

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Redovisning av nyckeltal för utveckling av
e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna
2016

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

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

Artikelnummer 2016-5-30
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2016

Förord

Detta är tredje året som Socialstyrelsen redovisar uppgifter om utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. I årets rapport har Socialstyrelsen valt att föra in begreppet välfärdsteknik. Med detta avses digitala tjänster som riktar till äldre personer och personer med funktionsnedsättningar som behöver stöd för att känna sig trygga och delaktiga i samhället. I regeringens överenskommelse med Sverige Kommuner och Landsting 2014 exemplifierades detta som "... digitala trygghetslarm, tele- och videokommunikation, sensorer i hemmet, ett mobilt arbetssätt samt övriga tjänster för trygghet, service och delaktighet".

Rapporten bygger på nyckeltal som har tagits fram i samarbete med regionala e-hälsosamordnare, Sveriges Kommuner och Landsting, Digitaliseringskommissionen och Myndigheten för delaktighet, tidigare Handisam.

Nyckeltalen är baserade på intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*, och de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2013.

Projektet leddes av utredaren Dick Lindberg och i arbetsgruppen ingick utredarna Kristina Lindholm, Sara Lundgren, Charlotta Holm Sjögren, Sherko Alemдар, enkätkonstruktören Claes Falck samt statistikerna Robert Linder och Björn Tano. Ansvarig enhetschef har varit Elisabeth Wärnberg Gerdin.

Nyckeltalen och resultatet från uppföljningen 2016 finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
E-tjänster för brukare och patienter.....	7
Digitala trygghetslarm i ordinärt boende	7
Säker roll- och behörighetsidentifikation	7
Mobil dokumentation och tillgång till information.....	8
Nationell patientöversikt	8
Socialstyrelsens slutsatser	8
Bakgrund	10
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik.....	12
Uppdraget	12
Metod och genomförande.....	13
Utveckling av nyckeltal.....	13
Enkätundersökning.....	13
Referensgrupp	14
Privata utförare	15
Tidigare års rapporter	15
Presentation av siffror	15
Resultat	16
E-tjänster för brukare och patienter.....	16
E-tjänster på andra språk	17
Digitalisering av trygghetslarmen.....	17
Antal digitala trygghetslarm.....	18
Andel kommuner som har digitaliserat trygghetslarmen	19
Anslutning av digitala trygghetslarm via fiber eller mobila nät	21
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	22
Tester av larmen	23
Rutiner för att följa upp larmen	25
Tekniska backup-system	25
Antal kommuner som har påbörjat digitaliseringsprocessen	26
När digitaliseringen beräknas vara avslutad	26
Välfärdsteknik.....	28
Välfärdsteknik i ordinärt boende.....	28
Välfärdsteknik i särskilda boenden inom äldreomsorgen	29
Välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden).....	30
Säker roll- och behörighetsidentifikation	31

Privata verksamheter	33
Mobil dokumentation och tillgång till information	35
Hälso- och sjukvårdspersonal	35
Privata utförare av hälso- och sjukvård	37
Socialtjänstpersonal.....	38
Privata socialtjänstverksamheter	39
Nationell patientöversikt	40
Privata utförare.....	42
Strukturerad dokumentation.....	42
Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).....	44
Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)	45
Privata utförare.....	46
Privata utförares avtal med kommunerna.....	46
Diskussion.....	47
E-tjänster för brukare och patienter	47
Trygghetslarm.....	48
Nästan bara mobila nät.....	48
Säkerhet.....	50
Välfärdsteknik.....	50
Nationella patientöversikten.....	51
Jämförelse mellan privat och kommunal vård och omsorg	52
Mobila nät och bredbandsnät	52
Referenser	54
Bilaga 1. Andelen kommuner som besvarat enkäten, per län	56
Bilaga 2. Nyckeltal e-hälsa	57
E-tjänster för brukare/patienter inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård	57
Digitala trygghetslarm i ordinärt boende	58
Nationella patientöversikten.....	58
Säker roll- och behörighetsidentifikation	59
Dokumentera och komma åt information mobilt	59
Strukturerad dokumentation.....	60

Sammanfattning

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram nyckeltal för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna och gjort en uppföljning genom en enkät till landets samtliga kommuner. Nyckeltalen är baserade på intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*, och de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2013 om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. I den här rapporten sammanfattar vi resultaten av uppföljningen som gjordes under februari 2016. Det görs också vissa jämförelser med 2014 och 2015 års undersökningar. Rubrikerna avser de målområden som är angivna i regeringens överenskommelse med SKL.

E-tjänster för brukare och patienter

Utvecklingen av e-tjänster i kommunerna är svag. Kommunerna och regionala e-hälsosamordnare ger några förklaringar till att utvecklingen inte nått längre:

- Mindre kommuner har inte resurser och kompetens att själva utveckla tjänster.
- Tjänster utvecklade av externa leverantörer har ofta inte fungerat p.g.a. att applikationer inte samspelar med kommunens verksamhetssystem eller med andra e-tjänster.
- Utvecklingen av äkta e-tjänster¹ som är kopplade till verksamhetssystemen behöver utvecklas av leverantörerna av verksamhetssystemen eller i samarbete med dessa. Det har hittills varit ett begränsat intresse för denna typ av utveckling hos kommunerna och leverantörerna av verksamhetssystemen.

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

Av enkäten framgår att det fanns cirka 207 000 trygghetslarm i hela landet² i februari 2016. Av dessa var 99 000 digitala (48 procent av samtliga larm). Resterande 108 000 trygghetslarm var analoga (52 procent).

Cirka 37 procent av kommunerna hade digitaliserat alla trygghetslarm. Motsvarande siffra för 2015 var 16 procent och 2014 var det 9 procent.

Säker roll- och behörighetsidentifikation

I en majoritet av kommunerna (94 procent) använder den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala vårdenheter en säker roll- och behö-

¹ Med äkta e-tjänster menar vi i denna rapport tjänster som är direktkopplade till kommunens verksamhetssystem och som ger möjlighet till en digital handläggning.

² Detta är en uppräkningsbaserad siffra på att 243 av landets 290 kommuner har besvarat frågan.

righetsidentifikation. Hos 70 procent av de privata utförarna använder den legitimerade personalen säker roll- och behörighetsidentifikation.

I cirka 46 procent av kommunerna använder all personal inom socialtjänstens myndighetsutövning säker roll- och behörighetsidentifikation. I 17 procent av kommunerna använder all socialtjänstpersonal i utförlädet i kommunala verksamheter säker roll- och behörighetsidentifikation. Motsvarande siffra för de privata utförarna är 47 procent.

Mobil dokumentation och tillgång till information

Det är få kommuner som har utvecklat ett mobilt arbetssätt inom såväl socialtjänsten som den kommunala hälso- och sjukvården. I 11 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa och dokumentera mobilt i de egna it-baserade systemen, till exempel vid hembesök.

Hos 20 procent av de privata vårdföretagen kan den legitimerade personalen läsa och dokumentera mobilt.

Inom socialtjänsten är det 6 respektive 7 procent av kommunerna där all personal kan läsa och dokumentera mobilt. Av de privata utförarna är det 22 procent som kan läsa och dokumentera mobilt.

Nationell patientöversikt

Cirka 81 procent av kommunerna har anslutit sina verksamheter till den nationella patientöversikten (NPÖ) så att de kan ta del av andra vårdgivares journaluppgifter. Det är i dag i huvudsak landstingens hälso- och sjukvård som kan visa sina journaler i NPÖ och endast elva kommuner (4 procent) har möjlighet att dela med sig av journaluppgifter. Endast en leverantör av verksamhetssystem har en lösning för anslutning till NPÖ för att visa journaluppgifter.

Socialstyrelsens slutsatser

Resultaten från denna tredje uppföljning av utvecklingen av e-hälsa i kommunerna visar en viss ökning inom de flesta områden. Undantaget är digitaliseringen av trygghetslarmen där det varit en mer påtaglig ökning. Socialstyrelsen konstaterar dock att flera av de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan regeringen och SKL inte har uppnåtts i kommunerna.

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande på en låg nivå.
- Andelen digitala trygghetslarm ökar men kommunerna kommer inte att nå regeringens mål, att alla larm ska vara digitala den 31 december 2016.
- Användningen av NPÖ för att läsa information ökar men en mycket liten andel av kommunerna kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa. Uppföljningen visar också att en liten andel av de privata

utförarna av kommunal hälso- och sjukvård använder NPÖ för att konsumera och inga alls producerar i systemet.

- I en mindre andel av kommunerna har all personal inom socialtjänsten tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen berörd personal som kan dokumentera och komma åt information mobilt är fortfarande låg.

Socialstyrelsen konstaterar slutligen att socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården behöver ta ett större ansvar för att ta del i utvecklingen och att använda de trådburna bredbanden. Det finns behov av att utveckla välfärdsbredband som är anpassade till de krav på informationssäkerhet och kapacitet som socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste ställa. Myndigheten ser ett behov av ytterligare diskussioner kring vad välfärdsbredband innebär och hur kommunerna långsiktigt kan utveckla dessa.

Bakgrund

Sverige liksom övriga världen har de senaste decennierna genomgått en snabb it-utveckling på de flesta samhällsområden. Det går att göra sina bankärenden via internet. Allt fler människor handlar varor och tjänster på internet. Fysiska pengar ersätts av elektroniska via bankkort och appar i mobiler. Datorer och andra verktyg och hjälpmedel kommunicerar med varandra utan att människor styr kommunikationen (s.k. maskin till maskin-kommunikation, eller m2m). På arbetsplatser och i skolor finns allt fler elektroniska verktyg och hjälpmedel. Utvecklingen innebär att människor har fått tillgång till information alla tider på dygnet, och i takt med denna utveckling ställer vi allt större krav på information och möjligheten att nå tjänster inom snart sagt alla livsområden. Vården och omsorgen har också berörts av denna utveckling.

För tio år sedan tog regeringen initiativet till att formulera en it-strategi för vården och omsorgen. *Den nationella it-strategin för vård och omsorg* (2006) [1] var inriktad på att bidra till den tekniska utvecklingen inom vården och omsorgen. Bland annat togs det fram ny lagstiftning för att garantera integritet och dataskydd. Det gjordes även insatser för en god informationskvalitet och enhetliga termer och begrepp.

Den nationella it-strategin fick en uppföljare 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*[2]. Denna fokuserade på införande, nytta och användning av tekniken snarare än på den tekniska utvecklingen. Skiftet från it-strategi till nationell e-hälsa innebar att även socialtjänsten kom att omfattas. Vidare betonades det att för en sammanhållen och välfungerande vård- och omsorgsverksamhet krävs det att utvecklingen samordnas i hela vård- och omsorgssektorn hos kommunerna, landstingen och de privata och idéburna utförarna³. Målet med arbetet inom nationell e-hälsa skulle inriktas på att skapa synliga och konkreta förbättringar för tre huvudsakliga målgrupper:

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

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

År 2013 ingick regeringen en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [3] och avsatte totalt 129,5 miljoner kronor för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna och för 2014 avsattes lika mycket medel [4].

³ Med idéburna organisationer menar vi föreningar, stiftelser, kooperativ och företag som bedriver sin verksamhet där vinsten/överskottet återinvesteras i verksamheten.

I den uppföljande överenskommelsen 2014 tillkom punkten – Påbörja processen med att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. Inom ramen för 2014 års överenskommelse skulle SKL förmedla 60 miljoner av de 129,5 miljoner kronorna i stimulansbidrag till kommunerna för att utveckla e-hälsa i socialtjänsten under året. Medlen skulle användas för att kommunerna skulle göra följande:

- Införa e-tjänster inom socialtjänsten för invånarna. Det kunde gälla att ta del av information som rör den egna personen eller någon närstående, välja utförare eller att ha kontakt med sin eller någon närståendes utförare.
- Påbörja processen med att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. I konceptet ingår att de berörda medarbetarna i socialtjänsten och hemsjukvården ska ha tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation som ger dem möjlighet att dokumentera mobilt och att komma åt information på ett enkelt sätt.
- Säkerställa att de trygghetslarm som kommunen har beviljat är digitala och fungerar.
- Fullfölja införandet och användningen av den nationella patientöversikten (NPÖ). Det kan exempelvis göras genom utbildning och information om vem som ska använda NPÖ samt hur och varför.

Socialstyrelsen utvecklade nyckeltal för att följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik med utgångspunkt från de målområden som framgick i överenskommelsen 2013 och som regeringen gett stimulansmedel till. Utöver detta har Socialstyrelsen lagt till ett antal nyckeltal för att följa utvecklingen av strukturerad dokumentation i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen rapporterade om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2014 och 2015. Det gjordes dessutom särskilda rapporter om digitaliseringen av trygghetslarm 2014 och 2015. Dessa rapporter vittnade om en svag utveckling i kommunerna.

I sin rapport till regeringen 2014 [5] konstaterade Socialstyrelsen att stimulansmedlen hade underlättat för kommunerna att komma igång med utvecklingsarbetet inom e-hälsoområdet. Vidare hade de nationella projekt som SKL ansvarat för och de regionala e-hälsosamordnarna haft stor betydelse för utvecklingen i regionerna. Dock var det många kommuner som inte kunde visa på tydliga resultat i sina verksamheter. Socialstyrelsen bedömde att kommunerna behövde ytterligare finansiellt stöd framförallt för kompetensutveckling hos beslutsfattare, utvecklingsledare och övrig personal i kommunerna så att utvecklingen av e-hälsa inom socialtjänsten kan påskyndas. Vidare konstaterades att kommunerna behövde stöd i att utveckla sin organisation för att bättre kunna ta till vara den tekniska utveckling som pågår. Framförallt för att samverka inom kommunen mellan olika förvaltningar och verksamheter och mellan kommuner.

I början av 2015 gjorde Socialstyrelsen en ny undersökning i kommunerna och i rapporten från maj 2015 [6] var slutsatserna följande:

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande på en låg nivå.

- Andelen digitala trygghetslarm ökar men regeringens mål, att alla larm ska vara digitala den 31 december 2016, kommer troligen inte att nås.
- Användningen av Nationella patientöversikten för att läsa information är i tilltagande men en mycket liten andel av kommunerna kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa.
- En låg andel av socialtjänstens personal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen berörd personal som kan dokumentera och komma åt information mobilt är fortfarande låg.

Resultaten från dessa två års undersökningar visar att det finns ett intresse i kommunerna av att utveckla e-hälsa och välfärdsteknik. Flera av målen i överenskommelsen mellan regeringen och SKL har dock inte uppnåtts.

I en rapport som Socialstyrelsen beställt från SICS Swedish ICT⁴ i december 2014 konstaterades att införandet av IT-tjänster inom kommunerna hade dittills gått relativt långsamt även om det fanns stort intresse bland kommunerna. Många kommuner planerade att pröva digitala omsorgstjänster så snart som möjligt. Det fanns dock en stor osäkerhet kring hur det skulle gå till och vad de behövde göra.

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

I uppdragen från regeringen används begreppet e-hälsa [7]. Uppdragen till Socialstyrelsen är att följa upp utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. I denna rapport har vi dock valt att förtydliga att uppföljningen avser utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik. Bakgrunden till detta är att Socialstyrelsen under 2015 genomförde ett arbete med att definiera begreppen välfärdsteknik och välfärdsteknologi. Flera av de områden som vi beskriver i denna rapport faller under definitionen av välfärdsteknik och vi har därför valt att använda denna term. Socialstyrelsen har inte gjort någon definition av begreppet e-hälsa eftersom vi bedömde att detta är ett alltför allmängiltigt begrepp.

Uppdraget

Det aktuella uppdraget [7] är att Socialstyrelsen ska följa upp nyckeltalen för användning av e-hälsa i kommunerna samt beskriva och analysera resultaten i en rapport till Socialdepartementet, och på Socialstyrelsens webbsida senast den 31 maj 2016. Uppdraget gavs i ändringen av regleringsbrevet för 2015 daterat 2015-02-12.

⁴ SICS Swedish ICT är en grupp forskningsinstitut som verkar inom området informations- och kommunikationsteknologi

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

Under hösten 2013 utarbetade Socialstyrelsen nyckeltalen utifrån intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [2], och de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL [3]. Dessa mål för satsningen var att öka:

- Antalet e-tjänster inom socialtjänsten för invånarna samt användningen av e-tjänsterna. E-tjänsterna ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar. E-tjänsterna ska vara ett komplement till andra former av service och kontakter med socialtjänsten. De ska inte innebära en försämring för den stora grupp människor (1,2 miljoner) som inte använder sig av Internet.
- Andelen av berörd personal inom socialtjänsten som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen av berörd personal inom socialtjänsten som kan dokumentera och komma åt information mobilt.
- Andelen av behörig personal som kan komma åt relevant information i Nationell Patientöversikt (NPÖ). För 2014 är målet att kommunerna även ska vara producenter av information i NPÖ. Detta avser information som dokumenteras i kommunerna enligt Hälso- och sjukvårdslagen.
- Andelen digitala trygghetslarm, i förhållande till antalet trygghetslarm som kommunen har beviljat.

År 2014 tecknade staten och SKL en ny överenskommelse [4] i vilken ytterligare ett mål infördes:

Andelen kommuner som beslutat om mål och handlingsplaner för att etablera och finansiera ett koncept för ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. Digital teknik har stor potential att bidra till att äldre personer och andra med funktionsnedsättning ska kunna bo kvar hemma och känna sig trygga och delaktiga i samhället. Konceptet inkluderar bland annat digitala trygghetslarm, tele- och videokommunikation, sensorer i hemmet, ett mobilt arbetssätt samt övriga e-tjänster för trygghet, service och delaktighet.

Detta nya mål i överenskommelsen föranledde dock inte några förändringar i nyckeltalen. I arbetet med nyckeltalen deltog, förutom en intern arbetsgrupp på Socialstyrelsen, representanter från SKL och regionala e-hälsosamordnare från Kalmar, Östergötlands och Norrbottens län. I detta arbete konsulterades också representanter från Digitaliseringskommissionen.

Enkätundersökning

Datainsamlingen för 2016 gjordes med hjälp av två elektroniska enkäter. Den ena gick ut till samtliga kommuner den 12 januari och efter tre påminnelser stängdes enkäten den 26 februari. Svarsfrekvensen för den kommunala enkäten var cirka 84 procent, eller 243 kommuner. På länsnivå varierade svarsfrekvensen mellan 50 och 100 procent. Se bilaga 1.

Den andra enkäten gick till ett urval om 146 av Vårdföretagarnas medlemmar som är aktiva inom områdena äldreomsorg, handikappomsorg och individ- och familjeomsorg. I urvalet tog Socialstyrelsen inte med företag som arbetar med assistans enligt LSS och LASS. Svarsfrekvensen för denna enkät var cirka 49 procent.

Socialstyrelsen har i denna rapport jämfört resultaten från de enkätundersökningar som gjordes 2014 och 2015. Vi har gjort jämförelser med de frågor som fanns i enkäterna för dessa år.

I tidigare års enkäter till kommunerna ställde vi frågorna om utvecklingen hos de privata utförarna till kommunerna. Det visade sig då att det var ett stort bortfall i frågorna som handlade om de privata. Kommunerna kunde ofta inte svara på i vilken omfattning de privata hade infört teknik i omsorgen och vården. Detta innebär att det inte går att jämföra uppgifterna om de privata med tidigare års enkäter. Det är två olika källor; för 2014 och 2015 svarade kommunerna på dessa frågor och 2016 har vård- och omsorgsföretagen själva besvarat enkäten om e-hälsa och välfärdsteknik i sina verksamheter. Enligt Vårdföretagarna [8] finns cirka 12 000 företag som erbjuder sina tjänster inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. I dessa företag är cirka 170 000 personer anställda, del- eller heltid. Av Socialstyrelsens enkät framgår att cirka 57 procent av kommunerna har avtal med privata bolag inom socialtjänsten och cirka 17 procent har avtal inom kommunal hälso- och sjukvård. Det är alltså en försvarlig andel av socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens insatser som utförs av privata bolag.

I rapporten redovisar Socialstyrelsen uppgifter för de privata utförarna och vi gör vissa jämförelser med motsvarande kommunala verksamheter. Enkät-svaren från de privata vård- och omsorgsbolagen måste dock läsas med försiktighet. Det var ett begränsat urval av de företag som är anslutna till vårdföretagarna och svarsfrekvensen var relativt låg.

Famna, som är de ideella vård- och omsorgsorganisationers samarbetsorganisation har besvarat samma enkät som vårdföretagarna. Famnas medlemmar utgör en mindre andel av samtliga icke-offentliga aktörer som bedriver socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

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

Referensgrupp

I arbetet med analysen av enkätsvaren har Socialstyrelsen inbjudit en referensgrupp bestående av e-hälsosamordnare från fem regioner/län; Norrbotten, Gävleborg, Stockholm⁵, Jönköping och Skaraborg. Dessutom har vi intervjuat ett flertal företrädare för myndigheter och nationella aktörer: Myndigheten för delaktighet, Telia Sonera, Post- och Telestyrelsen, SKL-Kommentus samt en representant för en leverantör av trygghetslarm.

⁵ Kommunförbundet Stockholm inbjöds till referensgruppen trots att kommunerna i Stockholms län inte har tagit över hemsjukvården i ordinära boende. De flesta frågor i undersökningen är trots detta relevanta för kommunerna och kommunförbundet representerar ett stort antal kommuner.

Privata utförare

En andel av socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården utförs av privata aktörer. Av Socialstyrelsens enkät till kommunerna framgår att cirka 57 procent av kommunerna har upphandlat utförande från privata utförare inom socialtjänsten och cirka 17 procent har upphandlat kommunal hälso- och sjukvård.

De som besvarat enkäten till de privata utförarna är till övervägande del (96 procent) vård- och omsorgsföretag (AB, HB eller enskild firma). Övriga 4 procent är ideella organisationer eller stiftelser. Av de som svarat är 97 procent verksamma inom socialtjänst och 23 procent inom hälso- och sjukvårdssektorn. Några företag verkar inom båda fälten.

Tidigare års rapporter

I denna rapport jämför Socialstyrelsen resultaten med tidigare års rapporter: E-hälsa i kommunerna 2014 [5], E-hälsa i kommunerna 2015 [6] och kartläggningsrapporterna Trygghetslarm i kommunerna, 2014 [9] samt Trygghetslarm i kommunerna, 2015 [10]. Referenser till dessa rapporter återfinns i referenslistan.

Presentation av siffror

I denna rapport har Socialstyrelsen valt att presentera de resultat där vi kan göra jämförelser med tidigare års undersökningar som andelstal, procentandelar av kommunerna. Uppgifter där jämförelser inte kan göras med tidigare år presenteras med både antal och andel. I webbverktyget e-hälsa i kommunerna som finns på Socialstyrelsens webbplats redovisas både antal och andelar⁶.

⁶ <http://opnjamforelser.socialstyrelsen.se/NationellEHalsa/Sidor/default.aspx>

Resultat

E-tjänster för brukare och patienter

I överenskommelsen mellan regeringen och SKL [3, 4] angavs målet att kommunerna ska utveckla e-tjänster inom socialtjänsten. E-tjänsterna ska stödja och underlätta för den enskilde och effektivisera verksamheten. De ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar och de ska även vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten.

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

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

En e-tjänst förmedlas elektroniskt. Tjänsten är interaktiv vilket innebär att den sker i någon form av dialog mellan den enskilde och socialtjänsten. Den riktas i första hand till socialtjänstens brukare men även till andra invånare, till exempel anhöriga som har anledning att ha kontakt med socialtjänsten. Tjänsten kan tillhandahållas av såväl kommunala som privata aktörer. Många e-tjänster kräver säker inloggning av användare med e-legitimation. Med e-tjänst menar vi inte informationstexter eller blanketter som publicerats på kommunens webbplats, inte heller tjänster som enbart är avsedda för socialtjänstens personal.

En e-tjänst är en webbaserad tjänst där den enskilde kan komma i kontakt med socialtjänsten. Kommunerna skiljer på enkla och äkta e-tjänster. De enkla e-tjänsterna kan leverera tjänster med eller utan inloggning. Dessa tjänster kan innebära allt från enkel information till att den enskilde kan göra en ansökan om t.ex. hemtjänst eller försörjningsstöd. De är dock inte kopplade till ett bakomliggande verksamhetssystem utan handläggningen görs manuellt. De äkta, eller dubbelverkande, e-tjänsterna kräver en säker inloggning, t.ex. via e-legitimation. De är kopplade till kommunens verksamhetssystem och den enskilde kan följa sitt ärende via nätet.

I enkäten till kommunerna frågade Socialstyrelsen om kommunen har någon form av e-tjänst enligt definitionen ovan. Den vanligaste tjänsten som finns är att den enskilde kan lämna synpunkter eller klagomål. Av de kommuner som besvarade frågan var det 71 procent som hade en sådan e-tjänst på sin webbplats. En mindre andel av kommunerna har e-tjänster för ansökningar om bistånd eller insatser. Det är framförallt inom äldreomsorgen (16 procent av kommunerna), i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar (11 procent) och för ekonomiskt bistånd (8 procent) som man har utvecklat e-tjänster för att den enskilde ska kunna göra en ansökan digitalt.

Socialstyrelsen frågade också om det i kommunerna finns möjlighet att boka tid hos sin handläggare eller utförare digitalt, t.ex. via webbplatsen. Svaren visar att en mycket liten andel av kommunerna ger brukare och

patienter möjligheten att boka tid med sin handläggare eller utförare digitalt. Se tabell 1.

I svarsalternativen gick det även att ange fritextsvar. Här kunde kommunerna ange vilka övriga e-tjänster de hade (se kolumn 4 i tabell 1). De vanligaste svaren var att de har e-tjänster för att medborgare ska kunna anmäla intresse som kontaktfamilj, kontaktperson, familjehem, jourhem eller god man. Andra svar var att det finns e-tjänster för

- beräkning av avgifter inom äldreomsorgen eller verksamheter för personer med funktionsnedsättningar
- ansökan om färdtjänst eller parkeringstillstånd
- preliminärberäkning av försörjningsstöd
- att personer som sökt försörjningsstöd ska kunna följa sitt ärende i handläggningen
- ekonomiska och administrativa funktioner, t.ex. att ansöka om autogiro eller att lämna inkomstuppgifter för avgiftsberäkning inom äldreomsorgen eller i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar.

Tabell 1. Andel kommuner som har minst en e-tjänst riktad till invånare eller brukare, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst

Verksamhetsområde	Tidbokning hos handläggare eller utförare (%)	Ansökan om bistånd eller insats m.m. (%)	Tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal (%)	Övriga e-tjänster (%)
Barn och unga	3	4	-	14
Ekonomiskt bistånd	2	8	-	12
Familjerätt	1	3	-	7
Familjerådgivning	2	2	-	7
Vuxna med missbruksproblem	1	3	-	7
Personer med funktionsnedsättning	2	11	-	15
Äldreomsorg	2	16	-	20
Kommunal hälso- och sjukvård	0	-	1	8

E-tjänster på andra språk

Det var 16 kommuner (7 procent) som uppgav att de har någon e-tjänst på annat språk än svenska. Den tjänst som finns på andra språk är framförallt synpunkter och klagomål. De flesta kommuner som svarat anger att de har Googles översättningsverktyg på kommunens webbplats där det finns ett stort antal språk. Ett fåtal kommuner har tjänster som är översatta till engelska, finska eller sydsamiska.

Digitalisering av trygghetslarmen

De trygghetslarm som kommunerna erbjuder personer som bor i ordinärt boende har traditionellt byggts på en telefonförbindelse från brukarens bostad till en larmcentral. Signalerna från larmenheten till larmmottagaren är analoga och tonbaserade. I takt med att de analoga telestationerna läggs ner och kopparledningarna byts ut mot digitala fibernät eller mobila nät slutar de

analoga trygghetslarmen att fungera på ett säkert sätt. För att de personer som har trygghetslarm ska ha en fortsatt säker uppkoppling till larmcentral behöver de analoga trygghetslarmen bytas ut mot digitala.

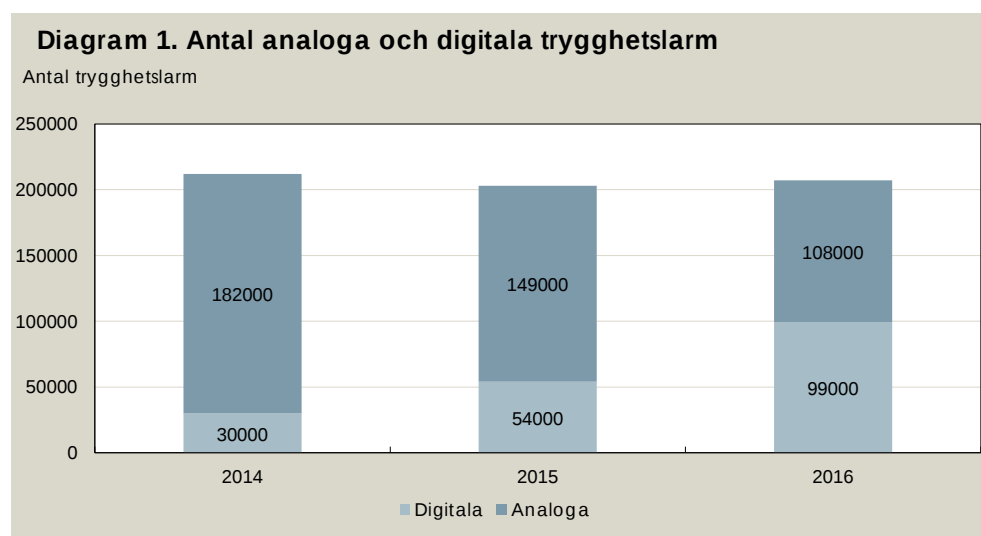
I regeringens överenskommelse med SKL 2013, om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten [3], var ett av målen att andelen digitala trygghetslarm ska öka, i förhållande till antalet trygghetslarm som kommunen har beviljat. Det framgick även att beviljade stimulansmedel bland annat skulle användas till att säkerställa att de trygghetslarm som kommunerna beviljar är digitala och fungerar. I 2014 års överenskommelse [4] kvarstod målet att andelen digitala trygghetslarm skulle öka.

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

Antal digitala trygghetslarm

Av enkäten till kommunerna i januari 2016 framgår det att det då fanns cirka 207 000 trygghetslarm i hela landet.⁷ Av dessa var 99 000 digitala (48 procent av samtliga larm). Resterande 108 000 trygghetslarm var analoga (52 procent).

I februari 2015 fanns cirka 203 000 trygghetslarm i landet. Av dessa var 54 000 digitala (27 procent). År 2014 uppskattade Socialstyrelsen [5] att det fanns cirka 212 000 trygghetslarm, varav cirka 30 000 (14 procent) var digitala. Antalet och andelen digitala trygghetslarm har således ökat markant de senaste två åren. Se diagram 1.

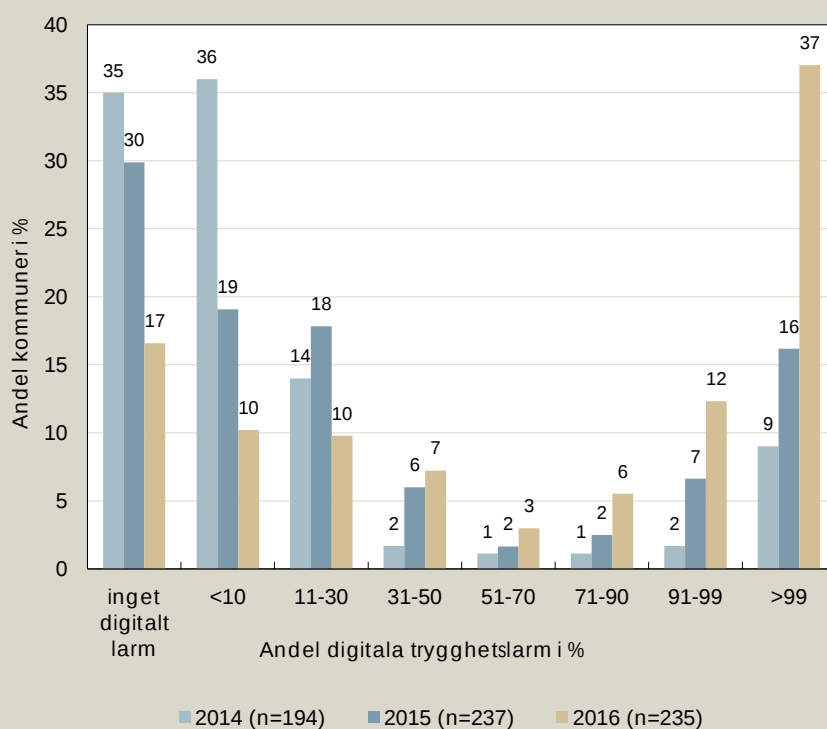


⁷ Detta är en uppräkningsbaserad på att 243 av landets 290 kommuner har besvarat frågan.

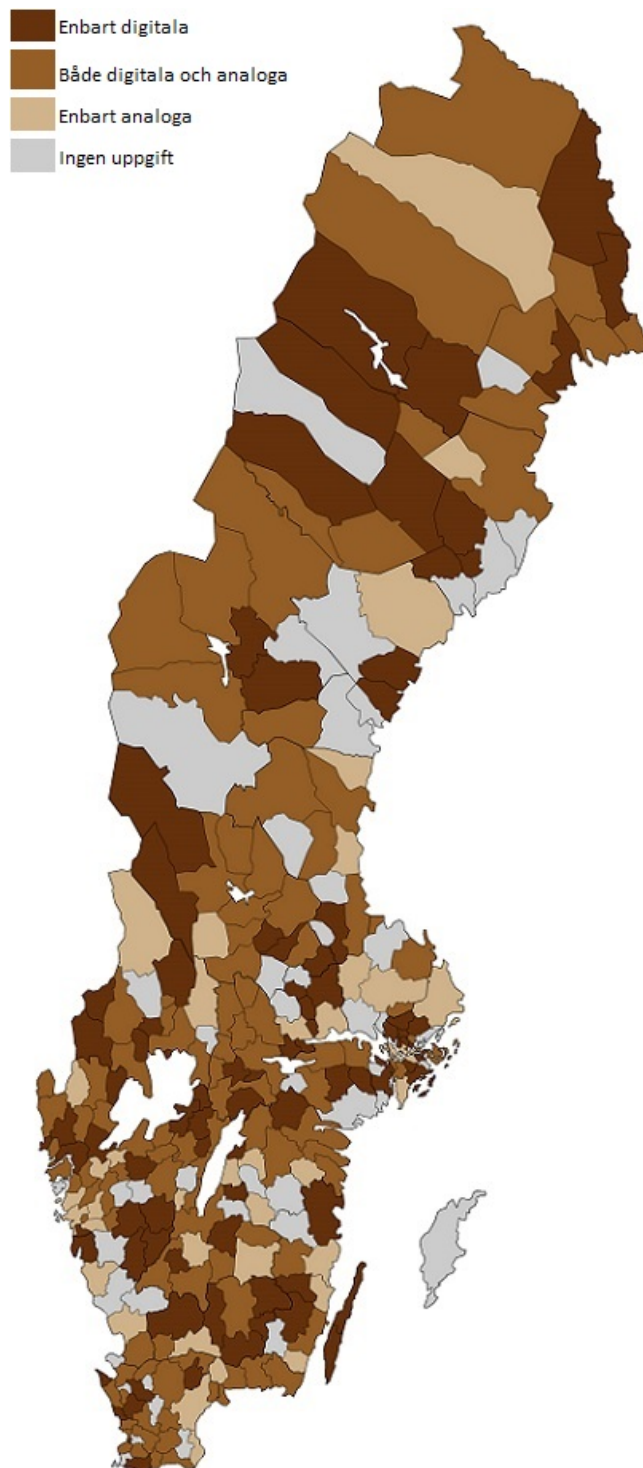
Andel kommuner som har digitaliserat trygghetslarmen

Det är också en större andel kommuner som har digitala larm i dag jämfört med 2014 och 2015. I årets enkät var det 37 procent av kommunerna som helt och hållet övergått till digitala trygghetslarm. År 2015 var det 16 procent och 2014 var den 9 procent. Andelen kommuner som bara erbjuder analoga trygghetslarm har minskat från 35 procent 2014 och 30 procent 2015 till 16 procent i år.

Diagram 2. Andelen kommuner som har digitala trygghetslarm 2014, 2015 och 2016



Kartbilden nedan visar hur långt kommunerna hade kommit i digitaliseringen av trygghetslarmen den 31 december 2015. De kommuner som är markerade med mörk ton hade digitaliserat samtliga trygghetslarm och de med den ljusa tonen har inte påbörjat processen. Kommuner med mellantonen hade påbörjat men inte avslutat digitaliseringen och de kommuner som på kartan är ljus grå hade inte besvarat enkäten.



Anslutning av digitala trygghetslarm via fiber eller mobila nät

De digitala trygghetslarmen kommunicerar med larmcentralen genom en mobil uppkoppling eller ett fast bredband. De flesta kommuner väljer mobila anslutningar. Av enkätsvaren framgår det att 78 procent av kommunerna har anslutit trygghetslarmen via ett mobilnät och 13 procent via ett fast bredbandsnät. Det var 9 procent som inte besvarade frågan. Det är alltså en övervägande andel av kommunerna som väljer att ansluta de digitala trygghetslarmen via mobila nät.

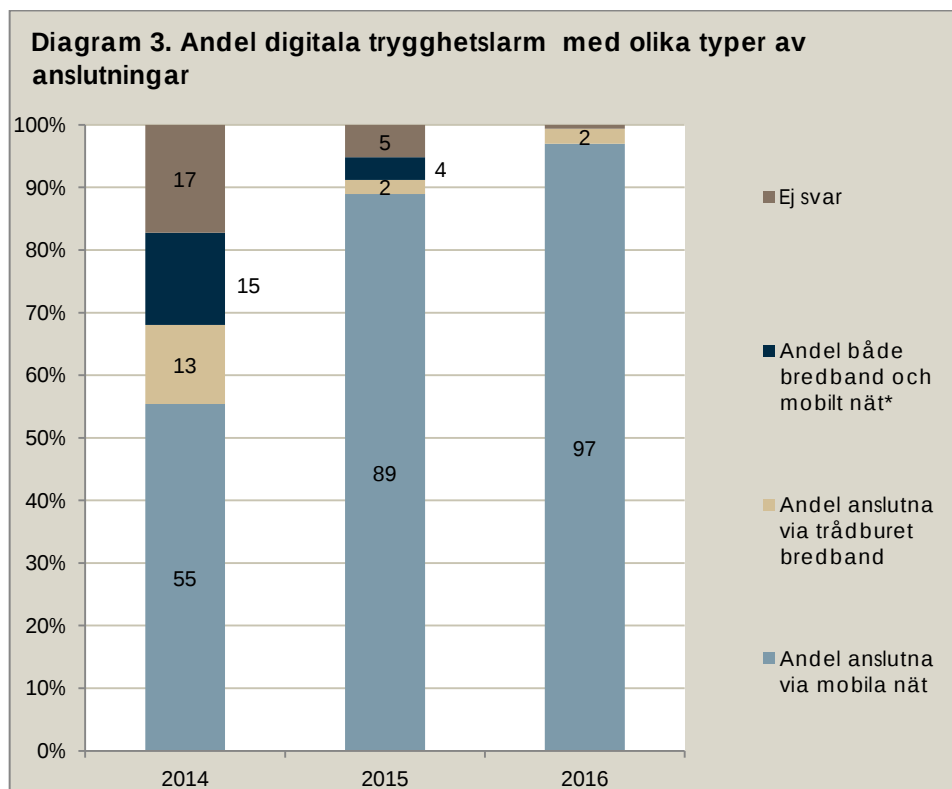
Av tabell 2 framgår det att det har skett en ökning av andelen kommuner som ansluter trygghetslarmen via mobila nät och en minskning av andelen trygghetslarm via fast bredband sedan 2014.

Tabell 2. Andel kommuner som har olika typer av digitala trygghetslarm

	2014 (n=150) %	2015 (n=187) %	2016 (n=188) %
Via fast bredband, t.ex. fiber	25	10	13
Via mobilnät	68	79	78
Via både fast bredband och mobilnät (frågan ställdes 2014 och 2015 men inte i 2016 års enkät)	9	11	–
Ej svar	–	–	9

Om man skiftar perspektiv från andel kommuner till andel trygghetslarm så är skillnaden än mer tydlig. Inte mindre än 97 procent av de digitala trygghetslarmen är anslutna via mobila nät.

Av enkätsvaren framgår det att det en större andel trygghetslarm som anslutits via mobila nät 2016 än tidigare år (diagram 3). Det framgår också att det är en mindre andel trygghetslarm som anslutits via bredband 2016 än tidigare år. I absoluta tal har antalet trygghetslarm anslutna via trådburna bredband minskat mellan 2014 och 2016. År 2014 var det 2496 och 2016 var det 2049.



*Dessa kommuner har angett att de har uppkoppling via både mobila nät och trådburet bredband. Skälet för detta är att öka säkerheten. Om trafiken i ett kommunikationsnät avbryts kan trygghetslarmet automatiskt kopplas över till det alternativa. 2016 ställdes denna fråga inte till kommunerna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

För att den enskilde ska kunna känna trygghet med sitt larm är det viktigt att kommunerna har processer och rutiner för arbetet. De behöver också göra riskanalyser och genomföra egenkontroller av kvaliteten på trygghetslarmen. I detta ingår att testa att tekniken fungerar, från brukaren, via larmcentralen till hemtjänsten.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller bland annat för socialtjänstens verksamhetsområden, exempelvis i arbetet med trygghetslarmen. Det handlar om kvalitet i arbetet med att utreda behoven, besluta om insatser, verkställa besluten och följa upp dessa. Socialstyrelsen frågade i enkäten om kommunen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar arbetet med trygghetslarmen. Av kommunernas svar framgår det att 69 procent av kommunerna har detta (160 av 231 svarande kommuner).

I föreskrifterna och i de allmänna råden definieras några områden som särskilt viktiga att ta hänsyn till i kvalitetsarbetet. I enkäten frågade Socialstyrelsen även om kommunerna i dessa ledningssystem hade

- identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarmen
- tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift av trygghetslarmen
- gjort en riskanalys för trygghetslarmen
- ett system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet

Cirka 90 procent av de kommuner som uppgav att de har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarm, 88 procent har tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift och 81 procent har ett system för egenkontroll för att säkra kvaliteten. En hög andel av kommunerna verkar alltså ha ett arbete för att säkra kvaliteten med trygghetslarmen utifrån dess aspekter. Däremot är det endast 66 procent av kommunerna som har gjort en riskanalys för trygghetslarmen.

I enkäterna för 2014 och 2015 var frågan inte ställd och jämförelser mellan åren kan därför inte göras.

Tester av larmen

För att trygghetslarmen ska fylla sin funktion att ge den enskilde trygghet och säkerhet är det viktigt att de fungerar alla dagar och alla tider på dygnet. Kommunerna har olika rutiner för att kontrollera att trygghetslarmen fungerar. Först och främst ska förbindelsen mellan larmenheten i den enskildes bostad och larmcentralen säkras. För de analoga trygghetslarmen görs detta genom automatisk uppringning från larmcentralen till den enskildes larmenhet. Med detta säkras kommunen att det finns kontakt mellan larmenheten och larmcentralen. För de digitala larmen lägger larmcentralen in en frekvent funktionsövervakning. Detta innebär att larmenheten med ett förutbestämt intervall automatiskt skickar en signal till larmcentralen. Denna signal kan innehålla uppgifter om signalstyrka, batteristandard och eventuella andra uppgifter.

Larmen behöver också testas manuellt. Larmknappen som den enskilde i regel bär på sig, i ett armband eller runt halsen, kontrolleras genom provtryckning. Detta görs med både analoga och digitala trygghetslarm.

Av enkätsvaren framgår det att de allra flesta kommunerna har system för automatisk testning av trygghetslarmen, både de analoga och de digitala. När det gäller analoga trygghetslarm är det 86 procent av kommunerna som testar kommunikationen dagligen (tabell 3). Detta görs genom en automatisk uppringning från larmcentralen. De digitala larmen testas dagligen i 55 procent av kommunerna och i 42 procent av kommunerna testas larmen oftare, ibland med någon enstaka minuts intervall. Dessa tester utgörs av en automatisk signal från larmenheten till larmcentralen, frekvent funktionsövervakning (tabell 4).

Tabell 3. Andel kommuner som gör automatiska tester av de analoga trygghetslarmen

	2014 (n=184) %	2015 (n=196) %	2016 (n=199) %
Dagligen	66	64	86
Varje vecka	6	9	8
En gång i månaden	22	22	4
2–6 gånger per år	2	2	0
En gång per år	0	0	0
Inga tester	4	3	2
Totalt	100	100	100

Vid en jämförelse mellan åren blir det tydligt att en större andel av kommunerna testar de analoga trygghetslarmen oftare. År 2014 testade 66 procent av kommunerna larmen dagligen, 2015 var det 64 procent och 2016 var det 86 procent av kommunerna som testade dagligen.

Samma mönster gäller för de digitala trygghetslarmen. Andelen kommuner som testar trygghetslarmen, en eller flera gånger per dag har ökat. År 2014 var det 78 procent och 2016 testar nästan alla de digitala trygghetslarmen dagligen (97 procent). Se tabell 4.

Tabell 4. Andel kommuner som testar att de digitala trygghetslarmen fungerar (frekvent funktionsövervakning)

	2014 (n=127) %	2015 (n=161) %	2016 (n=193) %
En eller flera gånger per dag	78	86	97
Varje vecka	3	5	1
En gång i månaden	16	7	2
2–6 gånger per år	1	1	0
En gång per år	0	0	0
Inga tester	2	1	
	100	100	100

Syftet med de automatiska testlarmen är att kontrollera kommunikationen från larmenheten i den enskildes hem till larmcentralen. De mäter dock inte om den enskildes larmknapp fungerar och inte heller ledet mellan larmcentralen och hemtjänstgruppen som ska besvara larmen. Kommunerna behöver därför komplettera de automatiska kontrollerna med en manuell testning för att försäkra sig om att alla delar i larmkedjan fungerar, från larmutrustningen som den enskilde bär på kroppen, på armen eller i ett halsband, till hemtjänstpersonalen som ska besvara larmet. Testningen går i regel till så att den enskilde trycker på sin larmknapp och på så sätt får kontakt med larmcentralen.

Störst andel kommuner gör manuella testlarm en gång i månaden, 60 procent av kommunerna som har analoga larm testar dem en gång i månaden och 52 procent av de som har digitala testar dem en gång i månaden. Cirka

en fjärdedel av kommunerna gör aldrig manuella testlarm, 22 respektive 29 procent.

Tabell 5. Andel kommuner som gör manuella tester av trygghetslarmen, 2016

	analog trygghetslarmen (%)	digital trygghetslarmen (%)
Dagligen	3	5
Varje vecka	4	6
En gång i månaden	60	52
2–6 gånger per år	8	5
1 gång per år	3	3
Aldrig	22	29
Totalt	100	100

Rutiner för att följa upp larmen

När kommunen har testat larmen behöver den ta hand om denna information. Detta för att konstatera att allt fungerar som det ska eller för att åtgärda eventuella brister som framkommit. I enkäten ställde Socialstyrelsen frågan om kommunen har rutiner för att följa upp testerna. Det var 86 av kommunerna som uppgav att de hade sådana rutiner. Exempel på rutiner:

- Larmcentralen skickar loggmeddelanden från automatiska testlarm varje dag till larmansvarig eller till hemtjänsten i kommunen.
- Den larmansvariga går igenom loggar och felmeddelanden som inkommit. I vissa kommuner sker detta måndag till fredag.
- Några kommuner får loggar från larmcentralen 2–3 gånger per dag och kontrollerar dessa.
- Vid tekniskt fel när larmet testas skickas ett automatiskt fax eller mejl till hemtjänstgruppen.
- Om det finns avvikelser i loggarna så kontakter larmansvarig eller hemtjänstgruppen den enskilde per telefon och ber honom eller henne att göra ett manuellt testlarm.
- Vid avvikelser gör larmansvarig eller hemtjänsten ett hembesök för att kontrollera utrustningen.
- Om något är fel med utrustningen åtgärdas detta omedelbart av larminstallatör, larmansvarig i kommunen eller hemtjänsten.

Tekniska backup-system

För att den enskilde ska känna trygghet med sitt larm är det viktigt att det fungerar med hög tillförlitlighet. Det händer att mobila nät går ner av olika orsaker. Det kan vara åsknedslag eller andra väderfenomen men det kan också handla om avbrott pga. mänsklig inverkan, t.ex. att elkablar eller fiberkablar grävs av. I enkäten ställde Socialstyrelsen frågan om kommunen har något tekniskt backup-system som automatiskt träder in vid eventuella avbrott i den ordinarie kommunikationen. Det kan handla om batteribackup i larmenheterna eller automatisk vidarekoppling av larmen om den ordinarie anslutningen skulle slås ut. Det kan också handla om att trygghetslarmen som är uppkopplade mot mobila nät har så kallade roaming-kort. Dessa söker

efter den operatör som fungerar bäst för tillfället. Om en operatörs mobilnät går ner så kopplar larmenheten omedelbart över till en annan operatörs nät. Till sist kan det handla om att kommunen installerar trygghetslarm via fiber och kompletterar detta med en mobil uppkoppling i samma enhet.

Av samtliga kommuner som besvarade frågan var det 57 procent som hade någon form av teknisk automatisk backup för trygghetslarmen. De kommuner som inte har sådan backup tvingas ersätta trygghetslarmen med regelburna fysiska besök hos den enskilde, alternativt ringa om det finns fungerande telefonledning.

En dryg tredjedel (35 procent) av kommunerna som svarade på enkäten 2015 uppgav att de hade någon form av tekniskt backupsystem för trygghetslarmen, analoga och digitala. År 2014 var det 22 procent. Det är alltså fler kommuner som har tekniska backup-system 2016 än föregående år.

Antal kommuner som har påbörjat digitaliseringsprocessen

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen ingick att kartlägga om kommunerna har påbörjat digitaliseringen av trygghetslarmen.

I januari 2016 hade cirka 37 procent av kommunerna helt och hållet gått över till digitala trygghetslarm. I enkäten ställde Socialstyrelsen frågan om hur kommunerna planerar för digitaliseringen. Av tabell 6 framgår det att utöver de 37 procenten av kommunerna som redan hade digitaliserat så hade 54 procent beslutat att digitalisera trygghetslarmen. Detta inkluderade de kommuner som bara hade ett mindre antal analoga trygghetslarm och som var i processen att införa digitala trygghetslarm. Några av dessa hade svårigheter att digitalisera alla larm på grund av att det inte finns mobiltäckning i vissa områden. Av tabellen framgår det också att det har skett en utveckling sedan 2014, en större andel av kommunerna har digitaliserat trygghetslarmen och en större andel har beslutat att digitalisera.

Tabell 6. Kommunens planering för digitala trygghetslarm

	Andel kommuner i procent		
	2014 (n=195) (%)	2015 (n=234) (%)	2016 (n=236) (%)
Kommunen har bara digitala larm	9	20	37
Kommunen har beslutat att digitalisera larmen	44	60	54
Kommunen utreder frågan men har inte fattat beslut om införande	38	11	4
Kommunen har inga planer för närvarande	2	1	1
Inget svar	7	8	4

När digitaliseringen beräknas vara avslutad

Regeringens mål är att alla trygghetslarm ska vara digitaliserade vid 2016 års utgång.

Den 1 januari 2016 hade 37 procent av kommunerna digitaliserat samtliga trygghetslarm (tabell 7). Av alla kommuner som besvarat frågan hade 33 procent planerat att ha bytt ut samtliga trygghetslarm under 2016, övriga

kommuner beräknade att vara klara med digitaliseringen 2017 eller senare. Uppgifterna är dock osäkra eftersom 19 procent av kommunerna inte har besvarat frågan.

Tabell 7. Vilket år kommunen planerar att samtliga trygghetslarm är digitala (n=236)

	Antal	Andel %
Har digitaliserat 2015 eller tidigare	87	37
2016	78	33
2017	21	9
Senare än 2017	5	2
Ej svar	45	19
Totalt	236	100

Utifrån uppgifterna i tabell 6 och 7 konstaterar Socialstyrelsen att cirka 70 procent av alla kommuner som besvarat enkäten redan har digitaliserat samtliga trygghetslarm eller beräknar att ha digitaliserat vid 2016 års utgång. Övriga kommuner planerar att ha slutfört digitaliseringen senare eller kan inte ange när detta ska ske. Detta är samma bedömning som gjordes i förra årets rapport.

De kommuner som beräknade att vara klara med digitaliseringen under 2017 eller senare fick möjlighet att ange varför de var sena. Den största gruppen svar handlade om upphandlingsfrågor. Flera kommuner väntade på att upphandling skulle göras, andra angav att upphandlingen var igång men var inte avslutad eller att upphandlingen var försenad. Några kommuner har avtal som inte löper ut förrän under 2016 och 2017 och de har valt att inte avbryta dessa i förtid. Detta innebär att de inte kan införa digitala trygghetslarm förrän de gamla avtalen löper ut.

Ekonomi var ett annat svar. Några kommuner menade att de inte har ekonomiska möjligheter att byta alla trygghetslarm under kort tid, utan sprider ut införandet successivt under flera år.

Några kommuner hänvisar till att det inte finns bredband eller mobila nät. Detta innebär att de inte kan införa digitala larm i alla områden i kommunen förrän infrastrukturen är på plats. Någon kommun svarar att de är försenade p.g.a. att leverantören inte kunde leverera tekniken i tid.

Välfärdsteknik

Socialstyrelsen publicerade i slutet av 2015 en definition av begreppet välfärdsteknik i sin termbank. Denna löd:

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

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

Välfärdsteknik i ordinärt boende

Den vanligaste formen av välfärdsteknik, förutom trygghetslarm, som används i hemtjänsten och hemsjukvården är så kallade passiva larm, det vill säga larmmattor, dörrlarm, rörelselarm etc. Det är 184 kommuner (78 procent) som använder denna typ av utrustning. Detta innebär att den enskilde inte behöver larma aktivt. Larmet utlöses av den enskildes aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall. En annan relativt vanligt förekommande teknik är vårdplanering med hjälp av bildkommunikation (89 kommuner, 38 procent). Den enskilde kan möta biståndshandläggare, omsorgs- eller vårdgivare och eventuellt anhöriga via video- eller webbkamera.

I tidigare års enkäter har endast några enstaka kommuner rapporterat att de använt kameror för tillsyn under natten. I årets enkät är det betydligt fler, 55 kommuner (23 procent) som anger att de använder i natttillsyn med kamera i hemtjänsten i ordinärt boende. Kommunerna uppger i enkätsvaren att det är cirka 382 personer som utrustats med kameror för natttillsyn. Vidare är det 62 kommuner (26 procent) som anger att de utrustat totalt 353 personer med mobila trygghetslarm. Med ett mobilt trygghetslarm kan den enskilde larma hemtjänsten eller anhöriga även utanför bostaden. Det går även att med hjälp av gps-koordinater lokalisera var larmet kommer ifrån. Vissa positioneringslarm är utrustade med en så kallad geo-fencing som larmar om den enskilde skulle röra sig utanför ett i förväg definierat geografiskt område.

Det är 41 kommuner (17 procent) som har utrustning som kan påminna brukaren eller patienten om att det är dags att ta sin medicin. Denna typ av utrustning kan också portionera ut medicinen enligt ett förinställt schema.

En mindre andel av kommunerna använder kamera för tillsyn och kommunikation under dagen. Detta görs som regel med hjälp av en s.k. giraff. Denna består av en skärm på en robotliknande kropp som sitter på hjul. Vårdgivaren fjärrstyr giraffen och kan köra runt den i den enskildes bostad. Den enskilde kan kommunicera med vård- och omsorgsgivare eller anhöriga på olika platser i bostaden. Det är 8 kommuner (3 procent) som använder denna typ av utrustning i hemtjänsten och i hemsjukvården.

Det är 28 kommuner som har angett att de har andra typer av välfärdsteknik än de som Socialstyrelsen frågade om i enkäten. De vanligaste svaren från dessa kommuner är att de har nyckelfri hemtjänst eller digitala lås till de enskilda brukarnas och patienternas bostad. Några anger att de har brandlarm eller röklarm kopplade till trygghetslarmet.

Tabell 8. Antal och andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende

Typ av välfärdsteknik	Antal kommuner	Andel kommuner (n=236) (%)
Passivt larm	184	78
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av bildkommunikation	89	38
Mobilt trygghetslarm (gps-larm, positioneringslarm)	62	26
Trygghetskamera (natttillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	55	23
Påminnelse för medicin mm.	41	17
Dagtillsyn med hjälp av kamera	8	3
Annat	28	12

Välfärdsteknik i särskilda boenden inom äldreomsorgen

I särskilda boenden för äldre personer förekommer flera olika typer av välfärdstekniktjänster. Den vanligaste är passiva larm, dvs. olika sensorer dörrlarm, fallarm, rörelsedetektorer m.m. Dessa skickar ett larm till personalen på det särskilda boendet utan att den enskilde behöver larma själv. Larmet utlöses av den enskildes aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall. En majoritet av kommunerna, 220 kommuner (93 procent) använder sig av passiva larm i särskilda boenden. Det är 100 kommuner (42 procent) som erbjuder de enskilda möjlighet att koppla upp sig på internet via boendets nätverk.

Totalt 60 kommuner (25 procent) uppger att de kan erbjuda vårdplanering med biståndshandläggare och anhöriga med stöd av bildkommunikation och 27 kommuner (11 procent) har påminnelseutrustning för mediciner.

Det är 15 kommuner (6 procent) som använder trygghetskamera för tillsyn under natten på de särskilda boendena.

Av de svarande är det 21 kommuner (9 procent) som uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik i särskilda boenden. De vanligaste svaren är digitala lås (hotellås) till de boendes lägenheter, surfplattor för utlåning, och digitala signeringslistor för personalen som delar medicin. Andra saker som kommunerna nämner är kameror i korridoren för natttillsyn, robot som hjälper den enskilde att äta, virtuell cykel och digital vårdbehovsmätning (VABEMA).

Tabell 9. Typer av välfärdsteknik som finns tillgänglig inom äldreomsorgen, i särskilda boenden

Typ av välfärdsteknik	Antal kommuner	Andel kommuner (%) (n=236)
Passiva larm (dörrlarm, fallarm, rörelselarm mm.)	220	93
Möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet via wifi eller kabel ⁸	100	42
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av bildkommunikation	60	25
Utrustning för påminnelse om t.ex. mediciner	27	11
Trygghetskamera (natillsyn med kamera, fjärrtillsyn)	15	6
Annat	21	9

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

I stöd- och serviceboenden är de vanligast förekommande typerna av välfärdstekniktjänster passiva larm, dvs. dörrlarm, rörelselarm, fallarm m.m. Det är 190 kommuner (81 procent) som har denna typ av teknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. I 103 kommuner (44 procent) finns möjlighet för de boende att koppla upp sig på internet via det lokala nätet via wifi eller kabel. I 50 kommuner (21 procent) finns möjlighet att arrangera vårdplaneringsmöten via bildkommunikation för de som bor i stöd- och serviceboenden och i 40 kommuner (17 procent) finns tillgång till påminnelseutrustning för mediciner. Trygghetskamera för natillsyn i stöd- och serviceboenden finns i 12 kommuner (5 procent).

I 22 kommuner (9 procent) har man uppgett att man har andra typer av välfärdsteknik. Flera kommuner har uppgett att de har läsplattor för träning, för kognitiva hjälpmedel och för kommunikation. En del av dessa är förskrivna till enskilda brukare enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Andra typer av tekniktjänster som nämns är Pict-o-stat, epilepsilarm, digitala signeringslistor för medicin och påminnelseverktyg för annat än mediciner.

⁸ En egen internetanslutning är inte en välfärdstekniktjänst i sig, men kan möjliggöra kommunikation och användande av andra internetbaserade samhällstjänster.

**Tabell 10. Valfärdsteknik i boenden
för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden)**

Typ av valfärdsteknik	Antal kommuner	Andel kommuner i %, (n=236)
Passiva larm (dörrlarm, fallarm, rörelselarm mm.)	190	81
Möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet via wifi eller kabel ⁹	103	44
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av bildkommunikation	50	21
Utrustning för påminnelse om t.ex. mediciner	40	17
Trygghetskamera (natttillsyn med kamera, fjärrtillsyn)	12	5
Annat	22	9

Säker roll- och behörighetsidentifikation

I kommunerna finns det som regel ett antal it-baserade system där personuppgifter behandlas. Det handlar om de lokala verksamhetssystemen för socialtjänstens personakter och patientjournaler för den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns också andra fristående system där man lagrar och behandlar uppgifter om personer. Utöver detta har som regel kommunens hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till nationella system, till exempel kvalitetsregister inom äldreomsorgen, NPÖ eller Pascal¹⁰. De personalkategorier som arbetar med brukare och patienter behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete och personuppgifterna som behandlas i dessa system skyddas av sekretessregler. Det är därför viktigt de som har behörighet till uppgifterna kan komma åt de uppgifter de behöver för arbetet. Det är likaså viktigt att obehöriga inte kan komma åt dem. Systemen behöver vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner som gör att enbart behörig personal kan få tillgång till dessa uppgifter.

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

I tabell 13 anger Socialstyrelsen hur stor andel av kommunerna som har digitala verksamhetssystem och andra it-baserade system där personuppgifter behandlas och där systemen kräver en säker roll- och behörighetsidentifikation av användaren. Av 2016 års undersökning framgår det att i 24 procent av kommunerna kräver alla system en säker inloggning. I 66 procent av kom-

⁹ En egen internetanslutning är inte en valfärdstekniktjänst i sig, men kan möjliggöra kommunikation och användande av andra internetbaserade samhälletjänster.

¹⁰ Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, där patienten får sina mediciner fördelade i påsar.

munerna kräver en del, men inte alla system säker roll- och behörighetsidentifikation för inloggning. I 10 procent av kommunerna har man inga system som kräver en säker inloggning. Det är alltså en större andel av kommunerna som har säkrat sina verksamhetssystem och andra system som hanterar personuppgifter.

Tabell 11. Andelen kommuner där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver säker inloggning

	Andel i % *		
	2014 (n=199)	2015 (n=233)	2016 (n=233)
Inga	34	11	10
Delvis	47	69	66
Alla	19	19	24
Kommunen har inte ett digitalt verksamhetssystem	–	1	–
Totalt	100	100	100

I förhållande till 2014 och 2015 års undersökningar är det en något större andel av kommunerna där alla system kräver säker inloggning. Andelen kommuner där en del av systemen kräver säker inloggning är större än 2014 men något mindre än 2015. Andelen kommuner som inte har några system som kräver säker inloggning minskade mellan 2014 och 2015 men ligger 2016 kvar på ungefär samma nivå som 2015.

Personalens möjligheter att logga in på ett säkert sätt skiljer sig också åt. Hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation i större omfattning än socialtjänstpersonalen. Av tabell 12 framgår det att i en majoritet av kommunerna (94 procent) använder all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunala vårdenheter en säker roll- och behörighetsidentifikation. Detta är lika hög andel som föregående år.

Tabell 12. Andelen kommuner där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder säker roll- och behörighetsidentifikation

	2015 (n=206) (%)	2016 (n=203) (%)
Ingen	0	0
Färre än hälften	0	1
Ca hälften	0	0
Mer än hälften	4	5
Alla	96	94
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning¹¹ framkom det att i 95 procent av kommunerna använde all hälso- och sjukvårdspersonal säker roll- och behörighetsidentifikation i kommunala verksamheter.

¹¹ I 2014 års undersökning var frågan annorlunda ställd så jämförelser måste göras med försiktighet.

Socialtjänstpersonalen har inte i lika hög utsträckning som hälso- och sjukvårdspersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Inom socialtjänsten är det också skillnad mellan myndighetsutövningen (handläggningen av ärenden) och verksamheter som utför socialtjänst, t.ex. hemtjänstgrupper och särskilda boenden. När det gäller personal i myndighetsutövningen är det 46 procent av kommunerna som anger att all personal använder en säker roll- och behörighetsidentifikation i sitt arbete (se tabell 13).

Tabell 13. Andelen kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder säker roll- och behörighetsidentifikation¹²

	2015 (%)	2016 (n=236) (%)
Ingen	7	7
Färre än hälften	29	30
Ca hälften	9	7
Mer än hälften	14	10
Alla	41	46
Totalt	100	100

I en mindre andel av kommunerna har den utförande socialtjänstpersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. I 17 procent av kommunerna har all personal i kommunala verksamheter tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation (tabell 14).

Tabell 14. Andelen kommuner där den berörda utförande socialtjänstpersonalen har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation¹³

	2015 (n=201) (%)	2016 (n=228) (%)
Ingen	12	10
Färre än hälften	62	59
Ca hälften	6	4
Mer än hälften	6	10
Alla	14	17
Totalt	100	100

Det har skett en viss utveckling mellan 2015 och 2016. Det är fler kommuner som rapporterar att all utförande socialtjänstpersonal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation och det är färre som uppger att ingen personal har detta (tabell 16).

Privata verksamheter

Av tabell 15 framgår det hur stor andel av de privata utförarna som har digitala verksamhetssystem och andra it-baserade system där personuppgifter behandlas och där systemen kräver en säker roll- och behörighetsidentifika-

¹² Frågan ställdes inte i 2014 års enkät

¹³ Frågan ställdes inte i 2014 års enkät

tion. I tabellen jämför Socialstyrelsen dessa med de kommunala verksamheterna. Det är en större andel av de privata vård- och omsorgsföretagen (46 procent) där alla system som behandlar personuppgifter som kräver säker inloggning jämfört med kommunerna (24 procent). Det är också en större andel privata utförare än kommuner som inte har några system som kräver säker roll- och behörighetsidentifikation.

Tabell 15. Andelen privata vård- och omsorgsföretag där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver säker inloggning

	Andel omsorgsföretag (n=66) (%)	Andel kommuner (n=233) (%)
Inga	18	10
Delvis	28	66
Alla	46	24
Frågan är inte aktuell, saknar digitalt verksamhetssystem	8	--
Totalt	100	100

Av de vårdföretag som bedriver kommunal hälso- och sjukvård var det cirka 70 procent som uppgav att all legitimerad personal hade tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. I de kommunala verksamheterna var motsvarande siffra 94 procent¹⁴. Det är alltså en stor andel av den legitimerade personalen som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.

Situationen är annorlunda när det gäller socialtjänstpersonalen, både privata och kommunala. I de privata omsorgsföretagen som bedriver socialtjänst är det 47 procent av företagen där all personal har säker roll- och behörighetsidentifikation. Motsvarande siffra för kommunerna är 17 procent. Se tabell 16.

¹⁴ Dessa uppgifter redovisas inte i någon tabell.

Tabell 16. Andel av den berörda personalen i de privata omsorgsföretagen som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation

	Privata omsorgsföretag (n=61) (%)	Kommuner 2016 (n=228) (%)
Ingen	18	10
Färre än hälften	22	59
Ca hälften	.	4
Mer än hälften	13	10
Alla	47	17
Totalt	100	100

Mobil dokumentation och tillgång till information

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

Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att det är en liten andel av den mobila personalen som har möjlighet att komma åt information och att dokumentera mobilt. Det gäller såväl inom den kommunala hälso- och sjukvården som inom socialtjänsten.

Hälso- och sjukvårdspersonal

I 11 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i de egna it-baserade systemen. I 62 procent av kommunerna har ingen av hälso- och sjukvårdspersonalen utrustning för att läsa mobilt.

Tabell 17. Andelen kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem

	2015 (n=204) (%)	2016 (n=204) (%)
Ingen	70	62
Färre än hälften	22	21
Ca hälften	0	2
Mer än hälften	3	4
Alla	5	11
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom det att i 6 procent av kommunerna hade hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem¹⁵. År 2015 var motsvarande siffra 5 procent och 2016 var det 11. Av tabell 19 framgår det också att andelen kommuner där ingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till att läsa mobilt har minskat från 70 till 62 procent mellan de två senaste åren.

I 11 procent av kommunerna kan all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal dokumentera i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret. Se tabell 18.

Detta innebär bland annat att flertalet i den mobila personalen måste gå tillbaka till kontoret för att kunna göra journalanteckningar om besöket hos patienten. I 62 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter utrustning för att dokumentera mobilt.

Tabell 18. Andelen kommuner där den berörda mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem

	2015 (n=201) (%)	2016 (n=204) (%)
Ingen	73	62
Färre än hälften	19	21
Ca hälften	0	2
Mer än hälften	3	4
Alla	5	11
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning¹⁶ framkom det att i 5 procent av kommunerna hade hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet. För 2016 var det 11 procent.

När den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen utför arbetsuppgifter utanför kontoret kan de ha behov av uppgifter från NPÖ för att ta reda på vad andra vårdgivare har gjort, till exempel en vårdavdelning på sjukhuset. De kan även kontrollera i Pascal vilka mediciner en patient har förskrivna. Av tabell 19 framgår det att i 10 procent av kommunerna har all den legitimerade personalen tillgång att läsa i NPÖ eller Pascal mobilt.

¹⁵ 2014 var frågan annorlunda ställd och jämförelsen måste därför göras med försiktighet

¹⁶ 2014 var frågan annorlunda ställd och jämförelsen måste därför göras med försiktighet

Tabell 19. Andelen kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i nationella system

	2015 (n=202) (%)	2016 (n=205) (%)
Ingen	77	66
Färre än hälften	16	18
Ca hälften	0	3
Mer än hälften	4	3
Alla	5	10
Totalt	100	100

Vid 2014 och 2015 års undersökningar¹⁷ framkom det att i 5 procent av kommunerna hade all hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i nationella system (exempelvis NPÖ eller Pascal). Det är alltså en större andel som kan läsa i nationella system 2016 än tidigare år.

Den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen kan ha behov att av föra in uppgifter i nationella system, till exempel i Pascal eller i ett nationellt kvalitetsregister. Av tabell 20 framgår det att i 11 procent av kommunerna har all den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att tillföra uppgifter i nationella system mobilt. Det framgår även att i 64 procent av kommunerna har ingen mobil personal möjlighet att tillföra uppgifter i nationella system.

Tabell 20. Andelen kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen kan tillföra uppgifter i nationella system mobilt

	2015 (n= 195) (%)	2016 (n=204) (%)
Ingen	77	64
Färre än hälften	16	20
Ca hälften	0	2
Mer än hälften	2	3
Alla	5	11
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom det att i 4 procent av kommunerna hade all hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att tillföra uppgifter i nationella system. År 2015 var motsvarande siffra 5 procent och i årets undersökning kunde all personal i 11 procent av kommunerna tillföra uppgifter i nationella system.

Privata utförare av hälso- och sjukvård

Av enkäten till de privata vårdgivarna framgår det att hos cirka 20 procent har all personal utrustning för att läsa och dokumentera mobilt i verksamhetssystemet. Hos hälften av vårdgivarna finns ingen personal som kan läsa och dokumentera mobilt. Jämförelsevis uppger cirka 11 procent av kommu-

¹⁷ 2014 var frågan annorlunda ställd och jämförelsen måste därför göras med försiktighet

nera att all den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har utrustning för att läsa och dokumentera mobilt och 62 procent av kommunerna uppger att ingen av dem har utrustning för att läsa och dokumentera mobilt.

Hos cirka 6 procent av de privata vårdgivarna har all personal utrustning för att läsa och tillföra uppgifter mobilt i nationella system (NPÖ, Pascal och kvalitetsregister). Hos cirka 70 procent är det ingen personal som har sådan utrustning. Av kommunerna är det 10 procent där all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa i nationella system mobilt och 66 procent av kommunerna där ingen personal kan göra detta. Av kommunerna är det vidare 11 procent där all hälso- och sjukvårdspersonal kan tillföra uppgifter i nationella system. I 64 procent av kommunerna finns det ingen personal som kan göra detta mobilt.

Socialtjänstpersonal

Hemtjänstpersonal eller annan mobil socialtjänstpersonal kan ha behov av uppgifter från kommunens verksamhetssystem när de utför sina uppgifter utanför kontoret. I majoriteten av kommunerna har personalen inte tillgång till mobil utrustning så att de kan komma åt och läsa i verksamhetssystemet när de till exempel besöker en brukare i hemmet. Av tabell 21 framgår det att i 6 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal tillgång till kommunens verksamhetssystem mobilt.

Tabell 21. Andelen kommuner där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens eller eget verksamhetssystem

	2015 (n=209) (%)	2016 (n=229) (%)
Ingen	55	49
Färre än hälften	30	31
Ca hälften	3	4
Mer än hälften	6	10
Alla	6	6
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning¹⁸ framkom det att i 3 procent av kommunerna hade socialtjänstpersonalen möjlighet att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem. För 2015 och 2016 var det 6 procent. På motsvarande sätt har andelen kommuner där ingen socialtjänstpersonal har utrustning för att läsa mobilt minskat från 55 procent 2015 till 49 procent 2016.

I cirka 7 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal utrustning och möjlighet att mobilt registrera besök eller att dokumentera vad som skett vid besök hos brukare i kommunens verksamhetssystem eller i andra digitala system. Denna registrering eller dokumentation sker med hjälp av mobiltelefoner, läsplattor, bärbara datorer eller digitala pennor som lagrar information. I 48 procent av kommunerna är det ingen av personalen som har möjlighet att registrera och dokumentera mobilt (tabell 22).

¹⁸ 2014 var frågan annorlunda ställd och jämförelsen måste därför göras med försiktighet

Tabell 22. Andelen kommuner där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet

	2015 (n=208) (%)	2016 (n=227) (%)
Ingen	58	48
Färre än hälften	28	33
Ca hälften	2	3
Mer än hälften	7	9
Alla	5	7
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning¹⁹ framkom det att i 8 procent av kommunerna hade socialtjänstpersonalen möjlighet att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem. Denna andel minskade till 5 procent 2015 och 2016 var den på samma nivå som 2014, dvs. 8 procent. Andelen kommuner där ingen socialtjänstpersonal kan dokumentera mobilt har minskat från 58 procent 2015 till 46 procent 2016.

Privata socialtjänstverksamheter

I 56 procent av de privata omsorgsföretagen har ingen personal tillgång till mobil utrustning så att de kan komma åt och läsa i verksamhetssystemet till exempel när de besöker en brukare i hemmet. I 22 procent av företagen har all personal tillgång till mobil utrustning. Detta är en högre andel än kommunerna. Det är endast i 6 procent av kommunerna som all personal har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i verksamhetssystemet.

Tabell 23. Andelen privata omsorgsföretag och kommuner där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens eller eget verksamhetssystem

	Privata omsorgsföretag (n=66) (%)	Kommuner (n=229) (%)
Ingen	56	49
Färre än hälften	16	31
Ca hälften	2	4
Mer än hälften	3	10
Alla	22	6
Vet ej	2	-
Totalt	100	100

Det är en lika stor andel privata omsorgsföretag där personalen kan dokumentera i verksamhetssystemet som där de kan läsa i verksamhetssystemet mobilt.

Det är också en större andel omsorgsföretag än kommuner där personalen kan dokumentera i verksamhetssystemet mobilt (tabell 24).

¹⁹ 2014 var frågan annorlunda ställd och jämförelsen måste därför göras med försiktighet

Tabell 24. Andelen omsorgsföretag och kommuner där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet

	Privata omsorgsföretag (n=66) (%)	Kommuner (n=227) (%)
Ingen	59	48
Färre än hälften	14	33
Ca hälften	0	3
Mer än hälften	3	9
Alla	22	7
Vet ej	2	
Totalt	100	100

Nationell patientöversikt

Den nationella patientöversikten (NPÖ) är ett nätbaserat system. I NPÖ kan den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen hos en vårdgivare läsa andra vårdgivares journaler om gemensamma patienter under förutsättning att den enskilde ger sitt samtycke. Detta kräver att vårdgivarna har anslutit sig till NPÖ. Dels som konsumenter för att kunna läsa, dels som producenter för att kunna dela information med andra vårdgivare. Det krävs en särskild anslutning för att kunna läsa vad andra vårdgivare skriver och ytterligare en anslutning för att de egna journalerna ska göras tillgängliga för andra vårdgivare. Samtliga landsting har tidigare anslutit sig till NPÖ och kan dela patientinformation mellan sig och med kommunala och privata vårdgivare. Många kommuner och privata vårdgivare är också anslutna som konsumenter, men bara ett mindre antal som producenter.

För att uppnå målet med NPÖ, det vill säga att den ska bli till nytta för den enskilde och att vården ska bli mer effektiv, krävs flera faktorer. Kommuner-na behöver ansluta samtliga vårdenheter som konsumenter och som producenter, all legitimerad personal behöver få tillgång till systemet och personalen måste faktiskt använda det. I tabellerna 25-27 belyser Socialstyrelsen dessa faktorer.

Enligt uppgifter från Inera²⁰ var det totalt 235 kommuner (cirka 81 procent) som i december 2015 hade anslutit någon eller några vårdenheter till NPÖ. I december 2014 var det 217 kommuner (75 procent) och december 2013 var det 137 kommuner (47 procent).

Av tabell 25 framgår det att antalet kommuner som är uppkopplade för att konsumera har ökat med 72 procent sedan februari 2014. Antalet unika användare, dvs. de som någon gång varit inne i systemet för att söka uppgifter har ökat med 160 procent, Antalet slagningar dessa användare har gjort har ökat med 234 procent.

²⁰ Inera är det landstingsägda bolaget som utvecklat och som förvaltar den nationella patientöversikten

Tabell 25. Användning av Nationella patientöversikten

	Feb 2014	Feb 2015	Feb 2016	Ökning 2014-2016 i %
Antal uppkopplade kommuner	137	217	235	72
Antal unika användare ²¹	1313	2216	3410	160
Antal slagningar	7065	13372	23613	234
Antal slagningar per unik användare	5,38	6,03	6,92	29

Källa: Inera

Om en kommun ansluter sig till NPÖ som producent kan de göra journaluppgifterna om de enskilda vårdtagarna tillgängliga också för andra vårdgivare som är anslutna till NPÖ. Det är dock en mindre andel av kommunerna som har gjort detta. Det är enligt Inera 11 kommuner ²² (4 procent) som har anslutningar för att dela journaluppgifter. Detta är en marginell utveckling sedan 2015.

För att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna ska kunna ta del av informationen från andra vårdgivare genom NPÖ krävs att de har behörighet till systemet. Det krävs dels att de har en e-legitimation, dels att de är registrerade i en nationell eller regional katalog där deras professionella roll är angiven. Av tabell 26 framgår det att i 77 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till NPÖ.

Tabell 26. Andelen kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till NPÖ med egen inloggning

Andel av personalen	2015 (n=203) (%)	2016 (n=205) (%)
Ingen	24	16
Färre än hälften	2	2
Ca hälften	0	0
Mer än hälften	6	5
Alla	68	77
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning rapporterade Socialstyrelsen att i 55 procent av kommunerna hade all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till NPÖ med egen inloggning. Då gjorde vi dock ingen uppdelning på kommunala och privata verksamheter så jämförelsen mellan åren är osäker. Andelen kommuner där all hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till NPÖ ökade med 13 procentenheter mellan 2014 och 2015 och med ytterligare 9 procentenheter till 2016.

För att NPÖ ska bli till nytta för den enskilde och för att vården ska bli mer effektiv har kommunen ett övergripande ansvar för att den legitimerade

²¹Det totala antalet sjuksköterskor i kommunerna var cirka 17 500 år 2013, enligt Socialstyrelsen.

²²Haparanda, Karlshamn, Karlskrona, Nyköping, Olofström, Ronneby, Sölvesborg, Varberg, Västerås, Ängelholm och Örnköldsvik

hälso- och sjukvårdspersonalen använder systemet. Ett sätt att göra detta på är att kommunen tar fram rutiner för hur och när personalen ska använda systemet. Av tabell 27 framgår det att 66 procent av kommunerna har rutiner på plats och att ytterligare 16 procent har startat en process för att ta fram rutiner.

Tabell 27. Andelen kommuner som har rutiner för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ

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

Vid 2014 års undersökning var det 39 procent av kommunerna som hade rutiner för hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ. År 2015 var det 55 procent och 2016 var det 66 procent. Det har alltså skett en ökning med 16 procentenheter mellan 2014 och 2016.

Privata utförare

Av enkäten till de privata vårdgivarna 2016 framgår det att cirka 12 procent är anslutna för att ta del av andra vårdgivares patientuppgifter men inga privata vårdgivare har anslutit sig för att producera uppgifter i NPÖ. En jämförelse med kommunala verksamheter visar att cirka 81 procent av kommunerna har anslutit samtliga vårdenheter för att ta del av uppgifter från NPÖ och 4 procent för att själva dela uppgifter i NPÖ.

Strukturerad dokumentation

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som är av betydelse för ärendet. Dokumentationen görs både i löpande journaltext och i strukturerad form. Med strukturerad dokumentation menas att det finns fasta svarsalternativ. Strukturerad dokumentation används i Äldres behov i centrum (ÄBIC) inom äldreomsorgen [11]. Inom barnområdet finns Barns behov i centrum (BBIC) [12] och inom missbruksområdet finns framför allt Addiction Severity Index (ASI) och Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD).

I kommunerna används strukturerad dokumentation i varierande omfattning. Av tabell 28 framgår det att flest kommuner har infört strukturerad dokumentation i myndighetsutövningen av barnärenden, 93 procent. Den höga andelen beror framför allt på att BBIC är ett etablerat system för dokumentation av utredning, genomförande av insatser och uppföljning för barn och unga. Systemet har funnits i Sverige sedan 2006. Vidare är det 71 procent av kommunerna som använder strukturerad dokumentation i arbetet med vuxna med missbruksproblem. I myndighetsutövningen av insatser för personer med funktionsnedsättningar är det en betydligt lägre andel kommuner som använder strukturerad dokumentation, 19 procent. Inom äldreområ-

det finns ÄBIC sedan några år som bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [13]. Cirka 32 procent av kommunerna använder ÄBIC i myndighetsutövningen inom äldreomsorgen.

Tabell 28. Andelen kommuner som inom myndighetsutövningen använder en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ i verksamhetssystemet

	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Barn och unga	88	95	93
Ekonomiskt bistånd	26	28	27
Familjerätt	27	25	24
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	17	18	19
Vuxna med missbruksproblem	62	72	71
Äldreomsorg	19	27	32

Av tabell 28 framgår det att det 2016 är något fler kommuner än 2014 vars personal i myndighetsutövningen använder strukturerad dokumentation i handläggningen. Störst har ökningen varit i handläggningen av ärenden om vuxna med missbruksproblem och inom äldreomsorgen. En förklaring till den stora ökningen inom äldreomsorgen kan vara att Socialstyrelsen har haft ett särskilt uppdrag sedan 2013 att implementera ÄBIC i kommunerna. Detta har bland annat inneburit riktade utbildningsinsatser till kommunerna.

I socialtjänstens utförlighet är det färre kommuner som använder strukturerad dokumentation än i myndighetsutövningen. Det är 76 procent av kommunerna som har angett att de använder strukturerad dokumentation inom området barn och unga och 57 procent inom missbruksområdet.

I verksamheter för arbetsmarknadsinsatser är andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation lägst, 13 procent (tabell 29).

Tabell 29. Andelen kommuner vars socialtjänstpersonal i utförarledet och i den kommunala hälso- och sjukvården använder en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ i verksamhetssystemet

	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Barn och unga	76	74	76
Familjerätt	19	21	22
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	13	14	16
Vuxna med missbruksproblem	45	53	57
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	10	16	17
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	10	15	16
Arbetsmarknadsinsatser	--*	7	13
Hemsjukvård i ordinärt boende	19	38	35
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	20	40	35

* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för arbetsmarknadsinsatser

Av tabell 29 framgår det att det skedde en fördubbling mellan 2014 och 2015 av andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation inom hemsjukvården och hälso- och sjukvården i särskilda boenden. Mellan 2015 och 2016 var det dock en viss minskning. Inom socialtjänstens områden har det också med undantag för verksamhetsområdet barn och unga skett en viss ökning under perioden.

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) innebär ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Det kan användas som verktyg vid bedömning av behov, vid arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering [13].

Av tabell 30 framgår det att ICF används i myndighetsutövningen i mellan 5 och 29 procent av kommunerna, beroende på verksamhetsområde. Mest används det inom äldreomsorgen (29 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (5 procent).

Tabell 30. Andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen

	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Barn och unga	7	14	18
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	10	14	20
Vuxna med missbruksproblem	4	7	8
Äldreomsorg	14	26	29
Ekonomiskt bistånd	*	4	5

* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för ekonomiskt bistånd

I förhållande till 2014 års undersökning har det skett en påtaglig ökning i användningen av ICF. Till exempel har andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen använder ICF för barn och unga, ökat från 7 procent 2014 till 18 procent 2016. Även inom övriga socialtjänstområden har användningen av ICF ökat.

I utförarledet i kommunala verksamheter används ICF framför allt inom hälso- och sjukvården. I hemsjukvården i ordinärt boende och i hälso- och sjukvård i särskilda boenden är det 72 procent av kommunerna som använder ICF. Inom socialtjänstverksamheterna är det betydligt färre kommuner som använder ICF (se tabell 31).

Tabell 31. Andelen kommuner där socialtjänstpersonal i utförarledet och hälso- och sjukvårdspersonal använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

	2015 (%)	2016 (%)
Barn och unga	8	14
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	12	17
Vuxna med missbruksproblem	5	7
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	19	20
Arbetsmarknadsinsatser	3	2
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	72
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	72

Av tabell 31 framgår det att det har skett en ökning mellan 2015 och 2016 i användningen av ICF i socialtjänstens utförarled och i den kommunala hälso- och sjukvården. Störst har ökningen varit i verksamheter för barn och unga där andelen kommuner som använder ICF har ökat från 8 procent 2015 till 14 procent 2016.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) [14] är en klassifikation av åtgärder inom hälso- och sjukvården. Den anger hur en utförd åtgärd ska grupperas (klassificeras), det vill säga vilken kategori och grupp den ska tillhöra i en hierarkiskt uppbyggd struktur. Klassifikationen anger också vilken kodbe-teckning (åtgärds-kod) som ska användas.

Av tabell 32 framgår det att 43 procent av kommunerna använder KVÅ i hemsjukvård i ordinärt boende och 44 procent i hälso- och sjukvården i särskilda boenden. Detta är en ökning i förhållande till 2014 och 2015.

Tabell 32. Andelen kommuner som använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen

	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Hemsjukvård i ordinärt boende	35	39	43
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	34	41	44

År 2014 var andelen kommuner som använde KVÅ i hemsjukvård 35 procent och i hälso- och sjukvården i särskilt boende var den 34 procent. I 2014 års enkät ingick dock även privata verksamheter så dessa uppgifter är inte helt jämförbara. De privata vårdgivarna har 2015 och 2016 rapporterat att de använder KVÅ i mindre omfattning än de kommunala så 2014 års siffror är troligen något för låga.

Privata utförare

I enkäten ställde Socialstyrelsen frågan om de privata omsorgsföretagen använde en strukturerad dokumentation. Vi ställde frågorna med avseende på varje verksamhetsområde, och urvalet av omsorgsföretag var litet. Socialstyrelsen väljer därför att inte redovisa dessa svar med siffror. Tendensen i det begränsade urvalet är dock att det är en mindre andel av de privata omsorgsföretagen än kommunala utförare som använder en strukturerad dokumentation i socialtjänstverksamheterna.

Privata utförares avtal med kommunerna

Socialstyrelsen ställde frågan om vilken typ av avtal företaget har med kommunen. Det vanligaste svaret var att de säljer enstaka platser till en eller flera kommuner. Tendensen är att företagen har avtal med mer än en kommun. Detta får naturligtvis effekter på vårdföretagets administration eftersom kommunerna har olika verksamhetssystem som vård- och omsorgsföretagen ska förhålla sig till. Cirka 32 procent av företagen angav att de dokumenterar insatserna i både sitt eget och i den beställande kommunens verksamhetssystem och 15 procent bara i det egna. Övriga 53 procent dokumenterar i bara det egna verksamhetssystemet.

Tabell 33. Vilken typ av avtal har de privata utförarna med kommunen?

	Viktad andel ²³ (%)
Avtal med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV) för en kommun	25
Avtal med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV) för flera kommuner	30
Avtal på entreprenad för en kommun	14
Avtal på entreprenad för flera kommuner	17
Vi säljer enstaka platser till en eller flera kommuner	48

²³ Summan överstiger 100 procent då respondenterna kunde ange mer än ett svar

Diskussion

Socialstyrelsen konstaterade i rapporterna från 2014 och 2015 om utvecklingen av e-hälsa i kommunerna att de statliga stimulansmedlen har varit viktiga för att hjälpa kommunerna att komma igång med utvecklingsarbetet. Resultaten från denna tredje uppföljning visar en viss ökning inom de flesta områden som undersökts. Myndigheten konstaterar dock att flera av de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan regeringen och SKL inte har uppnåtts:

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande på en låg nivå.
- Andelen digitala trygghetslarm ökar men regeringens mål, att alla larm ska vara digitala den 31 december 2016, kommer inte att nås.
- Användningen av NPÖ för att läsa information är i tilltagande men en mycket liten andel av kommunerna kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa.
- En låg andel av socialtjänstens personal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation
- Andelen berörd personal som kan dokumentera och komma åt information mobilt är fortfarande låg.
- En liten andel av de privata utförarna av kommunal hälso- och sjukvård använder NPÖ för att konsumera och inga alls som producerar i systemet.

E-tjänster för brukare och patienter

Den e-tjänst som en majoritet av kommunerna erbjuder är att brukare, klienter och patienter inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården ska kunna lämna synpunkter och klagomål på kommunens webbplats. I övrigt är det en minoritet av kommunerna som kan erbjuda sina tjänster digitalt. En mindre andel av kommunerna har e-tjänster för ansökningar om bistånd eller insatser (16 procent). I 3 procent av kommunerna kan brukare och klienter boka tid hos handläggare eller utförare digitalt. Det förekommer också andra typer av digitala e-tjänster i en liten andel av kommunerna.

Regeringens mål i överenskommelsen med SKL 2013 och 2014 var att öka både antalet e-tjänster inom socialtjänsten för invånarna och användningen av e-tjänsterna. E-tjänsterna ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar. E-tjänsterna ska vara ett komplement till andra former av service och kontakter med socialtjänsten. De ska inte innebära en försämring för den stora grupp människor (1,2 miljoner) som inte använder sig av internet.

Detta är tredje året som Socialstyrelsen rapporterar om utvecklingen av e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna. När det gäller e-tjänster är det med något undantag svårt att urskilja någon utveckling över dessa år. Socialstyrelsen kan därför inte anse att dessa mål uppfyllda.

Kommunerna och de regionala e-hälsosamordnarna menar att det finns några olika förklaringar till att utvecklingen inte nått längre. Det handlar om att mindre kommuner inte har resurser och kompetens att själva utveckla tjänster. Vidare har det visat sig att tjänster som utvecklats av externa leverantörer ofta inte fungerat då de inte är kompatibla med andra e-tjänster i kommunen och med verksamhetssystemen. Slutligen, när det gäller ”äkta” e-tjänster²⁴ har kommunerna förlitat sig på leverantörernas vilja att utveckla sådana.

Trygghetslarm

Socialstyrelsen konstaterar att allt fler trygghetslarm digitaliseras. I årets enkät framgår det att 48 procent av alla trygghetslarm är digitala och många kommuner arbetar med att byta ut de analoga larmen mot digitala. Alla kommer dock inte att vara klara under 2016, som var regeringens mål.

Kommunerna ger flera förklaringar till detta. Majoriteten av svaren handlade om upphandlingsfrågor. Flera kommuner planerade för en upphandling, andra svarade att upphandlingen var igång men inte avslutad eller att upphandlingen var försenad. Några kommuner har avtal med leverantörer som inte löper ut förrän under 2016 eller 2017 och väljer att inte säga upp avtalen i förtid.

En annan förklaring är att SKL Kommentus ramavtal för trygghetslarm inte har fungerat som avsett. SKL tecknade ett ramavtal med två leverantörer för kommunerna 2012. När ett av dessa bolag inte fick förlängning av avtalet 2015 var många kommuner i färd med upphandling och det återstod då bara en leverantör av trygghetslarmssystem. Många kommuner blev försenade pga. detta. Det nya ramavtalet för trygghetslarm som skulle börja gälla under hösten 2015 har överklagats till förvaltningsrätten. SKL Kommentus bedömer att de kommer att ha en dom från rätten senast i maj 2016. Socialstyrelsen bedömer att det finns risk för att en andel av de kommuner som planerade att införa digitala trygghetslarm under 2016 inte kommer att kunna göra detta.

Några kommuner menade att de inte har ekonomiska möjligheter att byta alla trygghetslarm under kort tid utan sprider ut införandet successivt under flera år.

Några kommuner hänvisar till att det inte finns bredband eller mobila nät. Detta innebär att de inte kan införa digitala larm i alla områden i kommunen förrän infrastrukturen är på plats.

Nästan bara mobila nät

Det har skett en kraftig ökning av antalet digitala trygghetslarm och hela tillväxten handlar om att kommunerna använder mobila nät för sina digitala trygghetslarm. Mobila nät finns även på orter där det finns fiberburet bredband. De flesta experter som Socialstyrelsen varit i kontakt med är dock överens om att de trådburna bredbanden som regel erbjuder högre kapacitet

²⁴ Med äkta e-tjänster menar vi i denna rapport tjänster som är direktkopplade till kommunens verksamhetssystem och som ger möjlighet till en digital handläggning.

och större driftsäkerhet. De är mindre känsliga för vädervariationer och nedgång i kapaciteten pga. överbelastning m.m. I Umeå har kommunen gjort tester av trygghetslarm via trådburna bredband och mobila nät. Det visade sig att trygghetslarmen via mobila nät tar tre gånger så lång tid som trådburna bredband för att nå larmcentralen. Dessutom är signalkvaliteten som regel bättre i de trådburna trygghetslarmen.

Post- och telestyrelsen gör varje år en kartläggning över bredbandstillgången²⁵ i hela landet [15]. Kartläggningen för 2015 visar att 99,99 procent av alla hushåll hade tillgång till bredband, eller skulle relativt enkelt kunna installera det. Utanför tätorter och småorter var täckningsgraden 99,98 procent. Det betyder att en övervägande andel av alla hushåll hade tillgång till bredband, via trådburna tekniker eller mobilt.

I riket var det 98,98 procent av hushållen som hade tillgång till trådburet²⁶ bredband. Utanför tätort och småort var det 90,97 procent. Denna täckningsgrad avser bostäder där folk är folkbokförda.

Det finns dock platser där det inte finns tillgång till trådburet bredband och där det är dålig mobiltäckning. Dessa platser ligger ofta långt från tätorter och långt från närmaste telemast. Det finns även platser som teoretiskt sett ligger inom räckhåll för mobilsignaler men det kan finnas geografiska hinder i form av berg och dalar. Det kan också vara tillfälliga hinder i form av säsongsvariationer, vädereffekter eller överbelastning vid vissa tillfällen vilket försvårar eller förhindrar åtkomst till de mobila näten. Dessa är svårare att förutse och planera för. Det är då viktigt att det finns alternativa kommunikationssätt.

Kommunerna väljer alltså att ansluta de digitala trygghetslarmen till mobila nät trots att de har lägre kapacitet och en teoretiskt sämre driftsäkerhet. Förklaringarna som ges för detta är att det är billigare att installera trygghetslarm med mobil anslutning. Att installera ett trygghetslarm hos den enskilde som ansluts via ett mobilt nät kan göras av hemtjänstpersonalen. Det krävs ingen särskild teknisk kompetens. För ett trygghetslarm via trådburet bredband krävs först och främst att det finns fiber framdraget till huset den enskilde bor i och att den enskildes bostad är kopplad till fibern. Vidare krävs det ofta kabeldragningar i den enskildes bostad, från larmdosan till routern. Allt detta kostar pengar och även i det sista ledet, installation av larmet, krävs insatser av tekniskt utbildad personal.

Vid samtal med regionala e-hälsosamordnare och med en av de huvudsakliga leverantörerna av trygghetslarm framkommer fler förklaringar än endast ekonomiska till varför kommunerna väljer mobila anslutningar. De menar att vid installation av digitala trygghetslarm via mobila nät har kommunen en större kontroll över hela larmkedjan, från den enskildes larmdosa till larmcentralen. Trygghetslarmet levereras med ett mobilabonnemang som leverantören tecknar. I dessa abonnemang ingår en högre grad av serviceåtagande från operatören (SLA, service level agreement). Dessutom har de moderna digitala trygghetslarmen med mobil anslutning en batteribackup som räcker i

²⁵ PTS definierar i sin kartläggning bredband som en anslutning till internet som medger en överföringshastighet (nedströms) på minst 1 Mbit/s i genomsnitt.

²⁶ Med trådburet bredband menas bredband via kopparaccessnätet (xDSL), kabel-tv-nät och fibernät.

minst två dygn. Larmet fungerar alltså även om strömmen går hos den enskilde. När det gäller trådburet bredband (fiber) så finns det en stor mängd operatörer på den svenska marknaden. I de flesta kommuner finns inget stadsnät så kommunerna behöver då installera trygghetslarmen på den enskildes egna bredband. Detta innebär att om den enskilde väljer att byta operatör, eller göra ändringar i inställningarna på sin router kan de tappa kontakten med larmcentralen. Vidare har de flesta bredbandsroutrar i dag ingen batteribackup. Detta innebär att trots att de trådburna bredbanden har en teoretiskt bättre driftsäkerhet så blir de mobila säkrare pga. att kommunen har en bättre kontroll över larmkedjan.

Säkerhet

Kommunerna fokuserar alltmer på säkerhet och driftsäkerhet. De gör automatiska tester av trygghetslarmen oftare 2016 än tidigare år. En hög andel av kommunerna uppger även att de har rutiner för att följa upp de automatiska testerna. I årets enkät svarade 86 procent av kommunerna att de har rutiner för att hantera och åtgärda brister som upptäckts i de automatiska testerna av analoga och digitala trygghetslarm. Fler kommuner uppger att de har tekniska backup-system för trygghetslarmen 2016 än tidigare och fler svarar att de har ledningssystem för kvalitet som avser trygghetslarmen. En hög andel av kommunerna har identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarmen, tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift av trygghetslarmen och ett system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet. Det är dock en lägre andel som i år har angett att de har gjort en riskanalys för trygghetslarmen jämfört med tidigare år. Det kan finnas anledning att ytterligare följa upp varför färre kommuner gjort riskanalyser.

Till stöd för kommunernas arbete med kvaliteten i trygghetslarmen har Socialstyrelsen tagit fram en webbaserad utbildning om trygghetslarm och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Denna ligger på Kunskapsguiden.²⁷

Välfärdsteknik

Det har under de senaste åren skett en ökning av användningen av digital teknik för tillsyn av, och stöd till, äldre och personer med funktionsnedsättningar. Detta handlar framförallt om kameror för natttillsyn i ordinärt boende och mobila trygghetslarm, eller gps-larm. Det är 55 kommuner som anger att de använder natttillsyn med kamera inom hemtjänsten i ordinärt boende; totalt har cirka 382 personer utrustats med sådana kameror. Vidare är det 62 kommuner som anger att de utrustat totalt 356 personer med mobila trygghetslarm. Med ett mobilt trygghetslarm kan den enskilde larma hemtjänsten eller anhöriga även utanför bostaden. Det går även att med hjälp av gps-koordinater lokalisera var larmet kommer ifrån.

I rapporten om e-hälsoutveckling i kommunerna från 2015 skrev Socialstyrelsen att det finns etiska och juridiska överväganden som måste göras när

²⁷ <http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Trygghetslarm-och-systematiskt-kvalitetsarbete/Sidor/Default.aspx>

kommunen inför denna typ av utrustning. Detta gäller särskilt för personer med nedsatt beslutsförmåga, det vill säga personer med kognitiva nedsättningar eller med demenssjukdom. Många kommuner uttrycker att de saknar kompetens och efterfrågar vägledning i att hantera denna typ av frågor.

När det gäller juridiska överväganden konstaterade Socialstyrelsen i samma rapport bland annat att verksamheter som styrs av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Detta innebär att frivillighet för den enskilde är utgångspunkten för alla insatser. Insatserna enligt dessa lagstiftningar kan sägas grunda sig på samtycke från den enskilde. Det finns dock inte definierat i lagstiftningen eller i de förarbeten som denna grundas på vad som krävs för att ett samtycke ska vara giltigt eller vilka former av samtycken som kan accepteras i olika situationer. Socialstyrelsen konstaterade vidare att det också fanns behov av att följa utvecklingen av de digitala välfärdstjänsterna och bedöma i vilken mån staten behöver anpassa det regelverk som gäller vården och omsorgen. Detta behov har funnits sedan tidigare vad avser SoL, HSL m.fl. lagar och har nu blivit än viktigare i samband med att patientlagen (2014:821) trätt i kraft. Där finns visserligen uttryckliga regler om samtycke m.m. men det har ännu inte hunnit utvecklas någon praxis angående tillämpningen.

Många kommuner har efterfrågat tydligare vägledning bland annat för kameratillsyn och gps-larm. Eftersom tekniken ger nya möjligheter och även skapar nya frågor hos socialtjänsten har kommunerna uttryckt att det aktuella regelverket i form av lagstiftning och föreskrifter inte ger tillräcklig vägledning. Detta gäller framförallt situationer där den enskilde inte kan ge uttryck för sin egen vilja, dvs. inte kan ge samtycke till insatsen. För att möta dessa frågor har Socialstyrelsen under våren 2016 producerat en webbutbildning på temat etik och välfärdsteknik för att ge vägledning till kommunerna. Denna finns tillgänglig på Kunskapsguiden <http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Sidor/default.aspx>. Socialstyrelsen har också under våren 2016 uppdaterat webbsidan – Frågor och svar om välfärdsteknik.

Nationella patientöversikten

Användningen av Nationella Patientöversikten (NPÖ) har ökat sedan mätningen 2015.

En majoritet (81 procent) kommunerna är anslutna till NPÖ för att kunna ta del av andra vårdgivares journaluppgifter (konsumera). Detta är en ökning med 9 procent från 2015.

När det gäller att producera hälso- och sjukvårdsdokumentation i NPÖ är det 11 kommuner (4 procent) som kan göra detta. Inera lanserade under hösten en ny version av NPÖ och det har därefter tillkommit två kommuner. Den nya versionen har inneburit en ändring i finansieringen av systemet. För att konsumera betalar kommunerna en summa per invånare i kommunen och för att producera betalar de med den nya versionen ingenting. I den tidigare versionen betalade vårdgivarna ett pris för att producera. Detta medförde att incitamenten för kommunerna att ansluta sig som producent var små.

För att öka användningen behöver kommunernas verksamhetssystem utvecklas och kompletteras med möjligheten att producera till NPÖ. Detta är ett jobb för leverantörerna och kostnaderna för detta utvecklingsarbete kommer att läggas in i kontrakten mellan leverantörerna och kommunerna. Enligt Inera är det i dag endast en leverantör som kan erbjuda möjligheter för kommunerna att producera journaluppgifter. Samtal förs dock med flera andra och man räknar med att inom kort kommer 90 procent av kommunerna att ha möjligheten att producera journalmaterial.

Inga privata vårdgivare som arbetar med kommunal hälso- och sjukvård har anslutit sig för att kunna dela information.

Socialstyrelsen konstaterar att det är otillfredsställande att endast en mindre andel kommunala och inga privata vårdgivare kan dela journalinformation. En stor del av hälso- och sjukvården bedrivs i dag i den kommunala hälso- och sjukvården och dessa producerar information som kan vara till nytta för andra vårdgivare, inte minst akutsjukvården. Detta medför att det finns en risk för att vården blir mindre säker och effektiv.

Jämförelse mellan privat och kommunal vård och omsorg

Resultaten inom de områden som Socialstyrelsen har granskat och jämfört varierar. När det gäller säker roll- och behörighetsidentifikation är det en större andel privata omsorgsföretag där all personal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation jämfört med kommuner. Men när det gäller den kommunala hälso- och sjukvården är förhållandet det motsatta. Det är en större andel kommuner där all hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation än privata vårdföretag.

När det gäller möjligheten att arbeta mobilt verkar de privata verksamheterna vara mer utvecklade, både när det gäller hälso- och sjukvård och socialtjänst. Undantaget är att de privata till en lägre grad kan läsa och dokumentera i nationella system, t.ex. NPÖ och Pascal. Detta hänger troligen samman med att de privata till en lägre grad är anslutna till NPÖ än de kommunala verksamheterna. Endast 12 procent av de privata vårdbolagen är anslutna till NPÖ för att läsa och inga är anslutna för att producera uppgifter i systemet. Motsvarande siffror för kommunerna är 83 respektive 4 procent.

Slutligen uppskattar Socialstyrelsen att det är en mindre andel privata vårdbolag som använder en strukturerad dokumentation än kommuner.

Sammanfattningsvis kan sägas att samtliga områden som Socialstyrelsen har granskat är utvecklingsområden, både inom privata och kommunala verksamheter. Det är endast i den kommunala hälso- och sjukvården som andelen kommuner där all personal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation närmar sig 100 procent.

Mobila nät och bredbandsnät

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver. (2 kap. 1 § SoL). Detta gäller bland annat för den grupp äldre som bor kvar i ordinärt boende med hemtjänstinsatser. Många av dessa

är beroende av tillsyn och trygghetsskapande tjänster. Detta ställer stora krav på säkra kommunikationsnät för trygghetslarmen och annan välfärdsteknik som bygger på kommunikation via digitala nät. Även inom hälso- och sjukvården finns ett ökande behov att följa den enskildes hälsa via digital övervakningsutrustning och vid behov skapa kontakt med patienter som befinner sig hemma. E-tjänster, digitala trygghetslarm, annan välfärdsteknik och mobila arbetssätt är alla beroende av fungerande och säkra kommunikationsnät med tillräcklig kapacitet.

Kommunerna väljer till en övervägande del att ansluta de digitala trygghetslarmen via mobila nät istället för trådburna bredbandsnät. E – hälso-samordnarna och andra experter som Socialstyrelsen intervjuat menar att de trådburna bredbanden har högre kapacitet och är säkrare än de mobila näten. De ger några förklaringar till att kommunerna väljer att använda de mobila näten istället för trådburna bredband – att det är enklare och billigare för kommunerna att låta installera trygghetslarm som ansluts via mobila nät. De kan också ha kontroll över hela larmkedjan om larmen installeras via mobila nät vilket de som regel inte har via trådburna bredband. Det finns flera hundra bredbandsoperatörer i Sverige som opererar på kommersiell basis eller ideellt. Leverantörerna av trygghetslarm och andra trygghetstjänster har hela landet som marknad och väljer därför att använda sig av de mobila näten för kommunikation mellan brukaren och larmcentralen.

Antalet kommuner som bygger stadsnät ökar dock, och PTS beräknar att det finns cirka 140 aktiebolag som äger lokala bredbandsnät [16]. De flesta av dessa är kommunägda. Men också dessa kommuner väljer att installera trygghetslarmen via mobila nät.

I enkätsvaren från kommunerna och i kontakter med regionala e - hälso-samordnare och andra nationella aktörer som intervjuats framträder en bild av att socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården inte är med och styr utvecklingen av de kommunikationsnät som välfärdstekniken är beroende av. Kommunikationen går via de nätverk som finns på marknaden. Socialstyrelsen konstaterar att socialtjänsten behöver ta ett större ansvar för att utforma och använda de trådburna bredbanden. På så sätt kan de själva, och leverantörerna av välfärdstekniken, använda sig av den kapacitet och den säkerhet som potentiellt finns där. Det finns behov av att utveckla välfärdsbredband som är anpassade till de krav på informationssäkerhet och kapacitet som socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste ställa. Myndigheten ser ett behov av ytterligare diskussioner kring vad välfärdsbredband innebär för socialtjänsten och hälso- och sjukvården och hur kommunerna långsiktigt kan utveckla dessa.

Referenser

1. Regeringen. Nationell IT-strategi för vård och omsorg 2006. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/03/73/9959f31e.pdf>.
2. Socialdepartementet. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. 2010.
3. Socialdepartementet. Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - överenskommelse för år 2013 2012. Hämtad från: http://www.regeringen.se/download/b12f0ef9.pdf?major=1&minor=206845&cn=attachmentPublDuplicator_0_attachment.
4. Sveriges Kommuner och Landsting. Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2013. Hämtad från: <http://skl.se/download/18.409b7ad7144f9a5c5ae8cdf/1398345257816/%C3%96verenskommelse+EBP+2013.pdf>
5. Socialstyrelsen. E-hälsa i kommunerna - redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa i kommunerna. 2014. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19450/2014-5-16.pdf>.
6. Socialstyrelsen. E-hälsa i kommunerna - redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa i kommunerna 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-9>.
7. Regeringen. Regleringsbrev 2015, ändringsbeslut 2015-01-12 2015. Available from: <http://www.esv.se/Verktyg--stod/Statsliggaren/Regleringsbrev/?RBID=16618>.
8. Vårdföretagarna. Privat vårdfakta 2015 2015. Hämtad från <https://www.vardforetagarna.se/fakta-och-debatt/rapporter-och-publikationer/privat-vardfakta-2015>.
9. Socialstyrelsen. Trygghetslarm i kommunerna - en kartläggning 2014. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-9-38>.
10. Socialstyrelsen. Trygghetslarm i kommunerna 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-9-8>.
11. Socialstyrelsen. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-12>.
12. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum - Grundbok BBIC 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-2/sidor/default.aspx>.
13. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversion (ICF-CY) 2010. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-4-26>.
14. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/KVA-inledning-version-2-6-150128.pdf>.
15. Post- och telestyrelsen. PTS bredbandskartläggning 2015 2016. Hämtad från: <https://www.pts.se/upload/Rapporter/Internet/2015/PTS-bredbandskartlaggning-2014.pdf>.

16. Post- och telestyrelsen. Uppföljning av regeringens bredbandssatsning 2016. Hämtad från:
<http://www.pts.se/upload/Rapporter/Internet/2016/Uppfoljning-av-regeringens-bredbandsstrategi-2016.pdf>.

Bilaga 1. Andelen kommuner som besvarat enkäten, per län

Län	Andel kommuner (%)
01 Stockholms län	81
03 Uppsala län	50
04 Södermanlands län	56
05 Östergötlands län	85
06 Jönköpings län	92
07 Kronobergs län	100
08 Kalmar län	83
09 Gotlands län	0
10 Blekinge län	100
12 Skåne län	79
13 Hallands län	67
14 Västra Götalands län	92
17 Värmlands län	88
18 Örebro län	100
19 Västmanlands län	80
20 Dalarnas län	93
21 Gävleborgs län	50
22 Västernorrlands län	57
23 Jämtlands län	75
24 Västerbottens län	67
25 Norrbottens län	86
Riket	84

Bilaga 2. Nyckeltal e-hälsa

E-tjänster för brukare/patienter inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård

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

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

- d. E-hemtjänst (tex. natttillsyn via videokamera, meddelandefunktion, påminnelse för tex mediciner etc.)
- e. Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal
- f. Övriga e-tjänster

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

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

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

Nationella patientöversikten

Den nationella patientöversikten, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

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

- e. Vård- och omsorgskontakt
- f. Vård- och omsorgsdokument
- g. Funktionstillstånd
- h. Vård- och omsorgsplan
- i. Undersökningsresultat

Säker roll- och behörighetsidentifikation

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

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

Dokumentera och komma åt information mobilt

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

- 14. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa hälso- och sjukvårdsdokumentationen mobilt i kommunens verksamhetssystem.
- 15. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa mobilt i nationella system, t.ex. NPÖ, Pascal.
- 16. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan dokumentera hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.
- 17. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan tillföra hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i nationella system, t.ex. Pascal och kvalitetsregister.

18. Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan läsa socialtjänstdokumentation mobilt i kommunens verksamhetssystem.
19. Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan dokumentera socialtjänstuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.

Strukturerad dokumentation

20. Kommunen använder i socialtjänstens verksamhetssystem för handläggning en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ, inom följande områden:
 - a. Barn och unga
 - b. Ekonomiskt bistånd
 - c. Familjerätt
 - d. Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
 - e. Vuxna med missbruksproblem
 - f. Äldreomsorg
21. Kommunens personal dokumenterar i digital form i socialtjänstens utförliga led inom följande områden:
 - a. Barn och unga
 - b. Familjerätt
 - c. Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
 - d. Vuxna med missbruksproblem
 - e. Äldreomsorg
 - f. Hemsjukvård
 - g. Hälso- och sjukvård i särskilt boende
22. Kommunen använder i socialtjänstens utförliga led en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ, inom följande områden:
 - a. Barn och unga
 - b. Familjerätt (samarbetssamtal)
 - c. Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
 - d. Vuxna med missbruksproblem
 - e. Äldreomsorg
 - f. Hemsjukvård
 - g. Hälso- och sjukvård i särskilt boende
23. Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i handläggningen inom följande områden.
 - a. Barn och unga
 - b. Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)

- c. Vuxna med missbruksproblem
- d. Äldreomsorg

24. Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i utförlarledet inom följande områden.

- a. Barn och unga
- b. Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
- c. Vuxna med missbruksproblem
- d. Äldreomsorg
- e. Hemsjukvård i ordinärt boende
- f. Hälso- och sjukvård i särskilt boende

25. Kommunen använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen inom följande områden.

- a. Hemsjukvård i ordinärt boende
- b. Hälso- och sjukvård i särskilt boende