för att skriva och sammanfatta text och generera utkast till dokument. Sensordata i trygghetslarm och söka information såsom KVÅ-koder nämns också. Flera svar betonar att AI-stöden främst används för att avlasta personal från administration och dokumentation, snarare än i kärnprocesserna för handläggning.

Figur 14. Andel kommuner som infört olika AI-stöd i verksamheten, i procent, 2026 (n = 122).

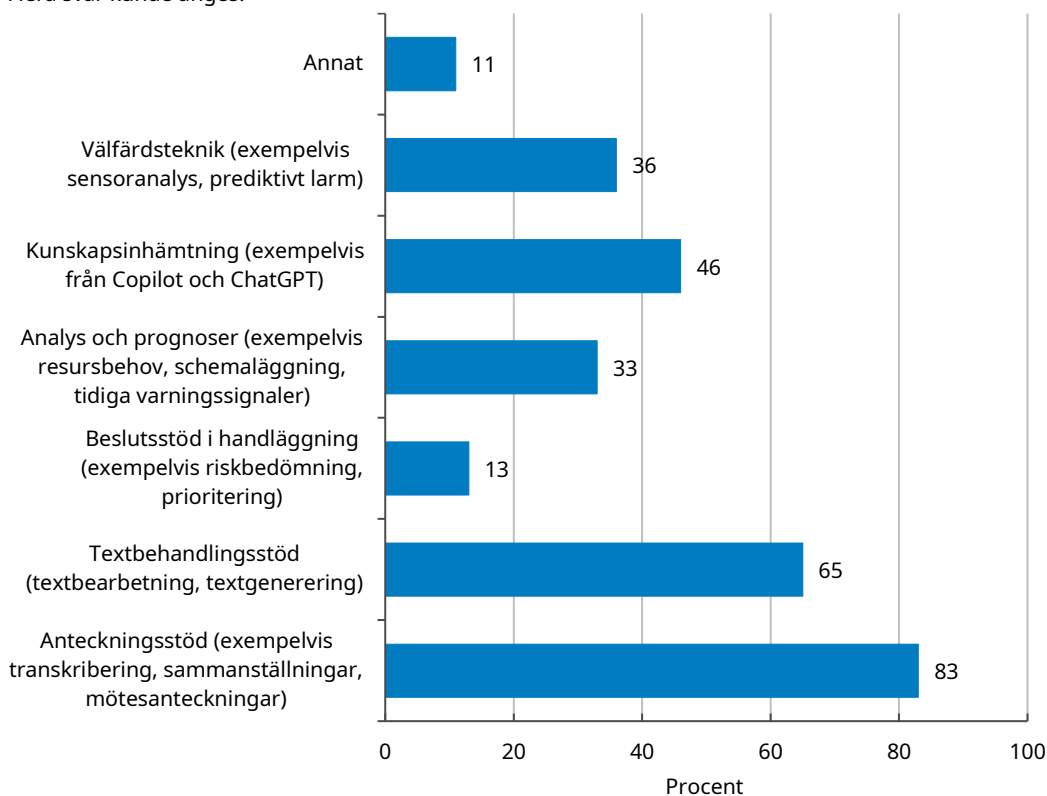
Flera svar kunde anges.



Kommuner som planerar att införa AI har liknande prioriteringar, se figur 15. Totalt 83 procent planerar att införa antecknings- eller textstöd och 46 procent kunskapsstödsverktyg. 13 procent siktar på beslutsstöd och 33 procent på analysverktyg. I fritextsvaren nämns till exempel tal-till-text-funktioner i journalsystem, AI-assistenter för schemaläggning och insatsplanering inom hemtjänsten samt andra transkriberings- och dokumentationsstöd. Sammantaget visar mönstret att kommunerna i första hand vill bygga ut text- och informationsstödet, framför allt inom omsorgen och socialtjänsten.

Figur 15. Andel kommuner som planerar att införa olika AI-stöd i verksamheten, i procent, 2026 (n = 84).

Flera svar kunde anges.



Mycket av det AI-stöd som används och planeras innebär hantering av känslig text, till exempel journalanteckningar. I fritextsvaren lyfter kommunerna fram behovet av säkra lokala AI-plattformar eller interna nätverk i stället för publika verktyg, och tydliga rutiner för att förhindra att personuppgifter matas in i system som inte uppfyller kraven på informationssäkerhet.

Kommunernas främsta syfte med att införa AI är att effektivisera verksamheten

I enkäten fick kommunerna en fritextfråga om vad syftet var med att införa AI-stöd. De 106 svaren handlar främst om två sammanlänkade teman: effektivisering och högre dokumentationskvalitet. Dessa teman är så dominerande att de i praktiken utgör ett gemensamt grundmotiv för AI-arbetet i kommunerna, oavsett verksamhetsområde eller specifik lösning.

Effektivisering är det mest frekventa svaret. Kommunerna beskriver det på olika sätt, såsom att arbeta smartare, minska administrativa kostnader, förenkla arbetsprocesser, minska repetitiva uppgifter och frigöra tid. Innebörden är dock densamma: AI ska göra det möjligt att utföra befintliga

arbetsuppgifter på ett snabbare sätt och med mindre resursåtgång. En återkommande tanke är att den frigjorda tiden ska kunna omfördelas till verksamhetens kärnuppdrag, det vill säga mötet med brukare, klienter och patienter. Flera kommuner vill minska den administrativa bördan för handläggare och omsorgspersonal så att de kan lägga mer tid på det sociala arbetet och mötet med enskilda personer. Här framträder ett syfte som går utöver ren effektivisering, AI ses alltså inte bara som ett sätt att spara tid, utan som ett medel för att få bättre relationer mellan personal och brukare.

Dokumentation är det område som nämns oftast. Kommunerna beskriver att dokumentationen är för tidskrävande och kvaliteten ojämn. Med AI förväntas journalföring, utredningsskrivande och mötesanteckningar gå snabbare, bli mer enhetligt och hålla högre kvalitet. Dokumentation av hög och likvärdig kvalitet ses som en förutsättning för individens rättssäkerhet.

Några kommuner lyfter också fram AI som ett stöd för att tidigt identifiera behov och arbeta mer förebyggande, till exempel genom sensorstyrda trygghetslarm som kan fånga upp förändringar i en brukares tillstånd innan en akut situation uppstår.

Ett annat återkommande syfte är att möta den demografiska utmaningen med en åldrande befolkning. Ökad efterfrågan på omsorg och svårigheter att rekrytera och behålla personal gör att kommunerna ser AI som ett sätt att klara framtidens välfärdsuppdrag. En del vill också använda AI för att öka den egna organisationens AI-mognad och bygga upp intern kompetens för att förvalta AI-lösningar.

Sammantaget har kommunerna en pragmatisk syn på AI-stöd. Det handlar om att lösa konkreta och välkända problem i vardagsarbetet: för mycket administration, för lite tid för brukarna, ojämn dokumentationskvalitet och svårigheter med kompetensförsörjning. Ambitionen att i grunden förändra socialtjänstens arbetsätt är mer sällan uttalad. Den pragmatiska inriktningen förklarar också varför text- och dokumentationsnära AI-stöd dominerar.

Kommunerna väljer AI-stöd på olika sätt

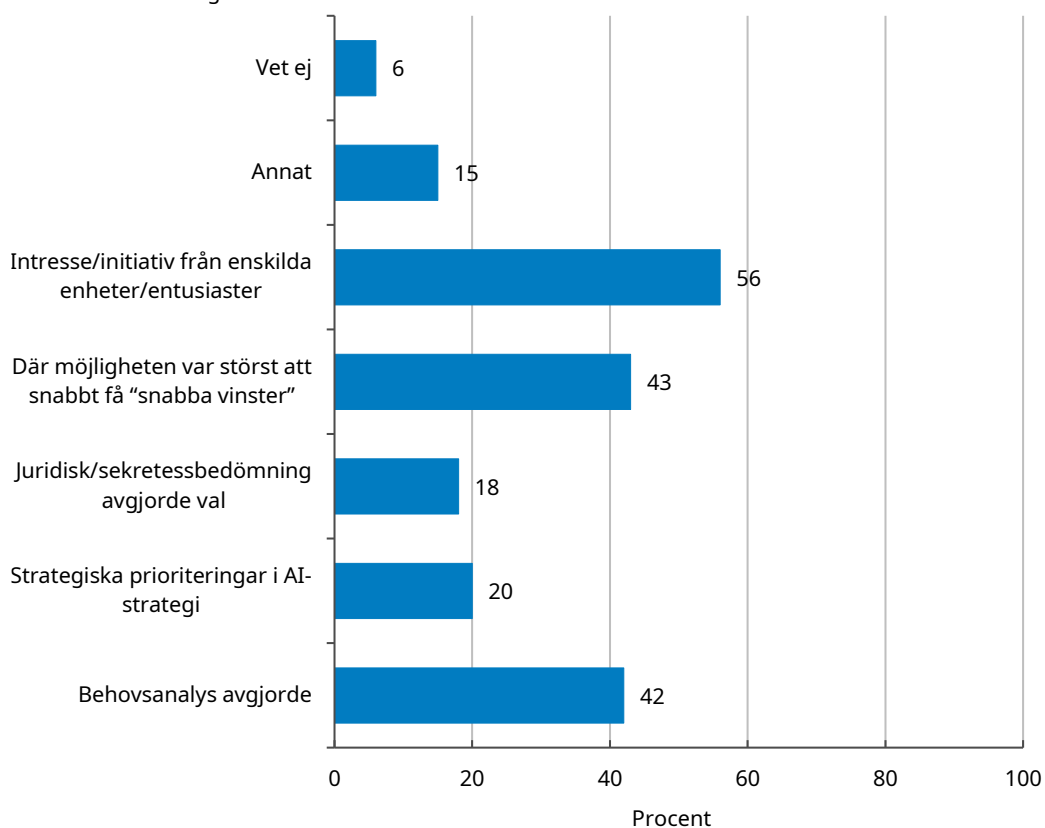
Kommunerna fick ange hur de bestämt vilket AI-stöd de skulle införa, och svaren visar att det finns många olika anledningar bakom valet av ett visst stöd.

Den vanligaste faktorn är intresse och initiativ från enskilda enheter eller personer; 56 procent av kommunerna uppger det som avgörande, se figur 16. Näst vanligast är att kommunerna har styrts mot ”snabba vinster”, alltså områden där det snabbt gick att uppnå konkreta och synliga resultat, med 43 procent. Nästan lika utbrett är att en formell behovsanalys har legat till

grund för valet, vilket 42 procent uppger. Det tyder på att en del kommuner har arbetat mer strukturerat för att kartlägga verksamhetens behov innan de valde lösning. Strategiska prioriteringar inom ramen för en AI-strategi har styrt valet i 20 procent av kommunerna, och juridiska och sekretessmässiga bedömningar i 18 procent.

Figur 16. Hur kommunerna kom fram till vilket AI-stöd de skulle välja, i procent, 2026 (n = 205).

Flera svar kunde anges.



Fritextsvaren ger en mer nyanserad bild. Flera kommuner beskriver att leverantörer av befintliga verksamhetssystem har presenterat nya AI-funktioner som organisationen sedan valt, ibland som en naturlig förlängning av redan upphandlade system. I dessa fall har leverantören i hög grad styrt vilka lösningar som blivit tillgängliga, snarare än att kommunen självständigt har identifierat och upphandlat det mest lämpade alternativet utifrån egna behov. En liknande dynamik beskrivs av kommuner som anger att kommunövergripande beslut om att köpa in licenser för till exempel Microsoft Copilot i praktiken lade fast vilka AI-verktyg som fanns tillgängliga för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

En del har fått vägledning genom omvärldsbevakning och erfarenhetsutbyte med jämförbara kommuner, eller genom att delta i nationella initiativ och nätverk. Flera kommuner nämner att de sett till AI Swedens SVEA-modell eller SKR:s arbete med AI för att få en tydligare riktning för sitt arbete.

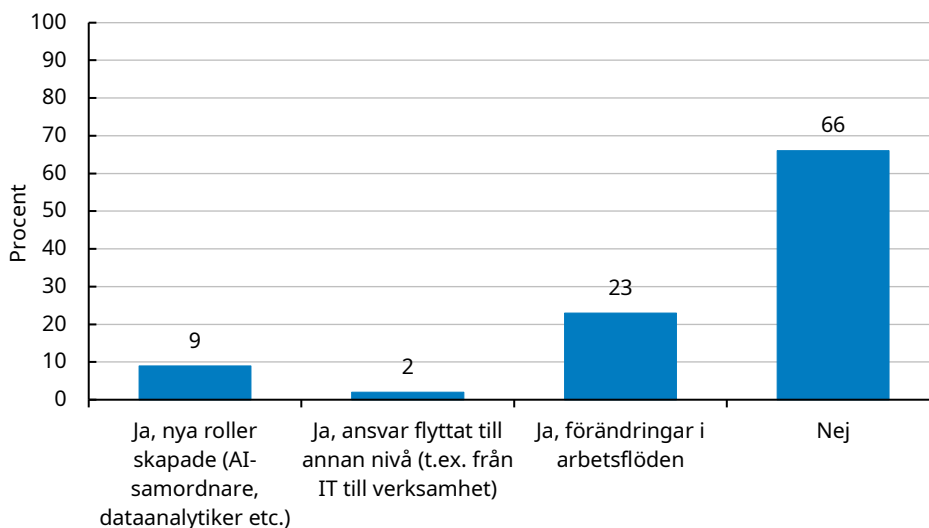
Kommunalförbund och samverkansorgan lyfts också fram som kanaler för gemensamma lösningar och delade upphandlingar.

AI har hittills haft begränsad inverkan på hur kommunerna organiserar sitt arbete

En klar majoritet (65 procent) uppger att AI-införandet hittills inte lett till några organisatoriska förändringar, se figur 17. AI används främst som ett kompletterande verktyg för text- och dokumentationshantering, snarare än en genomgripande förändringskraft.

Figur 17. Andel kommuner som har ändrat organisation eller processer till följd av införande av AI, i procent, 2026 (n = 122).

Flera ja-alternativ kunde anges.

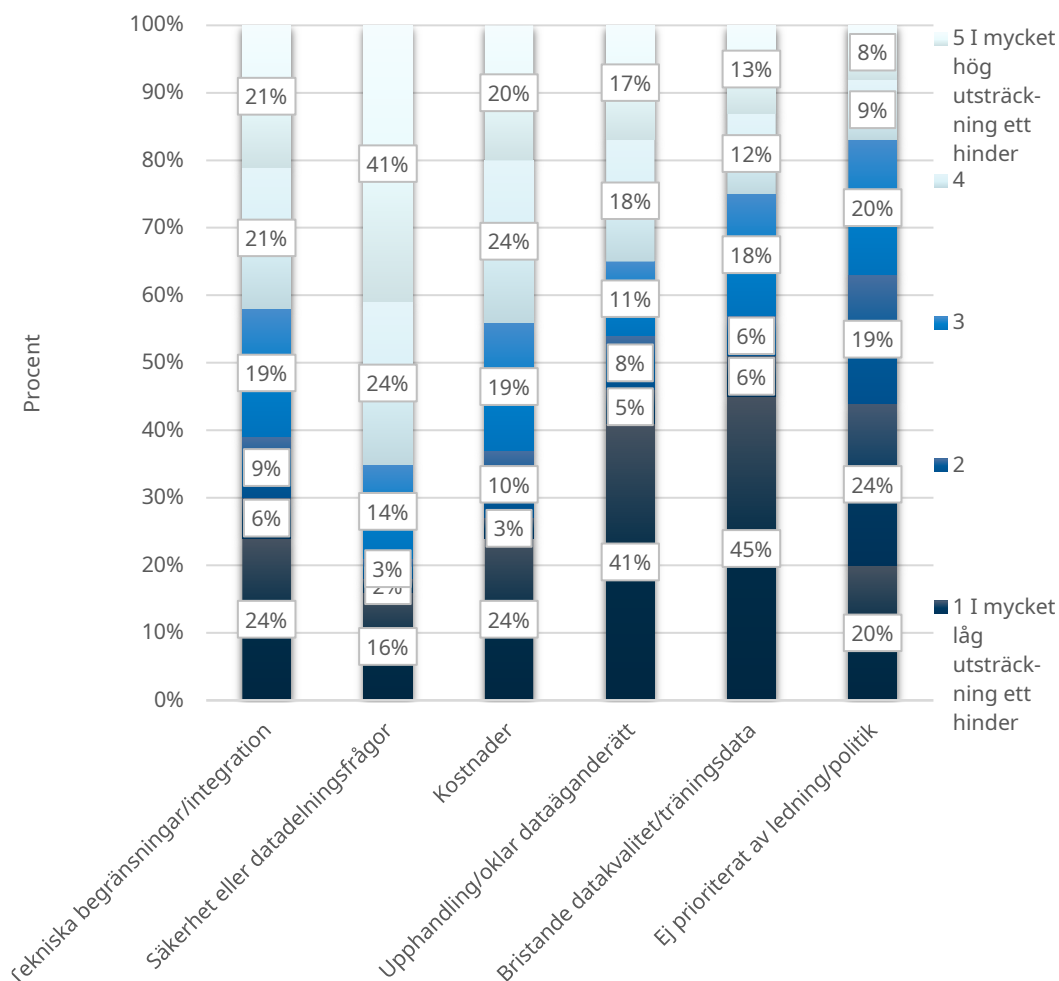


De förändringar som gjorts handlar framför allt om justerade arbetsflöden, till exempel möjlighet att dokumentera i realtid, effektivare schemaläggning och digitala tillsynsronder. Vissa kommuner har även infört nya roller, såsom AI-samordnare och dataanalytiker, eller stärkt sin specialistkompetens inom IT och informationssäkerhet. Professionella bedömningar och beslut ligger dock kvar hos personal och chefer, och AI används i huvudsak som administrativt stöd. På sikt kan dock förändringar i arbetsflöden och kompetensbehov leda till tydligare organisatoriska anpassningar.

Kommunerna ser många hinder för AI – men har också svårt att bedöma dem

Kommunerna fick bedöma i vilken utsträckning olika faktorer utgör hinder för AI-användningen. Svaren ger en tydlig bild: juridiska, säkerhetsmässiga och upphandlingsrelaterade frågor upplevs som de främsta hindren för AI-användningen, medan bristande politisk prioritering är det som minst hindrar utvecklingen. För flera faktorer är det en stor andel kommuner som inte kan bedöma i vilken grad de är ett hinder, se figur 18.

Figur 18. Andelen kommuner som bedömer i vilken grad olika områden är hinder för AI-användning, i procent, 2026 (n = 254).



Säkerhet och datadelningsfrågor är det största hindret; 41 procent av kommunerna bedömer att det i mycket hög utsträckning hindrar AI-användningen. Enligt fritextsvaren är kommunerna osäkra på hur känsliga personuppgifter får hanteras i AI-system, vilka krav dataskyddsförordningen (GDPR) och EU:s AI-förordning ställer och hur dessa ska tolkas i praktiken.

Flera kommuner lyfter fram att AI-lösningar som rör känsliga uppgifter ännu inte är rättsligt prövade, vilket bromsar breddinföranden. Den så kallade Cloud Act-problematiken återkommer i flera svar, och kommunerna upplever att beroendet av stora molnleverantörer såsom Microsoft skapar svåra juridiska överväganden. Kravet på lokal lagring av känsliga data beskrivs som en kostsam och tekniskt krävande utmaning som i praktiken sätter gränser för vad kommunerna kan genomföra.

Upphandlingsvillkor och oklar dataägarerätt ses också som ett stort hinder, men 41 procent svarar att de inte kan bedöma frågan. Det kan tyda på att många kommuner ännu inte börjat arbeta konkret med upphandlingsfrågor. I fritextsvaren beskriver flera inlåsnings effekter, genom att befintliga leverantörer av verksamhetssystem kräver att kommunerna köper AI-funktioner direkt från dem i stället för att möjliggöra integration med externa lösningar. Det är svårt för kommunerna att göra välgrundade och långsiktigt hållbara upphandlingar, eftersom det saknas etablerade programmeringsgränssnitt mellan system, leverantörsmarknaden är omogen och tekniken, prismodellerna och avtalsvillkoren förändras snabbt.

Bristande datakvalitet och otillräckliga träningsdata bedöms också som ett betydande hinder, men 45 procent uppger att de inte kan bedöma frågan – troligen för att de inte kommit så långt i sin AI-användning. Höga kostnader, tekniska begränsningar och bristande integration med befintliga system hänger ihop, enligt fritextsvaren. En kommun som saknar teknisk integration mellan system tvingas antingen acceptera manuella mellansteg som minskar nyttan med AI, eller investera i kostsam teknik. Framför allt mindre kommuner har inte resurser för sådana investeringar.

Resursmässiga hinder

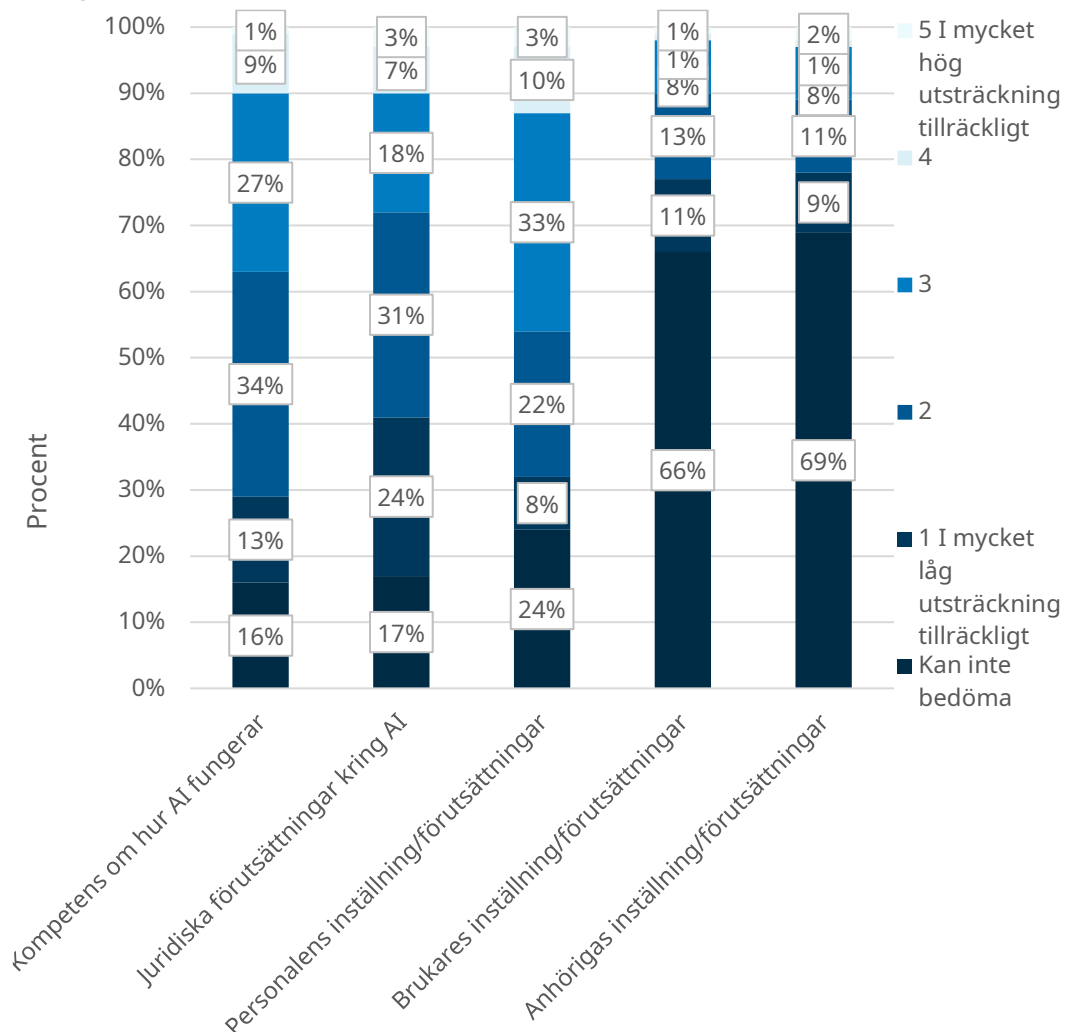
Bristen på resurser, både pengar och personal, löper som en röd tråd genom fritextsvaren. Små kommuner har begränsad IT-kapacitet och få medarbetare som kan ägna sig åt omvärldsbevakning, testverksamhet och implementering, och de beskriver att varje steg i AI-arbetet tar oproportionerligt lång tid. Att budgetprocesserna rör sig långsammare än den teknologiska utvecklingen nämns som ett konkret hinder i sig. Kompetensbristen lyfts också fram som genomgripande: kunskapen om AI varierar kraftigt inom organisationerna, och bristen på rätt kompetens kan sätta stopp för arbetet, oavsett om det gäller projektledning, juridisk expertis eller teknisk förvaltning.

Bristande politisk prioritering är det minsta hindret av de nämnda, vilket tyder på att ledningen i många kommuner vill driva AI-arbetet framåt. Det stämmer väl med att många kommuner redan har infört AI-lösningar eller planerat att göra det snart.

Kommunerna har olika förutsättningar för AI

Kommunerna fick även bedöma sina förutsättningar för att använda AI inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Svaren visar att kommunerna befinner sig i en tidig fas av AI-arbetet och att förutsättningarna varierar och att läget är svårbedömt, se figur 19.

Figur 19. Andel kommuner som bedömer i vilken grad olika delar av verksamheten är tillräckligt utvecklade för att använda AI i socialtjänst och/eller kommunal hälso- och sjukvård, i procent, 2026 (n = 254).



Juridiska förutsättningar är det område där kommunerna bedömer sig som allra svagast. Totalt 55 procent uppger att den juridiska kompetensen är otillräcklig. Kommunerna är medvetna om de rättsliga utmaningarna, framför allt kring GDPR, EU:s AI-förordning och sekretessregler men saknar intern kompetens för att hantera dem. Det kan leda till att AI-lösningar införs utan tillräcklig rättslig förankring.

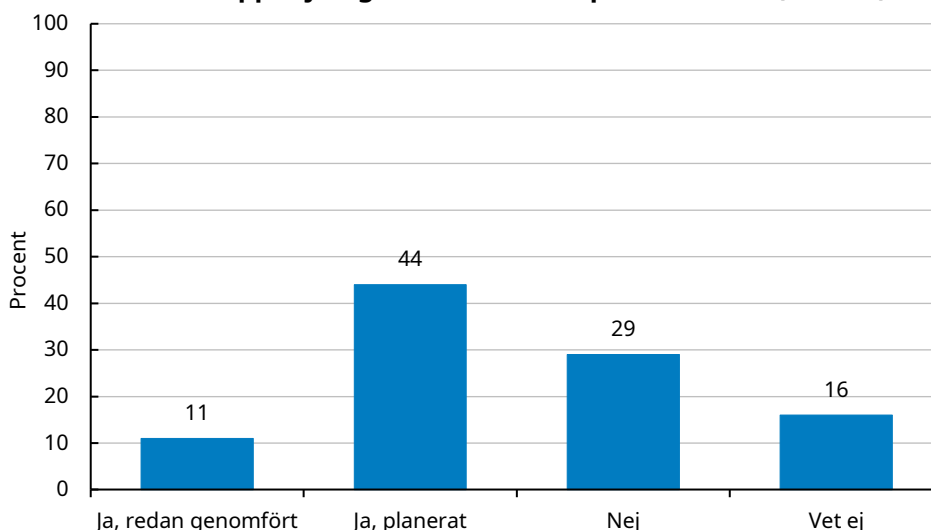
Nästan hälften av kommunerna anser också att den grundläggande AI-kompetensen är låg. Medarbetarnas attityder upplevs som ett något mindre problem än kompetensbristen i sig. Ändå uppger 24 procent att de inte kan bedöma personalens förutsättningar, vilket sannolikt speglar att få kommuner har gjort någon systematisk kartläggning av medarbetarnas inställning eller kompetens när det gäller AI.

De flesta kommuner, 66–69 procent, kan inte bedöma brukarnas, patienternas och de anhörigas förutsättningar och inställning. Det är en tydlig brist att så många kommuner inte vet hur de personer som berörs av AI-stöden ställer sig till dem. Det speglar också att brukare och patienter i mycket liten utsträckning har involverats i arbetet, trots att AI i kommunal socialtjänst och hälso- och sjukvård ytterst syftar till att förbättra situationen för just brukare och patienter. Detta bekräftas också av att bara 1 procent av kommunerna har genomfört utbildningsinsatser som är riktade till brukare och patienter.

Uppföljning av AI-stöd

Bilden av uppföljningen är delad, se figur 20. Av de kommuner som besvarat frågan uppger 11 procent att de redan har gjort en strukturerad uppföljning, medan 44 procent planerat att göra det. Samtidigt svarar 29 procent att de inte planerar någon uppföljning alls och 16 procent att de inte vet. Att minst nästan en tredjedel av kommunerna saknar planer på uppföljning kan delvis förklaras av att många fortfarande befinner sig i pilot- eller testfas.

Figur 20. Andel kommuner som har genomfört strukturerade och dokumenterade uppföljningar av infört AI, i procent, 2026 (n = 122).



47 kommuner besvarade fritextfrågan. Fritextsvaren visar på stor variation i både ambitionsnivå och systematik. De kommuner som har kommit längst beskriver strukturerade processer med återkommande enkäter, intervjuer,

journalgranskningar och effektmätningar samt tydliga ansvarsfördelning. Flera kommuner arbetar med effekthemtagningsmodeller och kopplar uppföljningen till styrgruppsmöten, och de använder digitala enkätverktyg för att nå ut till alla användare. En kommun ger exempel på en mer sammanhållen uppföljningsmodell, där pilottester följs upp via lägesbilder och IT-råd i samverkan mellan verksamhet, IT och informationssäkerhet, med fokus på nytta, risker och regelefterlevnad.

Hittills verkar uppföljningen ha ett personal- och verksamhetsperspektiv, och det är få som nämner mätningar bland brukare och patienter.

Kommunerna upplever positiva effekter av AI – men har svårt att bedöma nyttan för brukarna

Många kommuner har svårt att bedöma i vilken utsträckning olika typer av AI-stöd bidrar till resurseffektivitet, kvalitet och rättssäkerhet för kommunen, se tabell 12. Det är i sig ett viktigt resultat: Det speglar att många kommuner fortfarande befinner sig i uppstartsfas, att få har gjort systematiska uppföljningar och att man fortfarande vet för lite om AI-stödets faktiska effekter på verksamhet, personal och brukare. Det finns effektbedömningar som visar positiva resultat, men de representerar erfarenheter från de kommuner som har kommit längst i sitt AI-arbete, snarare än att ge en heltäckande bild av sektorn.

Tabell 12. Kommunernas bedömning av effekter av olika AI-stöd, medelvärde (Mv) och median (Me), 2026.

Påstående	Anteckningsstöd (n=94)	Textbehandlingsstöd (n=92)	Beslutsstöd i handläggning (n=11)	Analys och prognoser (n=28)	Kunskapsinhämtning (n=105)	Välfärdsteknik (n=38)
	Mv / Me	Mv / Me	Mv / Me	Mv / Me	Mv / Me	Mv / Me
Öka resurseffektiviteten	4,1 / 4,0	4,1 / 4,0	4,3 / 4,0	4,1 / 4,0	4,1 / 4,0	4,1 / 4,0
Förbättrar kvaliteten för brukare/patienter	3,5 / 4,0	3,3 / 3,0	3,4 / 3,0	3,8 / 4,0	3,5 / 3,0	4,2 / 4,0
Förbättrar kvaliteten i personalens utförda uppgifter	3,9 / 4,0	4,0 / 4,0	4,3 / 4,0	4,0 / 4,0	3,7 / 4,0	4,2 / 4,0

Påstående	Anteckningsstöd (n=94)	Textbehandlingsstöd (n=92)	Beslutsstöd i handläggning (n=11)	Analys och prognoser (n=28)	Kunskapsinhämtning (n=105)	Välfärdsteknik (n=38)
Förbättrar kvaliteten för anhöriga	2,7 / 3,0	2,5 / 2,0	4,0 / 4,0	3,2 / 3,0	3,0 / 3,0	3,7 / 4,0
Frigör tid för personal	3,9 / 4,0	3,9 / 4,0	3,7 / 4,0	3,6 / 4,0	3,7 / 4,0	4,1 / 4,0
Stärker rättssäkerheten	3,8 / 4,0	3,6 / 4,0	3,6 / 4,0	3,3 / 3,0	3,5 / 4,0	3,7 / 4,0

Skala 1-5, där 1 är att AI-stödet bidraget till påståendet i låg utsträckning och 5 i hög utsträckning.

Upplevda fördelar

Flest kommuner har erfarenhet av AI-stöd för kunskapsinhämtning, anteckningar och textbehandling, och för dem finns också de tydligaste effektbedömningarna. Största nyttan handlar om resurseffektivitet, frigjord tid för personal och högre kvalitet i personalens utförda uppgifter. Resultatet är logiskt eftersom dessa stödverktyg ger omedelbar och konkret effekt i medarbetarnas dagliga arbete utan att kräva genomgripande organisatoriska förändringar.

Resultaten bekräftar bilden från enkätens övriga delar, alltså att AI-stöden ses som ett sätt att effektivisera administrativa och dokumentationsnära arbetsuppgifter och frigöra tid för personalen. Det betyder dock inte automatiskt att personalen ägnar mer tid åt möten med brukare och patienter, och flera kommuner påpekar att nyttan hittills främst märks på individnivå hos de medarbetare som använder verktygen.

Många kommuner kan inte bedöma effekterna på kvalitet och rättssäkerhet för brukare, patienter och anhöriga, vilket speglar att uppföljningar sällan fokuserar på brukarperspektivet. De kommuner som har kommit längst med välfärdsteknisk AI, till exempel sensorbaserade larm, upplever dock tydligare kvalitetsvinster för både brukare och anhöriga.

Utmaningar och negativa effekter

Fritextsvar om negativa effekter och utmaningar är samstämmiga oavsett vilket AI-stöd som avses. Den mest framträdande utmaningen är behovet av att manuellt eftergranska resultatet, oavsett om det gäller transkriberade mötesanteckningar, AI-genererade texter eller kunskapssökningar.

Informationssäkerhet är ett annat bekymmer. Det har hänt att personal matat in känsliga personuppgifter i publika AI-verktyg, och medarbetarna är genomgående osäkra på vad de får använda AI till och i vilka sammanhang. Svaren visar tydligt att det behövs policydokument, utbildningar och lättillgängliga riktlinjer.

Inom välfärdstekniken tillkommer specifika utmaningar av mer teknisk karaktär. En kommun beskriver att ett sensorbaserat larmsystem genererade så många felarm att personalen tappade förtroendet för systemet, vilket i slutändan ledde till att sensorerna stängdes av helt. Även andra kommuner beskriver ett visst motstånd bland personalen. De som lyckats hantera det lyfter vikten av att introducera AI som ett stöd för medarbetarna, inte som ett verktyg för effektivisering uppifrån, samt att personalen får prova och läsa sig under trygga och frivilliga former.

Sammantaget är de tidiga erfarenheterna övervägande positiva, men fortfarande finns få mätbara effekter, framför allt på kvaliteten för brukare och patienter, för rättssäkerheten och för de processomställningar som kommunen gjort, se tidigare avsnitt i rapporten. Det arbete som återstår är inte i första hand tekniskt utan handlar om att bygga de organisatoriska strukturer och utveckla de kompetenser som krävs för att AI ska kunna bidra till högre kvalitet i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Organisatoriska förutsättningar för AI

En del kommuner beskriver den största framgångsfaktorn när de införde AI. Det är sällan tekniken i sig som lyfts fram, utan snarare de organisatoriska och mänskliga förutsättningarna runt den:

- ett verksamhetsnära och behovsdrivet arbetssätt
- engagemang och delaktighet hos medarbetare och chefer
- tydlig struktur och planering inför och under införandet.

Det vanligaste temat i fritextsvaren är att AI-stödet möter faktiska behov som identifierats i verksamheten. Flera kommuner betonar att medarbetarna efterfrågade stödet och att implementeringen därför var smidig. En kommun beskriver att verksamheterna var delaktiga i att både utveckla och införa stödet, och att personalen var villig att lägga den tid som krävdes för att träna upp AI-assistenten, just för att de upplevde ett genuint behov av stöd. Den bilden stämmer väl överens med andra enkätresultat, om att intresse och initiativ från enskilda enheter och personer i hög grad styr valet av AI-stöd.

Engagemang och förankring

Engagemang och positiv inställning hos personal och chefer är också en central framgångsfaktor. Flera kommuner nämner vikten av engagerade ambassadörer och nyckelpersoner som har fått tid och utrymme att utforska AI och sedan kunnat sprida kunskap och entusiasm i organisationen. En kommun introducerade AI som något frivilligt och inbjudande, utan krav eller prestationsförväntningar. Det minskade oron och sänkte trösklarna för

tveksamma medarbetare. Förändringsarbetets pedagogik och tonalitet tycks spela en stor roll.

Vidare är det viktigt med struktur, planering och tydliga rutiner. Det handlar om att förbereda införandet, välja rätt testpersoner och rätt arbetsflöden samt tydligt förklara nyttan med AI-stödet. Några kommuner lyfter fram väl genomförda introduktionsutbildningar och workshoppas som är anpassade till verksamhetsområdet som avgörande, liksom att koppla AI-användningen till ett teambaserat lärande snarare än ett individuellt.

Sammantaget pekar svaren mot att framgång i AI-arbetet inte primärt är en teknisk fråga utan en fråga om förändringsledning, delaktighet och förtroende. De kommuner som har lyckats bäst verkar ha utgått från verksamhetens behov och säkerställt att medarbetarna känt sig trygga och involverade. Det har också funnits engagerade personer som drivit på arbetet. Dessa erfarenheter utgör värdefulla lärdomar för de kommuner som nu planerar sina första AI-satsningar, och understryker att man behöver investera i förändringsprocessen också, inte bara i själva tekniken.

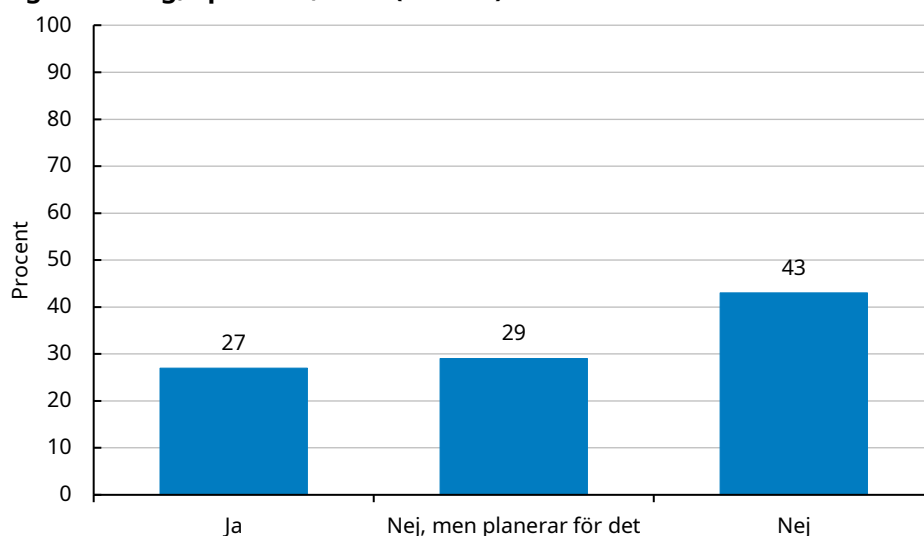
Kommunernas syn på nya socialtjänstlagens inverkan på digitalisering och välfärdsteknik

Den nya socialtjänstlagen innebär en förändrad inriktning för socialtjänstens arbete, med ett tydligt fokus på förebyggande insatser, ökad tillgänglighet och ökad jämlikhet. Lagen betonar särskilt möjligheten att erbjuda insatser utan föregående behovsbedömning, och digitalisering och välfärdsteknik bedöms spela en central roll i att förverkliga dessa ambitioner. Därför innehåller enkäten frågor om hur kommunerna bedömer att lagen påverkar deras arbete med digitala lösningar.

Kommunerna räknar med att den nya socialtjänstlagen ökar behovet av digitala lösningar – men få har analyserat vad det innebär

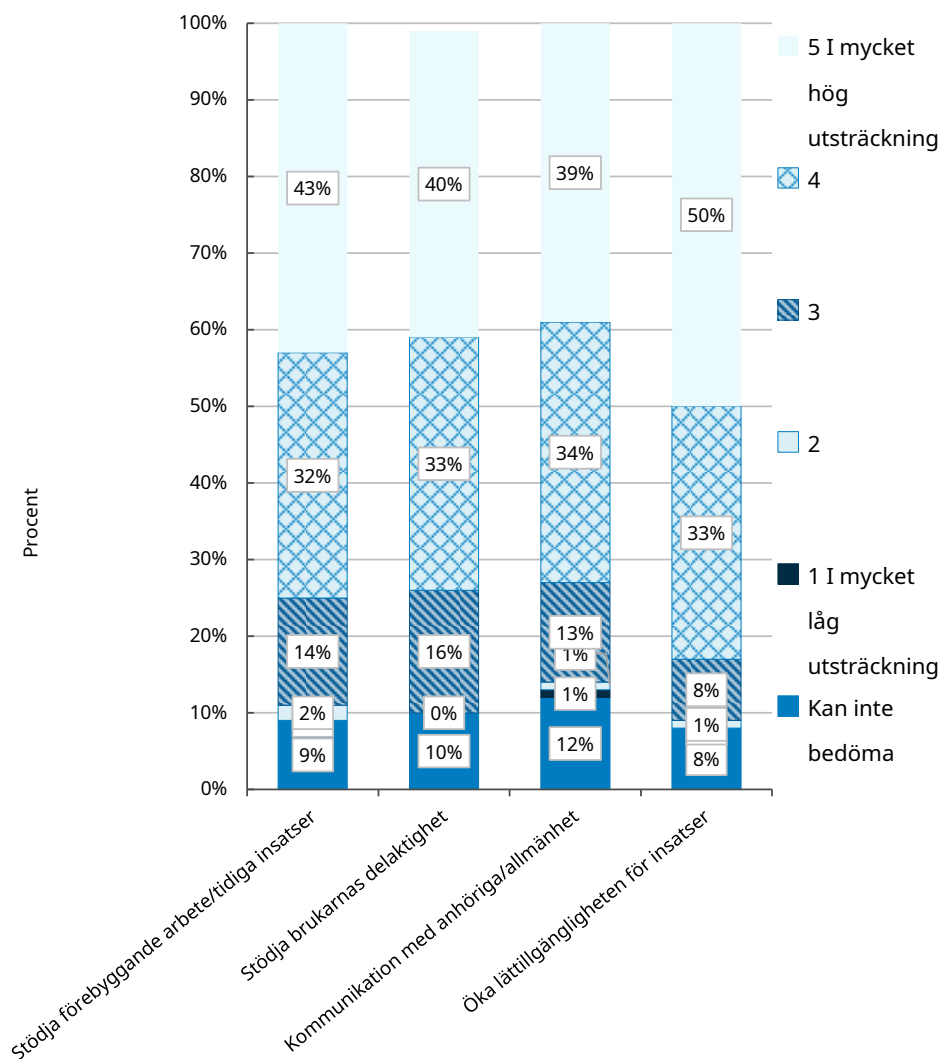
Det varierar stort vilken kunskap kommunerna har om den nya socialtjänstlagens inverkan på digitaliseringsarbetet, och hur beredda de är på förändringarna, se figur 21. Totalt 27 procent uppger att de har genomfört en strukturerad och dokumenterad analys av hur lagen påverkar användningen av digitala tjänster, välfärdsteknik och övrig digitalisering. En liknande andel, 29 procent, planerar en sådan analys men har ännu inte genomfört den. Den största andelen, 43 procent, uppger att de varken har gjort eller planerar att göra en sådan analys. Sammantaget har drygt sju av tio kommuner ingen analys av hur den nya lagen påverkar deras digitaliserings- och välfärdsteknikarbete.

Figur 21. Andel kommuner som har genomfört en strukturerad och dokumenterad analys av hur den nya socialtjänstlagen påverkar användningen av digitala tjänster, välfärdsteknik och övrig digitalisering, i procent, 2026 (n = 253).



Bilden förändras dock när kommunerna bedömer i vilken utsträckning de tror att lagen kommer att öka behovet av digitala lösningar inom olika områden. Här är svaren genomgående höga och relativt samstämmiga (se figur 22), med ett totalt en median på 4,0. Kommunerna verkar alltså ha en tydlig uppfattning om att lagen kommer att driva på digitaliseringen, även om många ännu inte har formaliserat den bedömningen i en strukturerad analys.

Figur 22. Andel kommuner som bedömer i vilken grad den nya socialtjänstlagen kommer öka behovet av digitala lösningar inom olika områden, i procent, 2026 (n = 253).



Behovet av digitala lösningar bedöms vara störst när det gäller att göra insatser mer lättillgängliga, där hälften av kommunerna bedömer behovet som mycket stort. Det är logiskt eftersom lagen betonar insatser utan behovsbedömning, och digitala kanaler och självservice-tjänster framstår som naturliga verktyg för att göra socialtjänstens stöd mer omedelbart tillgängligt. Kommunerna ser också stora behov när det gäller kommunikation med anhöriga och allmänheten, vilket speglar lagens ambition om ökad öppenhet och delaktighet – inte bara för brukarna utan också för nätverket runt dem.

Stöd till det förebyggande arbetet och tidiga insatser bedöms också högt, liksom stöd till brukarnas möjligheter att vara delaktiga i sin vård och omsorg. Dessa resultat stämmer väl överens med lagens grundläggande inriktning och understryker att kommunerna i stor utsträckning ser digitala

lösningar som redskap för att leva upp till lagens krav på ett mer proaktivt och individanpassat socialtjänstarbete. I fritextsvaren nämns också ytterligare behovsområden, såsom digitala lösningar för att förenkla handläggningen, möjligheter att arbeta mer kunskapsbaserat genom data och analys, förbättrad systematisk uppföljning av systemstöd och ökad kvalitet i dialoger och dokumentation.

Kommunerna inför digitala lösningar till följd av den nya socialtjänstlagen – men arbetet är i ett tidigt skede

53 kommuner beskrev i fritextsvar beskriver kommunerna sina nya digitala lösningar som är kopplade till den nya socialtjänstlagen. Svaren handlar om främst om att fortsätta och stärka ett pågående digitaliseringsarbete, snarare än helt nya spår. Kommunerna betonar att det i första hand är invånarnas behov, verksamhetsutvecklingen och samhällsutvecklingen som driver arbetet.

De beskrivna lösningarna kan delas in i tre huvudkategorier:

- verktyg för ökad tillgänglighet och enklare kontaktvägar, till exempel e-tjänster för ansökningar och orosanmälningar, digitala mottagningar med chatt och video samt möjlighet att själv boka tider
- digitala insatser som komplement till fysiska möten, såsom digitala hembesök, videostöd, digitalt föräldraskapsstöd och pilottester för digital hemtjänst och rehabilitering
- administrativa och systemrelaterade anpassningar, till exempel dokumentationsstöd för insatser utan behovsbedömning, nya mallar och uppdaterade verksamhetssystem.

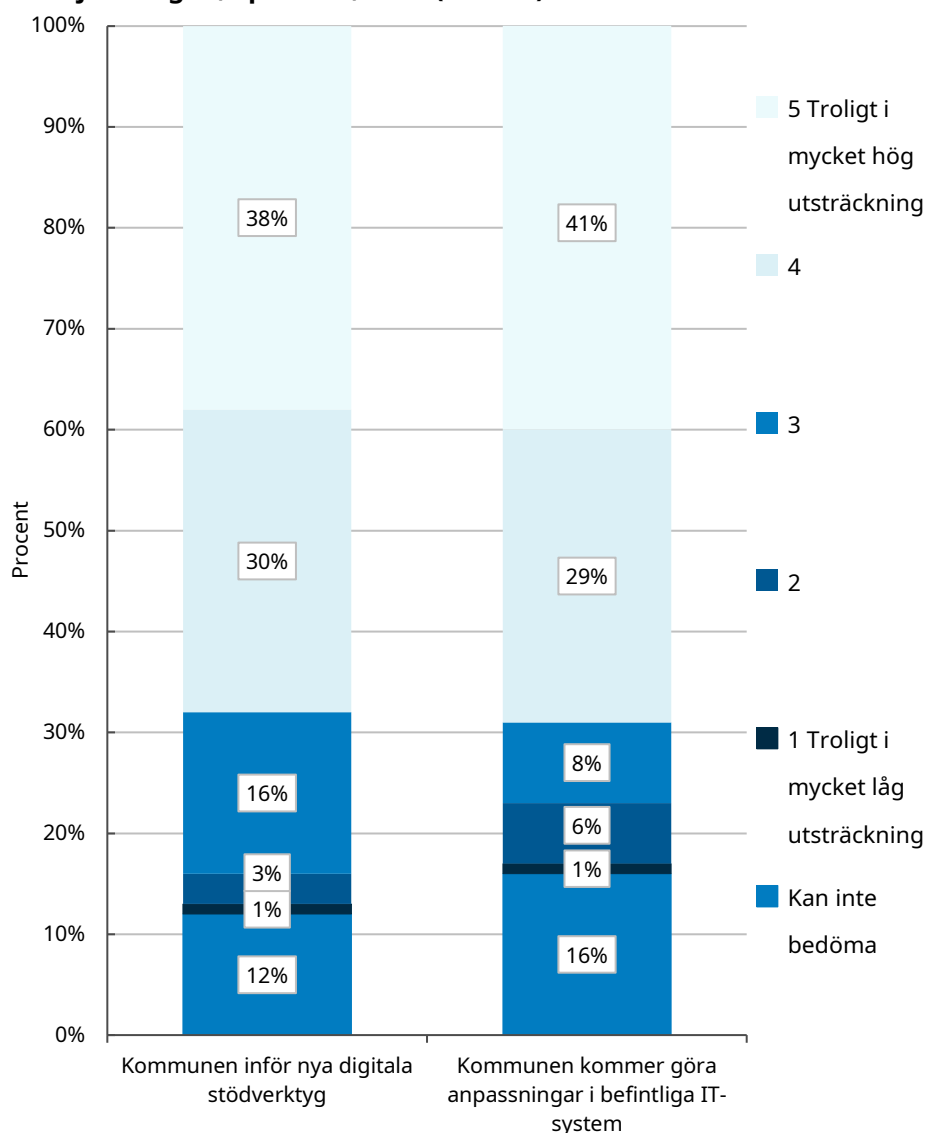
Flera kommuner håller fortfarande på att utreda eller planera hur de ska anpassa sina digitala system till lagens krav, bland annat på grund av att verksamhetssystem ännu saknar nödvändiga funktioner. Kommunerna nämner också att de behöver både digitala och analoga lösningar, eftersom många av socialtjänstens målgrupper inte är digitalt mogna. Därför vill man att digitala kanaler ska komplettera mänskliga möten snarare än att ersätta dem.

Behov av systemanpassningar och målgrupper för förebyggande digitala insatser

Många kommuner bedömer att den nya socialtjänstlagen i hög grad kräver att de anpassar sina IT-system och inför nya digitala stödverktyg, se figur 23. Det finns en bred samsyn om att lagen ställer konkreta krav på kommunernas digitala infrastruktur. Att anpassa befintliga IT-system bedöms som det mest angelägna, och 41 procent av kommunerna bedömer behovet som mycket högt. Det är logiskt att just systemanpassningar rankas högre än införande av helt nya verktyg. Många av kraven i den nya lagen behöver hanteras inom ramen för befintliga verksamhetssystem, snarare än genom att bygga upp parallella lösningar. Det gäller exempelvis krav på att dokumentera insatser utan behovsprövning och förbättra uppföljningen. Men 16 procent uppger att de inte kan bedöma behovet av systemanpassningar, vilket tyder på att en del kommuner ännu inte konkret analyserat vad lagen kan innebära för deras tekniska miljö.

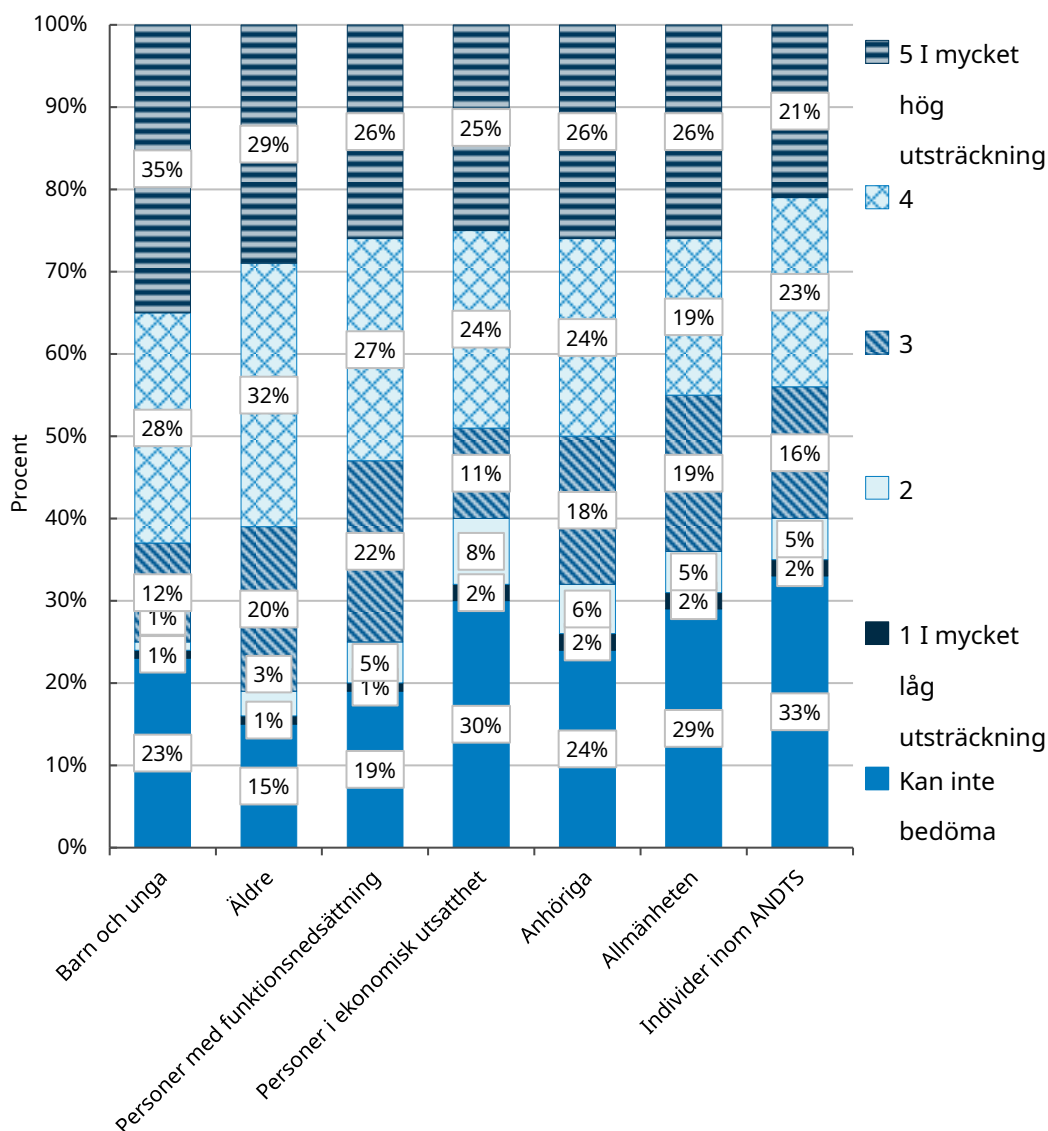
Kommunerna ser även behov av att införa nya digitala stödverktyg, och 38 procent bedömer att behovet är mycket stort. I fritextsvaren nämns att kommuner behöver möjlighet att dela data över huvudmannagränser, exempelvis med regionen, samt hantera dataskyddsfrågor och utbilda brukare i att använda ny teknik. Några kommuner nämner mer specifika behov såsom supersök-funktioner och automatiserade handläggningsprocesser, vilket pekar mot att lagkraven på kunskapsbaserat och systematiskt arbete kan komma att driva på mer avancerade digitaliseringslösningar.

Figur 23. Andel kommuner som bedömer i vilken grad de behöver anpassa befintliga system och införa stödverktyg till följd av nya socialtjänstlagen, i procent, 2026 (n = 253).



En majoritet av kommunerna bedömer att den nya socialtjänstlagen innebär ökat behov av digitala lösningar för de flesta målgrupper, se figur 24. Barn och unga bedöms vara gruppen med störst behov, och totalt 63 procent av kommunerna uppger att behovet är högt eller mycket högt. Behoven anses även vara höga för äldre och personer med funktionsnedsättning. Mellan 15 och 33 procent kan inte bedöma behovet, vilket speglar den osäkerhet och kunskapsbrist som råder.

Figur 24. Andel kommuner som bedömer i vilken utsträckning den nya socialtjänstlagen innebär ökat behov av digitala lösningar för olika målgrupper, i procent, 2026 (n = 253).



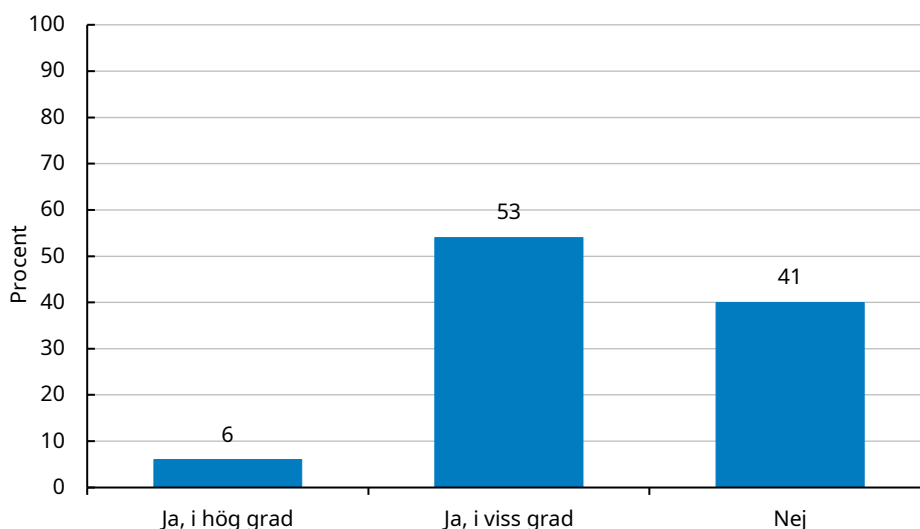
Gruppen barn och unga rankas högst, vilket är förväntat eftersom den nya socialtjänstlagen lägger ett särskilt fokus på tidiga insatser och förebyggande arbete. Dessutom bedöms digitala kanaler vara ett bra sätt att nå unga på deras egna villkor. Äldre hamnar något lägre, men även de bedöms dra nytta av digitala lösningar i relativt hög utsträckning.

För andra grupper bedöms behovet vara något lägre, såsom personer i ekonomisk utsatthet, anhöriga, personer med funktionsnedsättning, allmänheten samt personer inom beroendevården (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel – ANDTS) ligger samlade kring ett medianvärde på 4,0 och ett något lägre medelvärde än tidigare nämnda grupper. Kommunerna anser alltså att den digitala omställningen kan öka tillgängligheten för många olika målgrupper.

Risker för digitalt utanförskap i samband med den nya socialtjänstlagen

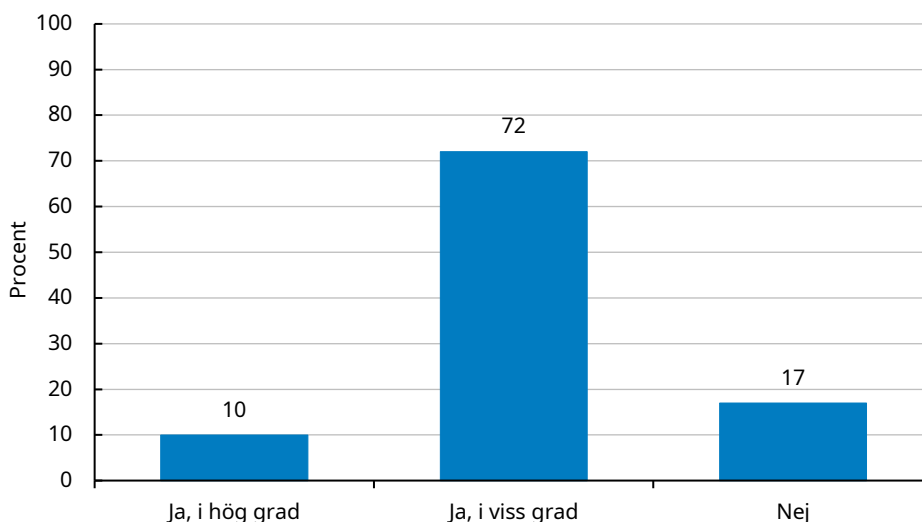
En central fråga i arbetet med den nya socialtjänstlagen är risken för ett digitalt utanförskap bland de grupper som socialtjänsten är till för att stödja. Figur 25 visar att sammanlagt 59 procent av kommunerna har identifierat sådana risker. Flera kommuner beskriver i fritextsvaren att de inte gjort någon strukturerad analys men bedömer ändå att risken finns.

Figur 25. Andel kommuner som ser risk för ökat digitalt utanförskap genom den nya socialtjänstlagen, i procent, 2026 (n = 253).



Andelen är ännu högre, 82 procent, bland de kommuner som analyserat hur den nya socialtjänstlagen påverkar användningen av digitala tjänster, välfärdsteknik eller övrig digitalisering, se figur 26.

Figur 26. Andel kommuner som ser risk för ökat digitalt utanförskap bland dem som analyserat konsekvenser av den nya socialtjänstlagen, i procent, 2026 (n = 69).



Riskgrupper för digitalt utanförskap

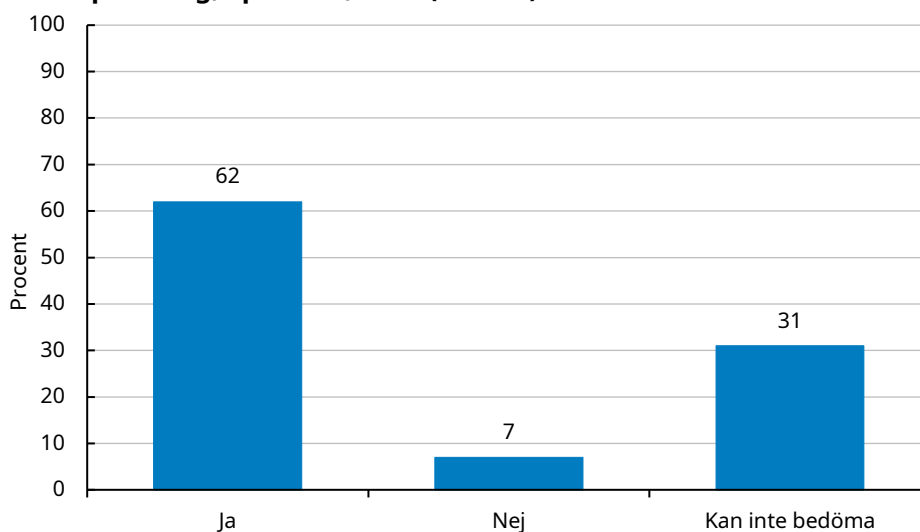
83 kommuner besvarade fritextfrågan där nämns att äldre personer ses som särskilt utsatta, på grund av bristande digital vana och kognitiv nedsättning. personer med funktionsnedsättning, särskilt kognitiva och kommunikativa svårigheter, grupper inom socialpsykiatrin, personer i ekonomisk utsatthet, nyanlända med begränsade språkkunskaper och personer i hemlöshet med skadligt bruk. För dessa kan krav på e-legitimation bli ett stort hinder, liksom texttunga e-tjänster och avsaknad av anpassningar.

Flera kommuner betonar därför att digitala lösningar måste utformas med större hänsyn till de mest utsatta grupperna, och att det alltid behöver finnas fungerande analoga alternativ. Annars riskerar den digitala omställningen att minska tillgången till stöd för just de grupper som socialtjänsten är till för.

Välfärdsteknik utan behovsbedömning – en ny verklighet för kommunerna

Den nya möjligheten att erbjuda insatser utan föregående behovsbedömning väntas få direkta konsekvenser för arbetet med välfärdsteknik. Totalt 61 procent av kommunerna bedömer att de kommer att erbjuda fler välfärdstekniker utan behovsbedömning än tidigare, se figur 27. En hög andel kan inte göra någon bedömning, 31 procent. Det speglar sannolikt att kommunerna ännu inte har rätt ut de praktiska konsekvenserna av lagens nya möjligheter.

Figur 27. Andel kommuner som bedömer att den nya socialtjänstlagen kommer att innebära att de erbjuder fler välfärdstekniker utan behovsprövning, i procent, 2026 (n = 253).



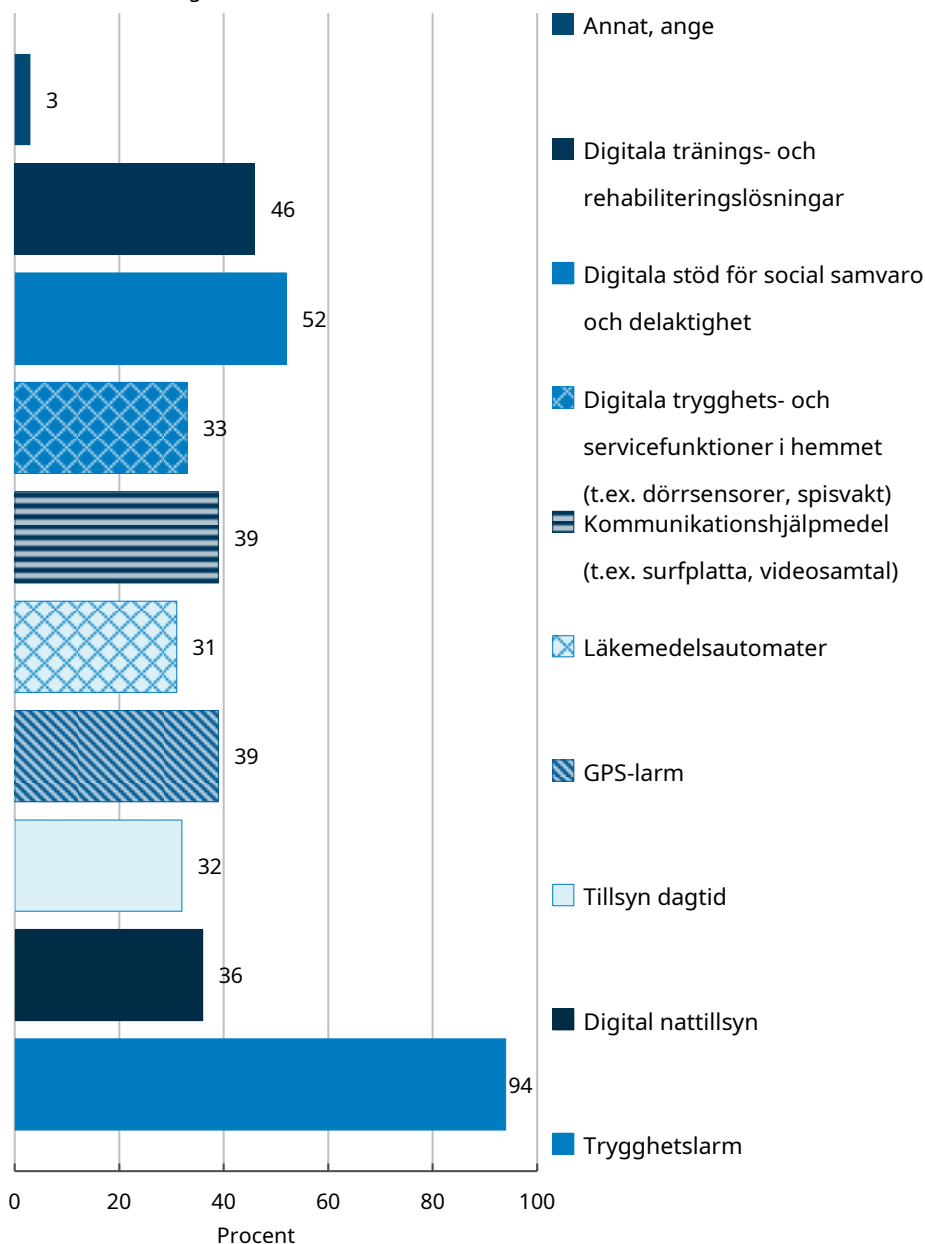
Figur 28 visar vilka typer av välfärdsteknik som kommunerna kan komma att erbjuda utan behovsbedömning. Det framgår inte vilka tekniker som redan var tillgängliga utan behovsbedömning, så figuren visar inte ökning utan är en sammanställning av befintliga och planerade tekniker.

Trygghetslarm är det absolut vanligaste svaret; 94 procent anger att trygghetslarm kan komma att erbjudas utan behovsbedömning. Det är knappast förvånande eftersom trygghetslarm sedan länge är den mest etablerade och utbredda formen av välfärdsteknik i kommunal omsorg, och dessutom lämpar sig väl för att erbjudas brett och förebyggande utan individuell prövning.

Näst vanligaste svaret är digitala stöd för social samvaro och delaktighet, följt av digitala tränings- och rehabiliteringslösningar. Det hänger ihop med den nya lagens förebyggande inriktning. Socialt stöd och rehabilitering är insatser som kan förhindra eller fördröja ett ökat omsorgsbehov, och det är positivt om fler medborgare tidigt tar del av dem.

Figur 28. Andel kommuner som bedömer att de kommer att erbjuda olika typer av välfärdsteknik utan behovsbedömning, i procent, 2026 (n = 157).

Flera svar kunde anges.



I fritextsvaren nämner en kommun insatser som skulle kunna erbjudas utan behovsbedömning, till exempel appar för familjerådgivning, behandlingsstöd till våldsutövare och insatser för personer med beroendeproblematik. Två kommuner håller på att kartlägga vilka tekniker som kan och bör erbjudas utan behovsbedömning.

Sammantaget finns potential för en stor förändring i hur kommunerna distribuerar välfärdsteknik, vilket ställer nya krav på organisation, finansiering och uppföljning. Kommunerna behöver ta ställning till hur de

säkerställer att teknik som erbjuds utan behovsprövning når dem som faktiskt har nytta av den.

Diskussion

Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik 2026

Årets uppföljning visar att kommunernas digitala utveckling fortsatt går framåt, men på ett mer selektivt sätt än tidigare. Flera resultat tyder på en förskjutning från breddinförande av ny teknik till att fördjupa, sprida och kvalitetssäkra den teknik som redan finns.

Välfärdsteknik – fortsatt utveckling

Precis som tidigare år är välfärdsteknik betydligt vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshinderområdet. Allt fler kommuner erbjuder digital tillsyn, digitala lås och stöd för dagliga aktiviteter, särskilt i ordinärt boende och särskilda boendeformer för äldre. Samtidigt minskar användningen av vissa kommunikationslösningar mellan enskilda och närstående, vilket tyder på att kommunerna omprövar de lösningar som växte fram under covid-19-pandemin. Inom kommunal hälso- och sjukvård är läkemedelsautomater fortsatt en av de mest spridda teknikerna.

Fortsatt ökning av rapporterat antal användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater

Antalet rapporterade användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater fortsätter att öka. Samtidigt är användningen fortfarande låg i många kommuner, och underutnyttjad teknik kan bli kostsam. Digital tillsyn dagtid är den minst använda tekniken, medan gps-larm och digital nattillsyn är vanligast, men även där är det ofta fråga om få användare per kommun. Detta förstärker bilden från tidigare år av att införande och faktisk användning inte alltid följs åt.

Stöd till enskilda för att minska digitalt utanförskap

En stor majoritet av kommunerna erbjuder även 2026 någon form av stöd för att minska digitalt utanförskap, genom att exempelvis ordna träffpunkter, utbildningar och digitala handledare och låna ut teknik. Kombinationen av olika stödformer gör det möjligt att anpassa insatserna till olika grupper. En mindre andel kommuner erbjuder inget sådant stöd, och vi ser en risk för geografiska skillnader i möjligheten att ta del av det digitala samhället.

Mer digitalt stöd till personal

Kommunerna erbjuder allt mer digitalt stöd till personalen, bland annat mobil dokumentation och olika planerings- och signeringsverktyg. Ökningen är störst inom verksamheter där införandet tidigare legat på en lägre nivå, såsom arbetsmarknadsinsatser och vissa boendeformer.

Samtidigt kvarstår stora skillnader mellan verksamhetsområden, och i delar av individ- och familjeomsorgen är det en betydande andel kommuner som fortfarande inte erbjuder möjlighet till mobil dokumentation.

Styrning och kvalitetsledning – färre övergripande dokument, starkare kvalitetsledningssystem

Ett av årets resultat är att styrning och kvalitetsledning utvecklas i något olika riktningar. Vi ser en minskning i andelen kommuner som har styrdokument för arbetet med att införa och använda e-hälsa och välfärdsteknik, inom både socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. En möjlig tolkning är att vissa dokument omarbetas, slås samman eller ersätts, eller att digitaliseringsfrågorna i högre grad bakas in i andra strategiska styrdokument.

Samtidigt förstärks den mer operativa delen av styrningen, och fler kommuner än tidigare har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik. Innehållet i dessa ledningssystem ligger kvar på en hög nivå: De flesta kommuner som har ett sådant system anger att de har definierat processer, tagit fram skriftliga rutiner för att införa och hantera teknik och har rutiner för riskanalys, egenkontroll och uppföljning.

Sammantaget ger detta en bild av att kvalitetsledningen stärks i praktiken, även om de övergripande strategiska dokumenten inte ökar i samma takt.

AI och nya socialtjänstlagen

Årets enkätresultat ger en bred och sammansatt bild av hur kommunerna arbetar med artificiell intelligens och arbetet med digitalisering efter införandet av nya socialtjänstlagen. Resultaten visar en sektor i rörelse:

- Många kommuner har infört eller planerar att införa AI-baserade lösningar.
- Den nya socialtjänstlagen skapar nya förutsättningar.
- Frågor om rättssäkerhet, integritet och digitalt utanförskap har blivit alltmer centrala.

- Arbetet är fortfarande fragmenterat och många kommuner saknar formella strukturer, strategisk styrning och systematisk uppföljning.

Här analyserar och diskuterar vi enkätresultaten med fokus på de mönster och samband som framträder, och med särskilt fokus på faktorer som påverkar kommunernas förmåga att införa, förvalta och följa upp digitala lösningar på ett ändamålsenligt och hållbart sätt.

En majoritet av kommunerna arbetar med eller planerar AI – men arbetet är relativt ostrukturerat

De flesta kommuner använder AI-verktyg eller planerar att införa sådana. Den snabba utvecklingen hänger delvis samman med att generella verktyg såsom Copilot och ChatGPT gjort AI lättillgängligt utan omfattande upphandlingar eller systemintegrationer. Det har bidragit till att AI-användningen ofta växt fram underifrån, via enskilda verksamheter och individer, snarare än genom centrala beslut. Den organiska spridningen har ökat acceptansen bland användarna, men innebär också att arbetet i många kommuner ännu är svagt förankrat i formella strukturer för styrning, juridisk prövning och uppföljning.

Socialstyrelsen har i flera år lyft fram strukturerade processer som en framgångsfaktor för kommunernas digitala utveckling [2, 3, 6, 7, 8], men drygt en tredjedel av kommunerna saknar etiska riktlinjer för AI, färre än en av fyra har en formell AI-plan eller strategi, och bara en tredjedel har en central funktion för AI-frågor. Frånvaron av formella ramar innebär inte nödvändigtvis att arbetet stannar av, men det finns en ökad risk för att arbetet blir ojämnt, svårt att kvalitetssäkra och sårbart för personalförändringar.

Kommunerna ser AI som ett effektiviseringsverktyg

Kommunerna vill använda AI för att effektivisera och förbättra arbetet, bland annat dokumentationen, och i stället lägga mer tid på mötet med brukare och patienter. Relativt få kommuner lyfter fram AI som ett medel för att förbättra kvaliteten direkt för brukare och patienter, stärka brukardelaktigheten eller utveckla nya former av stöd och insatser. Ännu mer sällsynt är att kommunerna beskriver AI som ett verktyg för att förnya befintliga processer. Man vill alltså i första hand göra det befintliga mer effektivt, snarare än att förändra vad som görs eller hur det görs. Detta kan dock fortfarande medföra nytta för brukarna i form av frigjord tid eller bättre processer.

AI-stödet väljs ofta nedifrån och av tillgängliga verktyg

Intresse och initiativ från enskilda enheter och personer är den vanligaste faktorn när kommunerna väljer AI-stöd, och många har ett pragmatiskt fokus på snabba vinster och tillgängliga verktyg. Formella behovsanalyser, juridiska bedömningar och strategiska prioriteringar spelar en påtagligt mer begränsad roll.

Befintliga leverantörer och avtal har också en framträdande roll i beslutsprocesserna, genom att kommuner väljer de AI-funktioner som finns i befintliga verksamhetssystem, i stället för att självständigt identifiera sina behov och upphandla den lämpligaste lösningen. Sådana inlåsnings effekter i befintliga system och leverantörskedjor beskrivs av flera kommuner, och utan en tydlig strategisk kompass är det svårt att behålla handlingsfrihet i en snabbt rörlig teknikmarknad.

Kompetensen är ojämn – och den juridiska kunskapen är det svagaste området

Bristande kompetens är ett genomgripande hinder för AI-arbetet. Det handlar inte om en specifik kompetens utan om ett helt komplex av kunskapsbehov i olika delar av kommunen. Mer än hälften av kommunerna bedömer sin juridiska kompetens inom AI som otillräcklig, samtidigt som frågor om juridik och sekretess ses som de största hindren för AI-användningen. GDPR, EU:s AI-förordning, sekretesslagstiftning och frågor om dataägar rätt utgör ett komplext juridiskt landskap som ständigt förändras. Kommunerna saknar i många fall de interna resurser som krävs för att hantera dessa frågor på ett adekvat sätt. Att många AI-lösningar ännu inte är rättsligt prövade i tillräcklig utsträckning förstärker osäkerheten ytterligare.

Utbildningsinsatserna har hittills främst riktats till chefer och specialister, medan knappt 40 procent av kommunerna har erbjudit utbildning för handläggare och övrig personal. Mer än en av tre kommuner har inte genomfört några särskilda utbildningsinsatser alls. AI-stöd som inte kombineras med utbildning riskerar att inte användas alls, eller att användas på ett sätt som inte är ändamålsenligt eller säkert.

En viktig aspekt av kompetensfrågan som framkommer i fritextsvaren är behovet av källkritisk förmåga. AI-system, och framför allt generativa språkmodeller, presenterar information på ett övertygande och auktoritativt sätt oavsett om informationen stämmer. Fenomenet med hallucinationer, där AI-system genererar plausibelt klingande men faktamässigt felaktig information, identifieras av ett antal kommuner som ett konkret problem, framför allt i sammanhang där AI används för juridiska tolkningar eller

faktainhämtning. Socialstyrelsens bedömning är att hantera den risken kräver inte bara tekniska åtgärder, utan framför allt att medarbetarna har den ämneskompetens och det kritiska förhållningssätt som krävs för att identifiera och korrigera felaktigheter i AI-genererat innehåll.

Uppföljningen av AI-stöd är begränsat

Systematisk uppföljning är en välkänd framgångsfaktor vid införande av välfärdsteknik och digitala lösningar [2, 3, 6, 7, 8], men uppföljningen av AI-stöd är ett tydligt utvecklingsområde. Drygt en tredjedel av kommunerna planerar ingen strukturerad uppföljning av sina AI-lösningar, och bland de kommuner som gör eller planerar uppföljningar är det stor variation i systematik och ambitionsnivå.

Mellan 50 och 77 procent av kommunerna kan heller inte bedöma hur AI-stöden påverkar kvaliteten för brukare och patienter, eftersom de inte nått så långt med sina uppföljningar. Dessutom är det svårt att mäta kvalitativa nyttor, alltså om dokumentationen har blivit mer rättssäker, om handläggningsbesluten har blivit bättre eller om individens situation har förbättrats tack vare AI-stödet. Risken är att uppföljningen fastnar i kvantitativa mått som är enklare att hantera.

Socialstyrelsens bedömning är arbetet med välfärdsteknik visar stora fördelar med löpande uppföljning som pågår under hela implementeringsprocessen, eftersom kommunerna då kan korrigera kursen, identifiera oförutsedda behov och vidga teknikens användningsområden [2, 3]. En liknande ansats är motiverad för AI-stöd, särskilt som tekniken utvecklas snabbt utveckling och förknippas med komplexa etiska och juridiska frågor.

Osäkerhet kring juridik och informationssäkerhet bromsar AI-arbetet

Kommunerna pekar ut osäkerhet i hanteringen av juridiska frågor, informationssäkerhet och datadelning som de största hindren för AI-användning. Osäkerhet kring GDPR, EU:s AI-förordning, sekretessregler och användning av internationella molntjänster gör att många tvekar inför lösningar som hanterar känsliga personuppgifter. Tekniska begränsningar och bristande integration med befintliga verksamhetssystem förstärker hindren och leder ofta till parallella arbetsätt som minskar nyttan.

Kompetensbristen gör det också svårt att hantera de juridiska och säkerhetsmässiga frågorna på ett systematiskt sätt. Socialstyrelsen ser ett behov av nationellt stöd när det gäller juridik, etik, informationssäkerhet och upphandling, särskilt för mindre kommuner med begränsad intern kapacitet.

Den nya socialtjänstlagen driver på digitaliseringen

Kommunerna ser ett ökat behov av digitala lösningar genom den nya socialtjänstlagens betoning på förebyggande insatser, ökad tillgänglighet och stöd utan behovsbedömning. De främsta behoven bedöms handla om lättillgängliga insatser och god kommunikation med anhöriga och allmänheten. För att socialtjänsten ska kunna nå fler medborgare behöver de digitala kanalerna vara tillgängliga, intuitiva och anpassade efter olika gruppers förutsättningar [9].

Sex av tio kommuner bedömer att de kommer att erbjuda fler välfärdstekniker utan behovsbedömning, framför allt trygghetslarm, digitala stöd för social samvaro och tränings- och rehabiliteringslösningar. Kommunerna behöver dock hitta nya sätt för att säkerställa att tekniken faktiskt når dem som har nytta av den.

Digitaliseringen riskerar att öka utanförskapet – kommunerna måste säkerställa att ingen lämnas utanför

Många kommuner bedömer att digitaliseringen av socialtjänsten innebär risk för digitalt utanförskap bland de grupper som verksamheten är till för att stödja, bland annat äldre personer, personer med funktionsnedsättning, framför allt med kognitiva svårigheter, personer i ekonomisk utsatthet, nyanlända med begränsade kunskaper i svenska och individer med skadligt bruk och hemlöshet. De som inte ser någon sådan risk kan dock underskatta problemets omfattning, inte minst eftersom flera av dessa kommuner inte gjort någon strukturerad analys [10].

Digitalt utanförskap handlar inte enbart om tillgång till teknik. Även om den materiella tillgången till digital teknik ökar är det inte självklart att de mest utsatta grupperna får tillräckligt med kunskap och stöd för att kunna använda digitala tjänster på ett meningsfullt sätt.

En hög andel kommuner kan inte bedöma brukarnas och patienternas förutsättningar och inställning när det gäller AI och digitala lösningar, vilket tyder på att det perspektivet i liten utsträckning har inkluderats i kommunernas AI- och digitaliseringsarbete. Utan systematisk kunskap är det svårt att utforma insatser som faktiskt fungerar för alla [11]. Socialstyrelsens bedömning är att kommuner som i tidigt skede involverar brukare och personal i behovsanalyser har bättre möjligheter att identifiera risker för exkludering och utforma lösningar som möter verkliga behov.

Framgången beror mer på organisation och ledarskap än på tekniken

Socialstyrelsens bedömning är att ett framgångsrikt AI-arbetet handlar sällan om tekniken i sig, utan om de organisatoriska och mänskliga förutsättningarna runt den. De kommuner som anses kommit längst har utgått från faktiska behov och i hög grad involverat medarbetare och chefer. Tydlig planering, strukturerade introduktioner och trygga former för att testa lösningar framhålls som viktiga för att AI-stöden ska få genomslag och leda till nytta i verksamheten.

AI och nya socialtjänstlagen – avslutande kommentarer

Kommunsektorn står inför ett avgörande skifte i sin digitala omställning. AI är numera en del av vardagsarbetet i hälften av landets kommuner, och den rörelsen är svår att vända. Frågan är inte längre om kommunerna ska arbeta med AI, utan hur de ska göra det på ett sätt som är rättssäkert, etiskt försvarbart, effektivt och tillgängligt för alla.

Enkätresultaten synliggör en del utmaningar som är välbekanta från arbetet med välfärdsteknik och digitalisering i stort, såsom avsaknad av formella styrdokument, otillräcklig juridisk kompetens, bristande uppföljning och risk för digitalt utanförskap [2, 3, 6, 7, 8]. Det finns alltså kunskaper och erfarenheter att bygga vidare på, och framgångsfaktorerna är ungefär desamma oavsett om det handlar om AI, sensorteknik eller digitala kontaktvägar.

Det som gör AI-frågan unik är teknikens inneboende egenskaper. Kraven på transparens, kontroll och ansvarstagande är särskilt höga inom socialtjänsten eftersom beslut och bedömningar har stor inverkan på individers liv och rättigheter. Att möta de kraven kräver ett arbete som är systematiskt, brukarorienterat och juridiskt förankrat. Enkäten visar att kommunsektorn har svårt för att ha den kapaciteten utan mer nationellt stöd.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. 2019. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2019-5-16.pdf>
2. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. 2024. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9099.pdf>
3. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. 2023. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-5-8549.pdf>
4. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Svensk version 2022 av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-1-7716.pdf>
5. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI). 2022. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-5-7900.pdf>
6. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. 2025. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9099.pdf>
7. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. 2022. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7897.pdf>
8. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. 2021. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-5-7384.pdf>
9. Myndigheten för digital förvaltning. Övervakning av digital offentlig service i Sverige 2022–2024. 2025. Hämtad från:
<https://www.digg.se/download/18.5dc93d131948db30f8dac6/17383334>

01622/O%CC%88vervakning%20av%20digital%20offentlig%20service%20i%20Sverige%202022-2024.pdf

10. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet 2025. 2025. Hämtad från:
<https://www.vardanalys.se/digital-publikation/redo-for-framtiden/>
11. Socialstyrelsen. Välfärdsteknikens påverkan på kvalitet och resurseffektivitet. 2025. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/dc96d35456d542bc82b029b7f1b91877/2025-9-9710.pdf>

Bilaga 1 Svarsfrekvens

Tabell 1. Antal och andel kommuner som har besvarat Socialstyrelsens enkät om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, 2026.

	Antal kommuner	Svarande, antal	Svarande, andel
Totalt	290	255	88
Region			
Region Stockholm	26	24	92
Region Uppsala	8	7	88
Region Sörmland	9	9	100
Region Östergötland	13	12	92
Region Jönköpings län	13	12	92
Region Kronoberg	8	7	88
Region Kalmar län	12	11	92
Region Gotland	1	1	100
Region Blekinge	5	5	100
Region Skåne	33	26	79
Region Halland	6	4	67
Västra Götalandsregionen	49	45	92
Region Värmland	16	14	88
Region Örebro län	12	11	92
Region Västmanland	10	10	100
Region Dalarna	15	13	87
Region Gävleborg	10	9	90
Region Västernorrland	7	6	86
Region Jämtland Härjedalen	8	7	88
Region Västerbotten	15	12	80
Region Norrbotten	14	12	86

Bilaga 2 Kommunernas driftsformer

I enkäten ställdes frågan om i vilken utsträckning kommunerna har lagt ut verksamheter på andra utförare än kommunens egna. Det är möjligt genom entreprenadavtal eller avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV-avtal), eller genom att kommunen köper enstaka platser hos privata företag.

Resultatet visar att en majoritet av kommunerna driver utförarverksamheterna helt eller delvis i egen regi (se tabell 1). Det verksamhetsområde som är vanligast att kommunerna bedriver helt i egen regi är dagverksamhet inom äldreomsorg. Inom familjerätt är det i stället störst andel som har överlåtit all utförarverksamhet.

Tabell 1. Driftsformer för kommunernas utförarverksamhet, andel kommuner i procent, 2026 (n = 255)

Verksamhetsområde	Kommunen driver all utförarverksamhet i egen regi	Kommunen driver en eller flera utförarverksamheter i egen regi, men inte alla	Kommunen har överlåtit all utförarverksamhet till annan juridisk person*
Barn och unga	53	43	4
Arbetsmarknadsinsatser	79	18	3
Familjerätt (till exempel samarbetsamtal)	74	14	12
Vuxna med missbruksproblem	56	42	2
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	66	32	2
Äldreomsorg i särskilda boendeformer	70	29	1
Äldreomsorg, dagverksamheter	94	5	1
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	71	27	2
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	51	48	1
Kommunal hälso- och sjukvård	85	14	1

* Annan juridisk person kan till exempel vara privat bolag, kommunalt bolag, stiftelse, annan kommun eller kommunalförbund.

Bilaga 3 Kvalitetsdeklaration

E-hälsa

Projektkod

R56023-3

Diarienummer

12241/2026

Statistikens kvalitet

Relevans och Syfte

Uppdrag

Detta är en årlig enkätundersökning där Socialstyrelsen ställer frågor om digitalisering, e-hälsa och välfärdsteknik i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Undersökningen är ett regeringsuppdrag och riktar sig till alla kommuner i landet. Enkäten har skickats ut sedan 2014 och är den enda systematiska datainsamlingen avseende digitaliseringen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

Syfte

Syftet med enkäten är att:

- öka kunskapen om e-hälsa och välfärdsteknik i landets kommuner
- stödja kommunernas digitala verksamhetsutveckling och möjliggöra jämförelse
- förbättra förutsättningarna för regeringen och andra aktörer i arbetet med att främja den digitala utvecklingen för en god vård och omsorg

Statistikens innehåll

Objekt och population

I denna undersökning utgörs målpopulationen av samtliga kommuner.

Denna undersökning vänder sig till äldreomsorgschef, socialchef eller motsvarande funktion som kan besvara frågor om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i sin kommun.

Rampopulationen har i denna undersökning skapats med hjälp av lista över samtliga kommuner. Rampopulationen omfattar 290 kommuner och sammanfaller med målpopulationen.

Variabler och statistiska mått

Frågorna utformades av enkätkonstruktör och projektledare med hjälp av Socialstyrelsens experter. Många av frågorna är återkommande varje år. Samråd har genomförts med Sveriges kommuner och regioner (SKR). Ombearbetning av frågorna har skett efter att allas synpunkter har inkommit. Enkäten har inför utskick testats av projektledare, enkätkonstruktörer och statistiker.

Enkäten består av ca 90 frågor där många i sin tur är indelade i delfrågor, vilka blir synliga i enkäten utifrån hur respondenten har besvarat tidigare frågor om t.ex. tillgänglig teknik. En blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor används.

En rådatafil med variabler och insamlade svar har levererats till projektledaren. För enkätfrågor som är envals- eller flervalfrågor har även resultattabeller med andelar och frekvenser levererats. Ytterligare korstabeller skapas enligt en beställning från projektledaren i form av en tabellplan för 2026.

Redovisning sker på kommunnivå samt uppdelad i vissa fall på kommunstorlek. Då rapporten är årligt återkommande prioriterats även jämförelsen mellan åren.

Urval

Undersökningen är en totalundersökning av Sveriges samtliga kommuner.

Viktberäkning och skattning

Undersökningen är en totalundersökning och ingen viktberäkning eller skattning görs.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes via en webbenkät med åtföljande missiv med information om undersökningen. Enkäten skickades via e-post till registratören i samtliga Sveriges 290 kommuner. Datainsamlingen pågick under perioden 13 februari – 25 mars 2026. Den ursprungligt angivna sista svarsdagen var 6 mars. Under insamlingsperioden skickades ett grundutskick, två ordinarie påminnelser före sista svarsdag, en förlängning efter sista svarsdag samt två påminnelser efter det.

Svarsfrekvens

Det är 255 kommuner av de 290 i landet som har besvarat enkäten. Detta ger en svarsfrekvens på ungefär 88 procent.

Tillförlitlighet

Ramtäckning

Ingen över- eller undertäckning förekommer eftersom rampopulationen sammanfaller med målpopulationen.

Mätfel

Enkäten konstruerades av enkätkonstruktör, ämneskunnig, statistiker, med pilotundersökning samt i samråd med SKR för att minska risken för mätfel.

En granskning av inkomna svar har gjorts och respondenter har vid ologiska svar kontaktats för att kontrollera sina svar och ges möjlighet till rättning. Öppna svar har granskats för att se att dessa överensstämmer med övriga svar.

Bortfall

Enkäten har besvarats av 255 kommuner. Objektbortfallet är därmed 12 procent.

Objektbortfallet ökar den slumpmässiga osäkerheten. Det är dock svårt att bedöma huruvida systematiskt bortfall förekommer och i vilken utsträckning tillförlitligheten påverkas av eventuell skevhet. Vid omfattande bortfall är det viktigt att tolka statistiken med försiktighet, eftersom den kan vara påverkad av systematiska fel.

Många frågor i enkäten är obligatoriska att besvara och därmed uppstår inget partiellt bortfall för dessa frågor. Partiellt bortfall kan ske på frågorna som utformats som frisvarsfrågor. I denna undersökning förekommer ett visst partiellt bortfall men det är så pass litet att det troligen inte påverkar resultaten i någon betydande omfattning.

Bearbetning

Vid bearbetningen av datamaterialet kan fel uppstå, såsom registrerings- och kodningsfel.

En kvalitetskontroll av rimligheten i värdena har genomförts.

Tillgänglighet och presentation

Tillgång till statistiken

Resultaten på enkätundersökningen publiceras i en årligt återkommande rapport om e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Se: www.socialstyrelsen.se

Presentation

De insamlade statistikuppgifterna sammanställs i Excel i form av en rådatafil, frekvenstabeller och andra tabeller sammansatta enligt projektledarens tabellbeställningsplan. Rådatasetet diarieförs och en kvalitetsdeklaration upprättas för undersökningen.

Dokumentation

Denna kvalitetsdeklaration utgör en produktbeskrivning och är en del av dokumentationen av statistiken.

Jämförbarhet med tidigare undersökningar

Detta är den trettonde gången Socialstyrelsen genomför en kartläggning och analys av e-hälsa och välfärdsteknik införd hos kommunerna.

Frågeformuläret revideras varje år och några variabler ersätts, definitioner ändrats eller nya frågor adderas i undersökningen. Alla insamlade variabler är därför inte jämförbara över tid.

Begreppslista

Målpopulation - Den grupp av enheter som undersökningen syftar till att ge information om. Målpopulationen utgörs av de organisationer eller enheter som resultaten ska representera.

Målobjekt - De specifika enheter inom målpopulationen som studien avser att undersöka.

Rampopulation - Den del av målpopulationen som är tillgänglig genom det register eller urvalsram som används för undersökningen. Rampopulationen kan skilja sig från målpopulationen.

Ramtäckning - I vilken utsträckning rampopulationen täcker målpopulationen. Fullständig ramtäckning innebär att alla enheter i målpopulationen finns med i rampopulationen.

Undertäckning - När vissa enheter i målpopulationen inte finns med i rampopulationen.

Övertäckning - När rampopulationen inkluderar enheter som inte tillhör målpopulationen, exempelvis om ett register innehåller felaktiga eller inaktuella uppgifter.

Mätfel – Fel som uppstår vid insamling av data, till exempel om en respondent missförstår en fråga, eller om enkäten inte är tydligt utformad för att fånga rätt information. Detta leder till att den insamlade informationen inte överensstämmer med verkligheten. I vissa fall behöver respondenter inhämta information från flera uppgiftslämnare med specifik kunskap om måttet vilket kan ge utrymme för skilda tolkningar av undersökningsvariabler.

Objektbortfall - Om en eller flera respondenter inte har svarat på hela enkäten uppstår ett objektbortfall.

Obundet slumpmässigt urval (OSU) - Ett urvalsförfarande som innebär att alla kombinationer av n objekt (urvalsstorleken) från en population som består av N objekt har lika stor sannolikhet att bli utvalda.

Partiellt bortfall - När en individ som representerar en enhet besvarar enkäten men inte svarar på alla frågor, vilket leder till att viss information saknas i undersökningen. Många enkäter innehåller frågor som måste besvaras för att komma vidare i enkäten. För sådana frågor kan inget partiellt bortfall uppstå.

Urvalsfel - Den skillnad som kan uppstå mellan resultatet från urvalet och det resultat som skulle ha erhållits om alla enheter i målpopulationen hade undersökts. Detta fel uppstår eftersom inte alla enheter undersöks.

Registreringsfel – Fel som kan uppstå vid inmatning eller överföring av insamlade data från enkäten till en databas eller ett lagringssystem.

Exempelvis kan enkätsvar registreras felaktigt på grund av manuella misstag eller tekniska problem under överföringen av data från enkäten till systemet.

Kodningsfel – Fel som uppstår vid kategorisering eller kodning av svar, vilket kan leda till att data analyseras och tolkas fel.

Allmänna uppgifter

Sekretess och personuppgiftsbehandling

Vi samlar in kontaktuppgifter för de svarande i enkäten. Kontaktuppgifter är personuppgifter och behandlas hos Socialstyrelsen i enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Mer information om hur Socialstyrelsen behandlar personuppgifter finns

här: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/behandling-av-personuppgifter>. Se särskilt under rubriken Enkätundersökningar riktade till verksamheter. Enkät svar som kommer in till Socialstyrelsen är enligt huvudregeln allmänna handlingar. Det innebär att allmänheten har rätt till att ta del av innehållet, om det inte finns uppgifter som är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bevarande och gallring

Socialstyrelsen följer lagar och förordningar gällande hantering och gallring av handlingar.

Det som diarieförs är:

- Enkät
- Missiv
- Sändlista
- Rådatafil
- Samrådiskommunikation

Kontaktuppgifter

Statistikansvarig myndighet	Socialstyrelsen
-----------------------------	-----------------

Projektledare	Sundiata Owens
----------------------	----------------

Socialstyrelsen kan kontaktas via epost på socialstyrelsen@socialstyrelsen.se.

Bilagor

Frågeformulär

Finns diarieförd under 12241/2026-2.

Bilaga 4 ICF och KSI

Tabell 1. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder ICF i dokumentationen, i procent, 2015–2026

Verksamhet	2015 (n=2 38)	2016 (n=2 43)	2017 (n=2 38)	2018 (n=2 31)	2019 (n=2 03)	2020 (n=2 48)	2021 (n=2 85)	2022 (n=2 88)	2023 (n=2 90)	2024 (n=2 63)	2025 (n=2 63)	2026 (n=2 53)
Barn och unga	14	18	19	18	23	25	28	28	35	35	33	36
Ekonomiskt bistånd	4	5	7	10	13	16	17	21	24	22	23	23
Vuxna med missbruksproblem	7	8	9	11	15	20	22	24	27	25	27	27
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	14	20	23	32	47	56	65	67	73	79	81	78
Äldreomsorg	26	29	37	44	58	60	66	69	73	78	78	79
Familjerätt*	-	-	-	-	-	-	-	-	24	24	24	22

*Frågan om Familjerätt ställdes inte mellan 2015 och 2022.

Tabell 2. Andel kommuner där personal i de kommunala utförarverksamheterna använder ICF i dokumentationen, i procent, 2015–2026*

Verksamhet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Barn och unga	8	14	14	13	20	20	19	22	30	28	26	28
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6	8	14	12	15	18	19	17	18
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8	12	18	17	20	24	22	23	25
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	12	17	18	28	39	47	46	57	63	70	67	68
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26	36	45	45	44	51	58	64	58	62
Äldreomsorg, särskilt boende och dagverksamhet**	19	20	25	37	46	-	-	-	-	-	-	-

Verksamhet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Äldreomsorg, särskilt boende***	-	-	-	-	-	48	46	55	60	66	61	65
Äldreomsorg, dagverksamheter***	-	-	-	-	-	41	42	52	55	62	60	65

* Antal kommuner som har besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andelen beräknas utifrån hur många kommuner som har svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

** 2015–2019 var frågan om särskilt boende för äldre och dagverksamhet sammanslagen.

*** Från 2020 delas frågan upp mellan särskilt boende för äldre och dagverksamhet.

Tabell 3. Andel kommuner där ICF används i dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården i procent, 2015–2026*

Typ av boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	72	77	75	82	83	84	86	87	87	85	87
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	72	78	76	82	83	84	86	87	87	84	86

* Antal kommuner som har besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andelen beräknas utifrån hur många kommuner som har svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

Tabell 4. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder KSI i dokumentationen, i procent, 2018–2026.

Verksamhet	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)	2024 (n=263)	2025 (n=263)	2026 (n=253)
Barn och unga	7	14	12	12	11	11	13	14	16
Ekonomiskt bistånd	6	10	8	9	10	9	11	11	13
Vuxna med missbruksproblem	6	10	10	9	10	10	11	12	15
Funktionshinder (SoL- och/eller LSS)	7	19	14	16	20	20	21	20	22
Äldreomsorg	10	23	19	21	23	21	22	21	23

Tabell 5. Andel kommuner där personalen i de kommunala utförarverksamheterna använder KSI i dokumentationen, i procent, 2018–2026*.

Verksamhet	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Barn och unga	4	9	9	6	9	9	12	12	14
Arbetsmarknadsåtgärder	3	5	7	5	7	7	9	8	11
Vuxna med missbruksproblem	4	7	8	6	10	9	10	10	13
Funktionshinder**	5	13	11	-	-	-	-	-	-
Funktionshinder (LSS)***	-	-	-	11	14	16	17	17	21
Funktionshinder (SoL)***	-	-	-	12	15	17	18	17	21
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	8	17	15	13	17	15	18	19	21
Äldreomsorg, särskilt boende för äldre och dagverksamheter****	7	16	-	-	-	-	-	-	-
Äldreomsorg, särskilt boende för äldre *****	-	-	14	14	18	17	19	20	22
Äldreomsorg, dagverksamheter*****	-	-	12	12	17	16	16	19	20

*Antal kommuner som har besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andelen beräknas utifrån hur många kommuner som har svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

**2018–2020 var frågan om LSS och SoL sammanslagen.

***Från 2021 delas frågan upp mellan LSS och SoL.

****2018–2019 var frågan om särskilt boende för äldre och dagverksamhet sammanslagen.

*****Från 2020 delas frågan upp mellan särskilt boende för äldre och dagverksamhet.

Bilaga 5 Kvalitetskontroll och stickprov

I kvalitetskontrollen identifierade Socialstyrelsen två kommuner med en kraftig ökning eller minskning i antalet användare av digital tillsyn, gps-larm eller läkemedelsautomater mellan 2025 och 2026. Vi kontaktade kommunerna, varav den ena återkom med att uppgifterna stämde. Den andra återkom inte och vi strök därför de avvikande mantalsuppgifterna.

Tidigare resultat visar att mantalsuppgifter behöver tolkas med försiktighet. Ökningar och minskningar kan bero på felsvar eller olika tolkningar av enkätfrågan, och inte faktiska förändringar i verksamheten. Det gäller inte även för övriga enkätfrågor, vilket 2023 års kvalitetskontroll visade [2]. Generellt bör man inte lägga för stor vikt vid mindre förändringar i resultatet, om några enstaka procentenheter, medan större förändringar fortfarande visar på trender i utvecklingen.

Socialstyrelsen anpassar enkäten och tydliggör enkätfrågor löpande tillsammans med sakkunniga och kommunrepresentanter för att begränsa tolkningsutrymmet.



E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2026 (artikelnr 2026-5-10265)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.