

E-hälsa i kommunerna

**Redovisning av nyckeltal för utveckling
av e-hälsa i kommunerna 2014**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2014-5-16
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2014

Förord

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram nyckeltal för att följa utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. 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. Nyckeltalen har tagits fram i ett samarbete mellan Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och e-hälsosamordnare från Kalmar, Östergötlands och Norrbottens län. Representanter för Digitaliseringskommissionen och Myndigheten för Delaktighet, tidigare Handisam har deltagit i olika faser av arbetet.

Nyckeltalen och resultatet från uppföljningen av kommunernas arbete finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Projektet har letts av utredaren Dick Lindberg och i arbetsgruppen har ingått utredarna Charlotta Holm Sjögren, Ann-Kristin Granberg och Sherko Alemdar. Ansvarig enhetschef har varit Eva Wallin.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
E-tjänster för brukare och patienter.....	7
Digitala trygghetslarm i ordinärt boende	7
Nationell patientöversikt (NPÖ)	7
Säker roll- och behörighetsidentifikation	7
Dokumentera och komma åt information mobilt	8
Strukturerad dokumentation	8
Socialstyrelsens slutsatser	8
Bakgrund	9
Uppdraget	10
Omfattning och avgränsningar.....	10
Metod och genomförande.....	11
Resultat	12
Svarsfrekvens	12
E-tjänster för brukare och patienter.....	12
Digitala trygghetslarm i ordinärt boende	14
Nationell patientöversikt	15
Säker roll- och behörighetsidentifikation	17
Dokumentera och komma åt information mobilt	19
Strukturerad dokumentation	21
Diskussion	24
E-tjänster.....	24
Digitala trygghetslarm	24
Nationell patientöversikt (NPÖ)	24
Säker roll- och behörighetsidentifikation	25
Mobil dokumentation och tillgång till information.....	26
Strukturerad dokumentation	26
Slutsatser.....	26
Kompetensutveckling.....	27
Organisation.....	27
Ekonomi.....	27
Referenser	29
Bilaga 1. Svarsfrekvens per län	30
Bilaga 2. Nyckeltal e-hälsa	31

E-tjänster för brukare/patienter inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård	31
Digitala trygghetslarm i ordinärt boende.....	32
NPÖ	32
Säker roll- och behörighetsidentifikation	32
Dokumentera och komma åt information mobilt	33
Strukturerad dokumentation.....	33

Sammanfattning

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram nyckeltal för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna och gjort en uppföljning i 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. Nedan sammanfattas resultaten av uppföljningen som gjordes under våren 2014 med stöd av nyckeltalen. Rubrikerna avser de målområden som är angivna i statens överenskommelse med SKL.

E-tjänster för brukare och patienter

Cirka en tredjedel av kommunerna har någon eller några e-tjänster riktade till allmänheten eller socialtjänstens brukare. Den typ av e-tjänst som är vanligast förekommande är ansökan om bistånd eller insats. Inom äldreomsorg och verksamheter för personer med funktionsnedsättning erbjuder sju procent av kommunerna möjligheter att göra ansökningar elektroniskt. Inom andra socialtjänstområden är det betydligt färre kommuner som erbjuder e-tjänster.

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

Socialstyrelsen uppskattar antalet trygghetslarm till cirka 212 000 varav 30 000 (cirka 14 procent) är digitala.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

I cirka 57 procent av kommunerna är samtliga kommunala vårdenheter anslutna till den nationella patientöversikten (NPÖ) så att de kan ta del av andra vårdgivares journalanteckningar. I 34 procent av kommunerna är vårdenheterna i privat drift anslutna. Det är idag i huvudsak landstingens hälso- och sjukvård som kan visa sina journaler i NPÖ. Endast sju kommuner har möjlighet att dela med sig av journaler.

Säker roll- och behörighetsidentifikation

En majoritet av kommunerna (95 procent) redovisar att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala vårdenheter använder en säker roll- och behörighetsidentifikation och 82 procent anger att personalen i privata verksamheter gör det.

Socialtjänstpersonalen har inte i lika hög utsträckning tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Endast 26 procent av kommunerna anger att den berörda socialtjänstpersonalen använder en säker roll- och behörig-

hetsidentifikation i sitt arbete i kommunala verksamheter och 28 procent i privata.

Dokumentera och komma åt information mobilt

I kommunala verksamheter har den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i sex procent av kommunerna möjlighet att läsa mobilt i de egna it-baserade systemen. I privat drift är motsvarande siffra åtta procent. När det gäller att dokumentera i de egna verksamhetssystemen är det färre kommuner som ger möjlighet till detta, fyra resp. tre procent av kommunerna.

I tre procent av kommunerna har socialtjänstpersonalen möjlighet att läsa i verksamhetssystemet mobilt, både i kommunala och privata verksamheter. Det är dock en större andel kommuner där personalen kan skriva och registrera uppgifter i verksamhetssystemet, 8 respektive 14 procent.

Strukturerad dokumentation

En majoritet av kommunerna använder en strukturerad dokumentation inom socialtjänstens handläggning av barnärenden och inom missbruksvården. I utförarledet är strukturerad dokumentation också vanligast inom barnverksamheter och missbruksvård.

I drygt 50 procent av kommunerna använder den kommunala hälso- och sjukvården Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Inom socialtjänstens handläggning och utförande varierar användandet av ICF mellan fyra och 16 procent.

Socialstyrelsens slutsatser

Socialstyrelsen konstaterar att stimulansmedlen har underlättat för kommunerna att komma igång med utvecklingsarbetet inom e-hälsoområdet. Vidare har de nationella projekt som SKL ansvarar för och de regionala e-hälso-samordnarna haft stor betydelse för utvecklingen i regionerna. Dock är det många kommuner som inte kan visa på tydliga resultat i sina verksamheter. Socialstyrelsen bedömer att kommunerna behöver 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 behöver kommunerna stöd i att utveckla sin organisation för att bättre kunna ta till vara den tekniska utveckling som pågår. Detta handlar framförallt om att samverka inom kommunen mellan olika förvaltningar och verksamheter och mellan kommuner.

Bakgrund

Sverige har de senaste decennierna genomgått en kraftig it-teknisk utveckling inom de flesta samhällsområden. Det finns idag en god infrastruktur, avancerade tjänster och en stor del av befolkningen använder internet (1). Vården och omsorgen har också berörts av denna utveckling. Den nationella IT-strategin (2006) för vård och omsorg var inriktad på att bidra till den tekniska utvecklingen inom vården och omsorgen. Bland annat togs det fram katalog- och säkerhetslösningar för att garantera integritet och dataskydd, en ny lagstiftning samt 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 fokuserar 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 att för en sammanhållen och välfungerande vård- och omsorgs-verksamhet krävs det att utvecklingen samordnas i hela vård- och omsorgs-sektorn hos kommuner, landsting och privata och idéburna utförare. Målet med arbetet inom Nationell eHälsa 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.

Regeringen har bidragit till satsningen på e-hälsa i kommunerna med stimulansmedel sedan 2010. Satsningen uppgick till 20 miljoner kronor per 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 staten en överenskommelse med SKL (3) och regeringen satsade totalt 129,5 miljoner kronor på utveckling av e-hälsa i kommunerna. En ny överenskommelse gjordes för 2014 och lika mycket medel avsattes för utvecklingsarbetet.(4)

Inom ramen för 2014 års överenskommelse *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten* ska SKL förmedla 60 miljoner av de 129,5 miljoner kronorna i stimulansbidrag till kommunerna för att utveckla e-hälsa i socialtjänsten under 2014. Medlen ska användas för att:

- Införa e-tjänster inom socialtjänsten för invånarna. Det kan gälla att ta del av information som rör den egna personen eller någon närstående, välja utförare eller att ha kontakt med sin eller någon närståendes utförare.
- Att påbörja processen att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. I detta ingår att berörda medarbetare i socialtjänsten och hemsjukvården ska ha tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation som ger möjlighet att dokumentera mobilt och

att komma åt information på ett enkelt sätt. Det ingår även att införa mobil dokumentation i socialtjänsten, så att medarbetarna kan dokumentera på plats hemma hos brukarna och även komma åt relevant information där, genom surfplattor, mobiltelefoner eller andra tekniska hjälpmedel.

- Säkerställa att de trygghetslarm som kommunen beviljat är digitala och fungerar.
- Fullfölja införande och användning av Nationell patientöversikt (NPÖ). Det kan exempelvis göras genom utbildning och information om vem, hur och varför man använder NPÖ. NPÖ omfattar enbart information som dokumenteras enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), (HSL).

Innehållet i överenskommelsen är i stort sett identiskt med 2013 års överenskommelse. Det som har tillkommit är punkten – Att påbörja processen att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”.

I samband med överenskommelsen 2013 fick Socialstyrelsen ett uppdrag att följa upp stimulansmedlen och att ta fram nyckeltal för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. Uppföljningsrapporten lämnades till regeringen den 13 december 2013 (5). Nyckeltalen och uppföljningen med stöd av dessa redovisas i denna rapport.

Uppdraget

Det aktuella uppdraget (6) för 2014 är att Socialstyrelsen ska

- fortsätta att utveckla nyckeltal för användandet av e-hälsa i kommunerna,
- följa upp och redovisa på Socialstyrelsens webbplats de framtagna nyckeltalen på ett sätt som är lättillgängligt, transparent och så långt som möjligt jämförbart mellan kommuner och
- beskriva och analysera resultaten som framkommer av uppföljningen av nyckeltalen, för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling och implementering av e-hälsa.

Redovisningen av nyckeltalen ska redovisas senast den 31 maj 2014 och uppdraget har genomförts i samråd med E-hälsomyndigheten, myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) (efter den 1 maj 2014 Myndigheten för delaktighet) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Omfattning och avgränsningar

I arbetet med att ta fram nyckeltal har fokus varit på de tre huvudsakliga målgrupperna

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

Nyckeltalen beskriver utvecklingen inom samtliga av socialtjänstens områden; äldreomsorg, verksamheter för personer med funktionsnedsättningar, individ- och familjeomsorg och den kommunala hälso- och sjukvården.

Metod och genomförande

Under hösten 2013 utarbetades nyckeltalen utifrån intentionerna i *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* (2) och överenskommelse mellan staten och SKL. I arbetet 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.

Därefter togs en enkät fram som skulle ligga till grund för datainsamlingen. I denna process deltog inte Digitaliseringskommissionen men Handisam konsulterades och bidrog med kunskap framförallt om trygghetslarm. SKL:s enkätexpert lämnade synpunkter på enkäten.

I december genomfördes en pilotstudie för att testa enkäten på tio kommuner. Datainsamlingen gjordes med hjälp av enkäten under februari månad 2014. Enkäten skickades till samtliga kommuner i landet.

Parallellt med arbetet med nyckeltalen och datainsamlingen togs ett webbverktyg fram där nyckeltalen och resultatet av enkätundersökningen publicerades den 28 maj 2014. Verktöget har till stora delar utvecklats av Socialstyrelsen.

Resultat

Svarsfrekvens

Enkätstudien genomfördes under februari månad. Efter två påminnelser hade 208 kommuner och stadsdelar besvarat enkäten (ca 68 procent). På länsnivå varierade svarsfrekvensen mellan 40 och 100 procent. I Stockholm svarade stadsledningskontoret, socialförvaltningen och äldreomsorgsförvaltningen gemensamt på enkäten. I Malmö svarade alla fem stadsdelarna och i Göteborg svarade sex av tio stadsdelar på enkäten.

Det största bortfallet var från kommuner med fler än 70 000 invånare. Här hade 31 procent av kommunerna inte svarat. Bland kommuner med mindre än 30 000 invånare var bortfallet 25 procent.

Det interna bortfallet¹ var relativt stort, framförallt för frågor som rörde de privata vårdgivarna. Förutom det faktum att svarande hade hoppat över enskilda frågor i enkäten berodde en stor del av bortfallet på att det inte fanns privata utförare i många kommuner. Detta rörde sig om ca 50 procent av kommunerna. Vidare angav cirka 15 procent av kommunerna att de inte kände till om de privata vårdgivarna var anslutna till NPÖ, om de hade en säker roll- och behörighetsidentifikation för de digitala systemen eller om de hade tillgång till mobil dokumentation.

E-tjänster för brukare och patienter

I överenskommelsen mellan regeringen och SKL anges målet att kommunerna utvecklar e-tjänster inom socialtjänsten. Dessa ska stödja och underlätta för den enskilde och effektivisera verksamheten. E-tjänsterna ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar. De ska 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 kommunen 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.

¹ Med internt bortfall menar vi att respondenterna har utelämnat svar på vissa frågor i enkäten.

Av tabell 1 framgår att knappt två tredjedelar av kommunerna inte har några e-tjänster alls med en viss variation mellan de olika socialtjänstområdena. Kommunerna har angivit att de har minst andel e-tjänster inom den kommunala hälso- och sjukvården. Här är det cirka 33 procent av kommunerna som har någon e-tjänst. Störst andel e-tjänster finns inom äldreomsorgen (38 procent).

Den typ av e-tjänst som är vanligast förekommande är ansökan om bistånd eller insats. Inom äldreomsorg och verksamheter för personer med funktionsnedsättning erbjuder 7 procent av kommunerna möjligheter att göra ansökningar elektroniskt.

Tabell 1. Andel kommuner som har minst en e-tjänst riktad till invånare eller brukare, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst (n=192)

Typ av e-tjänst	Hälso- och sjukvård (%)	Äldreomsorg (%)	Personer med funktionsnedsättning (Sol eller LSS) (%)	Vuxna med missbruksproblem (%)	Familjerådgivning (%)	Familjerätt (%)	Ekonomiskt bistånd (%)	Barn och unga (%)
Tidbokning hos handläggare eller utförare	1	1	1	0	1	1	0	1
Ansökan om bistånd eller insats, m.m.	0	7	7	1	1	1	3	2
Bildkommunikation	3	5	3	3	1	2	1	3
E-hemtjänst	-	5	1	-	-	-	-	-
Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal	3	-	-	-	-	-	-	-
Övriga e-tjänster	8	21	11	5	7	7	10	10
Kommunen har inga e-tjänster	67	62	63	64	63	63	63	64

En relativt stor andel av kommunerna har svarat att de har ”övriga e-tjänster”, det vill säga de har e-tjänster som inte låter sig sorteras under de fasta alternativen. I enkäten fanns möjlighet att i fritext ange vilket typ av tjänster detta handlade om. Flera av dessa fritextsvar handlar om avgiftsberäkningar, anmälningar om autogiro och e-fakturor för avgifter. Vidare har en grupp kommuner en funktion för att lämna klagomål och synpunkter på kommunens webbplats. I flera kommuner finns möjligheter att anmäla intresse för att bli familjehem, kontaktfamilj, kontaktperson eller god man via kommunens webbplats. Andra webbapplikationer som förekommer är frågetjänster, meddelandetjänster och forum för medborgare, tjänstemän och förtroendevalda.

I enkäten ställdes frågan om kommunerna erbjuder e-tjänster på andra språk än svenska. En mycket liten andel av kommunerna har sådana tjänster

på andra språk (se tabell 2). Däremot har många kommuner ett översättningsverktyg på sina webbplatser. Detta kan vara en hjälp, om än begränsad, för personer som inte hanterar svenska.

Tabell 2. Andel kommuner som erbjuder någon e-tjänst riktad till invånare och socialtjänstens brukare på annat språk än svenska, fördelat på typ av e-tjänst

	Andel kommuner (%)
Ansökan om bistånd eller insats, m.m.	1
Bildkommunikation mellan brukare, anhöriga och handläggare eller utförare i socialtjänsten	2

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

De trygghetslarm som kommunerna har ställt till förfogande för personer som bor i ordinärt boende har traditionellt byggt på en telefonförbindelse från brukarens bostad till en larmcentral. Signalerna från larmenheten till larmmottagaren är en analog, tonbaserad signal. I takt med att de analoga telestationerna läggs ner och kopparledningarna byts ut mot fibernät eller mobila nät slutar dessa analoga trygghetslarm att fungera. För att de personer som har fått trygghetslarm ska ha en fortsatt säker uppkoppling till larmcentral är det angeläget att trygghetslarmen byts ut mot digitala larm, som fungerar med god tillförlitlighet i de nya digitala näten. I regeringens överenskommelse med SKL 2013 var ett av målen att andelen digitala trygghetslarm, i förhållande till antalet trygghetslarm som kommunen har beviljat, ska öka. Vidare framgår i överenskommelsen att de tilldelade stimulansmedlen bland annat ska användas till att säkerställa att de trygghetslarm som kommunen beviljat är digitala och fungerar.

Digitalt trygghetslarm innebär att kommunikationen sker via fast anslutet bredband eller via mobilnät. Inga analoga signaler används för att skicka information i någon del av kedjan. Det är viktigt att varje led i larmkedjan är digital, från brukarens larmenhet till larmcentralen då signaler kan gå förlorade i överföringen mellan digitala och analoga system.

I den uppföljning som Socialstyrelsen gjorde av stimulansmedlen för 2013 framgick att kommunerna inte hade prioriterat arbetet med att byta ut de gamla analoga larmen mot digitala.

Då svarsfrekvensen för enkäten var relativt låg har Socialstyrelsen gjort en uppskattning av antalet trygghetslarm. Enligt denna uppskattning finns cirka 212 000 trygghetslarm i hela landet. Antalet digitala trygghetslarm uppskattas till 30 000, dvs. cirka 14 procent².

² Totalt hade 194 kommuner svarat på frågan om hur många trygghetslarm de har, alltså en svarsfrekvens på 63 procent. Befolkningen, 65 år och äldre, i dessa kommuner uppgick till 1 245 933. Kommunerna angav att det fanns 141 676 trygghetslarm. Totalt fanns det 1 872 207 personer 65 år och äldre den 31 dec 2013. Motsvarande andel för hela befolkningsgruppen beräknas till 212 000. Denna beräkning bygger på att de flesta trygghetslarm ges till äldre personer.

En mindre andel av kommunerna, 9 procent, har helt och hållet övergått till digitala trygghetslarm.

En dryg fjärdedel av kommunerna, 26 procent, har kopplat extra tjänster till trygghetslarmen. De vanligaste tjänsterna är dörrlarm, larmmattor, rörelselarm, brandlarm, epilepsilarm, fallarm och sänglarm. De flesta av dessa är kopplade till digitala larm men några kommuner har extra tjänster kopplade till analoga trygghetslarm.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller bland annat för socialtjänstens verksamhetsområden. I detta ingår kommunernas arbete med trygghetslarm. Det handlar om att utreda behoven, besluta om insatser och verkställa besluten. I föreskrifterna och allmänna råden definieras några områden som särskilt viktiga att beakta i kvalitetsarbetet. Socialstyrelsen har i enkäten valt att fråga om fyra områden som kan ha särskild bäring på arbetet med trygghetslarm. I tabell 3 framgår att 59 procent av kommunerna har identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarmen. Vidare har 70 procent tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift av trygghetslarmen. Cirka 36 procent har gjort en riskanalys för trygghetslarmen i kommunen och 69 procent har ett system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet.

Tabell 3. Andel kommuner som tillämpar ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i arbetet med trygghetslarm i enlighet med SOSFS 2011:9

Kommunen har...	Andel kommuner (%)	Antal kommuner som svarat
identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarm	59	190
tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift av trygghetslarmen	70	189
gjort en riskanalys för trygghetslarmen	36	185
ett system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet	69	188

Nationell patientöversikt

Den nationella patientöversikten (NPÖ) är ett nätbaserat system där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen hos en vårdgivare kan 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, dels som producenter. 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. Många kommuner och privata vårdgivare är också anslutna som konsumenter men endast ett fåtal som producenter.

Regeringen och SKL angav i överenskommelsen för 2013 att målet är att andelen behörig personal (hälso- och sjukvårdspersonal) som kan komma åt relevant information i NPÖ ska öka. För 2014 är målet att kommunerna även ska vara producenter av information NPÖ. Detta avser information som dokumenteras i kommunerna enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Då många kommuner har lagt ut hemsjukvården och hälso- och sjukvården i särskilda boenden på privata utförare så behöver också dessa kunna visa och dela med sig av information i NPÖ.

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 att kommunerna ansluter samtliga vårdenheter som konsumenter och som producenter, att all legitimerad personal får tillgång till systemet och att personalen faktiskt använder det. I tabellerna 4–6 belyses dessa faktorer.

Av tabell 4 framgår att i 57 procent av kommunerna har samtliga kommunalt drivna vårdenheter anslutits till NPÖ. I 34 procent av de kommuner som har privata utförare, har samtliga enskilt drivna vårdenheter anslutits till NPÖ. Det är alltså en större andel av de kommunala vårdenheterna som är anslutna till NPÖ. Det råder dock en osäkerhet när det gäller de privata utförarna då 51 procent av kommunerna har angett att de inte vet om de privata vårdenheterna är anslutna till NPÖ eller inte.

Tabell 4. Andel kommuner där samtliga vårdenheter är anslutna till NPÖ som konsument

	Kommunal drift (%) (n=195)	Privat drift (%) (n=59)
Ja	57	34
Nej	43	66
Totalt	100	100

För att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna ta del av informationen från andra vårdgivare genom NPÖ krävs att de får behörighet till systemet. Dels krävs att de har en e-legitimation, dels att de är registrerade i en nationell eller regional katalog med sin roll. Av tabell 5 framgår att i 55 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till NPÖ i kommunala verksamheter.

Tabell 5. Andel kommuner där all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till NPÖ.

	Kommunal drift (%) (n= 198)
Ja	55
Nej	45
Totalt	100

För att NPÖ ska bli till nytta för den enskilde och att vården ska bli mer effektiv har kommunen ett övergripande ansvar för att den legitimerade 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 6 framgår att 39 procent av kommunerna har rutiner på plats och att ytterligare 32 procent håller på (februari 2014) att ta fram sådana.

Tabell 6. Andel kommuner som har rutiner för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ

	Antal	%
Ja	76	39
Nej	56	29
Riktlinjerna är under produktion och kommer att sättas i drift inom sex månader	63	32
Totalt	195	100

Om en kommun ansluter sig till NPÖ som producent görs de uppgifter som dokumenteras om de enskilda vårdtagarna tillgängliga också för andra vårdgivare som är anslutna till NPÖ som konsumenter. Enligt Inera³ hade endast sju kommuner (drygt 2 procent av landets kommuner) anslutning till NPÖ så att de kan visa journalerna för andra vårdgivare i mars 2014. Fem av dessa är från Blekinge.

Säker roll- och behörighetsidentifikation

I kommunerna finns som regel ett antal it-baserade system där personuppgifter behandlas. Det handlar om de lokala verksamhetssystem där man behandlar personakter och för journaler över arbetet med socialtjänstens brukare och klienter. 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, Pascal⁴ med mera. Personuppgifter som behandlas i dessa system skyddas av sekretessregler. Det är därför viktigt att endast de personer som har behörighet till uppgifterna kan komma åt dem. Systemen behöver vara utrustade med inloggningsrutiner som gör det möjligt endast för behörig personal att komma åt dessa uppgifter.

Ett av målen i överenskommelsen mellan regeringen och SKL är att andelen berörd personal inom socialtjänsten som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation ökar. Idag 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. Denna e-legitimation används vid inloggning till systemen tillsammans med en personlig pinkod eller ett engångslösenord.

³ Inera är ett bolag som ägs av landstingen och regionerna och har till uppgift att utveckla e-hälsa och att ansvara för drift av gemensamma it-system.

<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/NPO/Inforande1/Anslutna-vardgivare/Kommuner/>

⁴ Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, där patienten får sina mediciner fördelade i påsar.

I tabell 7 anges 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. I 19 procent av kommunerna har alla system krav på en säker inloggning. I 34 procent av kommunerna har man inga system som kräver en säker inloggning. Det är alltså en mindre andel av kommunerna som har säkrat alla sina verksamhetssystem och andra system som hanterar personuppgifter.

Tabell 7. Andel kommuner där verksamhetssystem och andra digitala system där personuppgifter behandlas kräver säker inloggning

	Antal	%
Ja, alla	38	19
Delvis	93	47
Nej	68	34
Totalt	199	100

En majoritet av kommunerna (95 procent) redovisar att all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunala vårdenheter använder en säker roll- och behörighetsidentifikation och 82 procent anger att all personal i privata verksamheter gör det.

Tabell 8. Andel kommuner där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder säker roll och behörighetsidentifikation

	Kommunal drift (n= 199) (%)	Privat drift (n= 39) (%)
Ja	95	82
Nej	5	18
Totalt	100	100

Socialtjänstpersonalen har inte i lika hög utsträckning som hälso- och sjukvårdspersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Endast 26 procent av kommunerna anger att all berörd socialtjänstpersonal använder en säker roll- och behörighetsidentifikation i sitt arbete i kommunala verksamheter och 28 procent i privata (se tabell 9).

Det pågår en utveckling, om än svag, mot att en större andel av socialtjänstpersonalen får säker roll- och behörighetsidentifikation. Av enkäten framgick att i 4 procent av kommunerna har över 50 procent av socialtjänstpersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation i kommunala verksamheter. Kommunerna som har besvarat enkäten anger att i privata verksamheter är det 5 procent.

Tabell 9. Andel kommuner där berörd socialtjänstpersonal använder säker roll- och behörighetsidentifikation

	Kommunal drift (n= 200) (%)	Privat drift (n= 56) (%)
Ja	26	27
Nej	74	73
Totalt	100	100

Dokumentera och komma åt information mobilt

Inom socialtjänsten, framförallt i hemtjänsten och i den kommunala hemsjukvården finns personal som besöker brukare och patienter i hemmet. Vid dessa besök kan de ha behov av information från kommunens verksamhetssystem, från kommunens hälso- och sjukvårdsdokumentation eller från nationella system, t.ex. 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; mobiler, surfplattor, digitala pennor och bärbara datorer.

I regeringens överenskommelse med SKL är ett av målen att andelen berörd personal inom socialtjänsten som kan dokumentera och komma åt information mobilt ska öka. Sammanfattningsvis kan sägas att det är en liten andel av den mobila personalen som har möjlighet att komma åt information och att dokumentera mobilt. Det gäller inom den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten och hos kommunala och privata utförare.

I kommunala verksamheter har den legitimerade personalen i 6 procent av kommunerna möjlighet att läsa mobilt i de egna it-baserade systemen. I privat drift är motsvarande siffra 8 procent (tabell 10).

Av tabell 11 framgår att i fyra respektive tre procent av kommunerna kan den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen dokumentera i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret. Detta innebär bland annat att flertalet av den mobila personalen måste gå tillbaks till kontoret för att kunna göra journalanteckningar om det gjorda besöket hos patienten.

Tabell 10. Andel kommuner där den legitimerade personalen i hemsjukvården kan läsa i de egna verksamhetssystemen mobilt

	Kommunal drift (n= 195) (%)	Privat drift (n=38) (%)
Ja	6	8
Nej	94	92
Totalt	100	100

Tabell 11. Andel kommuner där den legitimerade personalen i hemsjukvården kan dokumentera i kommunens verksamhetssystem mobilt

	Kommunal drift (n= 192) (%)	Privat drift (n= 4) (%)
Ja	4	3
Nej	96	97
Totalt	100	100

När den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen utför arbetsutgifter utanför kontoret kan de ha behov av att uppgifter från NPÖ för att ta reda på vad andra vårdgivare, till exempel en vårdavdelning på sjukhuset, har gjort, eller att i Pascal kontrollera vilka mediciner en patient har förskrivna. Av tabell 12 framgår att i 5 procent av kommunerna har den legitimerade personalen i kommunala verksamheter tillgång att läsa i NPÖ eller Pascal mobilt. I privata verksamheter är det 3 procent.

Tabell 12. Andel kommuner där den legitimerade personalen i hemsjukvården kan läsa mobilt i nationella system, till exempel NPÖ och Pascal

	Kommunal drift (n= 195) (%)	Privat drift (n= 34) (%)
Ja	5	3
Nej	95	97
Totalt	100	100

Den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen kan ha behov att av föra in uppgifter i nationella system, till exempel en sjuksköterska som ska förskriva ett läkemedel i Pascal eller att man vill dokumentera uppgifter i ett nationellt kvalitetsregister. Av tabell 13 framgår att i fyra procent av kommunerna har den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter möjligheter att tillföra uppgifter i nationella system, mobilt. I privata verksamheter har ingen personal möjlighet att tillföra uppgifter i nationella system.

Tabell 13. Andel kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen kan tillföra uppgifter i nationella system mobilt

	Kommunal drift (n= 195) (%)	Privat drift (n= 31) (%)
Ja	4	0
Nej	96	100
Totalt	100	100

Hemtjänstpersonal eller annan mobil socialtjänstpersonal kan ha behov av uppgifter från kommunens verksamhetssystem när de utför sina uppgifter utanför kontoret. Till exempel när de besöker en brukare i hemmet. Av tabell

14 framgår att i tre procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal tillgång till kommunens verksamhetssystem mobilt.

Tabell 14. Andel kommuner där den berörda socialtjänstpersonalen kan läsa i kommunens verksamhetssystem mobilt

	Kommunal drift (n= 199) (%)	Privat drift (n= 66) (%)
Ja	3	3
Nej	97	97
Totalt	100	100

Cirka 8 procent av kommunerna anger att den mobila socialtjänstpersonalen i kommunala verksamheter och 14 procent i privata verksamheter har 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. (Tabell 15.) Denna registrering eller dokumentation sker med hjälp av mobiltelefoner, läsplattor, bärbara datorer eller digitala pennor som lagrar information.

Tabell 15. Andel kommuner där den berörda socialtjänstpersonalen kan dokumentera i kommunens verksamhetssystem mobilt

	Kommunal drift (n= 200) (%)	Privat drift (n= 64) (%)
Ja	8	14
Nej	92	86
Totalt	100	100

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)(7) inom äldreomsorgen. Inom barnområdet finns Barns behov i centrum (BBIC) (8) och inom missbruksområdet finns framförallt ASI⁵ och ADAD⁶.

Kommunerna har strukturerad dokumentation i varierande omfattning. Flest kommuner har infört strukturerad dokumentation i handläggningen av barnärenden, 88 procent, och 76 procent i utförarledet. Här handlar det framförallt om att BBIC är ett etablerat system för dokumentation av utredning, genomförande av insatser och uppföljning och har funnits i Sverige sedan 2006. När det gäller handläggning och genomförande av insatser för personer med funktionsnedsättningar är det en betydligt lägre andel kommuner som

⁵ Addiction Severity Index

⁶ Adolescent Drug Abuse Diagnosis

använder strukturerad dokumentation, 17 respektive 13 procent av kommunerna. Inom äldreområdet saknas till stora delar system för strukturerad dokumentation (se tabell 16 och 17). Socialstyrelsen har ett uppdrag att ge stöd till personal i äldreomsorgen kommunerna för införande av ÄBIC. ÄBIC bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF (9).

Tabell 16. Andel kommuner vars handläggare använder en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ i verksamhetssystemet

	Andel kommuner som svarat Ja (%)	Antal kommuner som svarat
Barn och unga	88	186
Ekonomiskt bistånd	26	182
Familjerätt	27	179
Personer med funktionsnedsättning (SoL eller LSS)	17	189
Vuxna med missbruksproblem	62	188
Äldreomsorg	19	190

Tabell 17. Andel kommuner där personalen i socialtjänstens utförarled och i den kommunala hälso- och sjukvården använder en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ i verksamhetssystemet

	Andel kommuner som svarat Ja (%)	Antal kommuner som svarat
Barn och unga	76	186
Familjerätt	19	176
Personer med funktionsnedsättning (SoL eller LSS)	13	185
Vuxna med missbruksproblem	45	184
Äldreomsorg	10	193
Hemsjukvård	19	188
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	20	190

ICF erbjuder 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 (9).

Av tabell 18 och 19 framgår att ICF används i mellan 4 och 16 procent av kommunernas handläggning och utförande. Den minsta förekomsten är inom missbruksvården och den högsta inom äldreomsorgen. I den kommunala hälso- och sjukvården används ICF i 51 procent av kommunerna (tabell 19).

Tabell 18. Andel kommuner där handläggarna inom socialtjänsten använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen.

	Andel kommuner som svarat Ja (%)	Antal kommuner som svarat
Barn och unga	7	182
Personer med funktionsnedsättning (SoL eller LSS)	10	185
Vuxna med missbruksproblem	4	184
Äldreomsorg	14	187

Tabell 19. Andel kommuner där personalen i socialtjänstens utförarled och i den kommunala hälso- och sjukvården använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen.

	Andel kommuner som svarat Ja (%)	Antal kommuner som svarat
Barn och unga	7	164
Personer med funktionsnedsättning (SoL eller LSS)	14	175
Vuxna med missbruksproblem	4	169
Äldreomsorg	16	183
Hemsjukvård	51	172
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	51	180

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en klassifikation av åtgärder inom hälso- och sjukvården (10). 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 20 framgår att 34–35 procent av kommunerna använder KVÅ i den digitala dokumentationen avseende patienter i den kommunala hälso- och sjukvården.

Tabell 20. Andel kommuner som använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen.

	Andel kommuner som svarat Ja (%)	Antal kommuner som svarat
Hemsjukvård i ordinärt boende	35	169
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	34	178

Diskussion

E-tjänster

Cirka en tredjedel av landets kommuner har en eller flera e-tjänster som är riktade till brukare, anhöriga eller allmänheten. Merparten av dessa är tjänster för att den enskilde ska kunna beräkna avgifter för insatser och bistånd och möjligheter till anmälningar om autogiro och e-fakturor för avgifter. Vidare finns i en del kommuner en funktion för att lämna klagomål och synpunkter på kommunens webbplats. I flera kommuner finns möjligheter att anmäla intresse för att bli familjehem, kontaktfamilj, kontaktperson eller god man via kommunens webbplats. Inom äldreomsorgen och verksamheter för personer med funktionsnedsättningar har 7 procent av kommunerna också inrättat e-tjänster för att kunna söka bistånd och insatser.

Dessa resultat kan jämföras med de uppgifter som redovisades i Socialstyrelsens rapport *Utveckling av e-hälsa i kommunerna – uppföljning av stimulansmedel 2013* (5). Där framgick bland annat att 45 procent av kommunerna hade, eller planerade att införa e-tjänster under 2013 och 2015 planerar 69 procent av kommunerna att ha infört någon eller flera e-tjänster. Socialstyrelsen kan konstatera att kommunerna inte ligger i fas med sin planerade utbyggnad av e-tjänster.

Digitala trygghetslarm

I rapporten redovisas att 14 procent av trygghetslarmen är digitala och är fördelade i 58 procent av landets kommuner. Endast nio procent av kommunerna har helt och hållet övergått till digitala trygghetslarm. Socialstyrelsen finner det anmärkningsvärt att 42 procent av landets kommuner i februari 2014 inte har påbörjat processen med att byta ut de analoga larmen. En förklaring till att många kommuner inte har övergått till digitala trygghetslarm kan vara att det inte finns bredband och mobila nät med tillräckligt god täckning. Av rapporten *Utveckling av e-hälsa i kommunerna – uppföljning av stimulansmedel 2013* (5) framgick att många kommuner bedömer att bredbands- och mobiltäckningen inte är tillräckligt utbyggd och väljer därför att avvakta med att gå över till digitala trygghetslarm.

Nationell patientöversikt (NPÖ)

I 56 procent av kommunerna har samtliga kommunalt drivna vårdenheter anslutits till NPÖ. I 34 procent av de kommuner som har privata utförare, har samtliga anslutits till NPÖ, enligt kommunerna som besvarat enkäten. Det är alltså en större andel av de kommunala vårdenheter som är anslutna till NPÖ, än de privata. Under 2013 års arbete inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL var anslutningarna till NPÖ ett prioriterat område. Flera län rapporterade att samtliga kommuner var anslutna eller var på väg

att anslutas under 2013. Här är det dock uppenbart att regeringens och SKL:s intentioner inte nådde de privata utförarna, som inte har anslutit sig i samma utsträckning. En förklaring till detta är enligt SKL att det inte finns tekniska förutsättningar för säkra anslutningar i alla län. Enligt SKL har närmare 80 procent av landets kommuner anmält intresse för att ansluta sig till NPÖ som konsumenter men har inte kunnat göra detta på grund av tekniska svårigheter.

Andelen kommuner som har anslutit sig till NPÖ säger dock ingenting om i vilken utsträckning systemet används. SKL har kartlagt användningen av NPÖ i landsting, kommuner och hos privata vårdgivare. Under perioden augusti 2013 – april 2014 har i genomsnitt cirka 1100 unika personer med legitimation i den kommunala hälso- och sjukvården använt NPÖ per månad. Det är en relativt låg andel av alla potentiella användare. Enligt Socialstyrelsens statistik fanns det 2011 drygt 19 000 personer med legitimation i kommunernas vård och omsorg. Av dessa var drygt 13 000 sjuksköterskor. Detta kan jämföras med att i kommunerna fanns cirka 8000 unika personer som använde Pascal i april 2014⁷.

Det är uppenbart att NPÖ ännu inte har fått samma genomslag som Pascal. SKL:s bedömning är att den låga användningen av NPÖ kan hänga samman med att användarna upplever brister i användbarheten. Det är många vårdgivare som inte är anslutna som producenter, bl.a. primärvården i flera län. Detta medför att de kommunala vårdgivarna behöver ta in uppgifter på olika sätt. NPÖ blir ett av flera sätt att inhämta uppgifter. Vidare bedömer SKL att vårdgivarna inte prioriterat implementeringen av NPÖ bland personalen.

När det gäller att visa journaler i NPÖ är det endast 7 kommuner som kan göra detta (april 2014). Det har rått en stor osäkerhet om prisbilden för att ansluta verksamheter till NPÖ för att kunna producera information till systemet. Kommunerna har därför varit avvaktande. SKL har drivit ett upphandlingsprojekt för att få till ett ramavtal med leverantörer som innebär rimliga kostnader för kommunerna. Detta beräknas vara klart i september 2015. Under 2013 har SKL och Inera förhandlat ner priserna med leverantörerna för kommunerna, så att de nu ligger 50 procent lägre än tidigare. Det har medfört att fler kommuner nu planerar att ansluta sig till NPÖ som producenter.

Säker roll- och behörighetsidentifikation

Det är stor skillnad mellan hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal i användningen av säker roll- och behörighetsidentifikation. I över 90 procent av kommunerna har all hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Motsvarande siffra för socialtjänstpersonalen i kommunala verksamheter är cirka 26 procent. En förklaring till den stora skillnaden kan vara att landstingens och regionernas gemensamma bolag Inera har utvecklat ett system för landstingen och hälso- och sjukvårdspersonalen. Landstingen är ofta utgivare av e-legitimationerna även för

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

kommunernas personal. Den starka kopplingen till hälso- och sjukvården kan vara en förklaring av flera till den stora skillnaden mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och socialtjänstpersonalen.

Mobil dokumentation och tillgång till information

Såväl hälso- och sjukvårdspersonal som socialtjänstpersonal har begränsade möjligheter att dokumentera och komma åt information när de är utanför kontoret. När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalen är det mindre än 10 procent som kan läsa och dokumentera mobilt. Det är ingen avgörande skillnad mellan kommunalt drivna verksamheter och privata. Enda avvikelserna är att socialtjänstpersonal i privata verksamheter kan dokumentera i större utsträckning där 14 procent av dessa kan dokumentera i verksamhetssystemen mobilt.

I Socialstyrelsens rapport från 2013 framgår att mobil dokumentation och informationsåtkomst är ett område som kommunerna inte prioriterar. Enligt e-hälsosamordnarna i länen råder det brist på tekniska lösningar som kan möta de säkerhetskrav som kommunerna ställer.

Strukturerad dokumentation

I verksamheter för barn och unga och för vuxna med missbruksproblem används system för strukturerad dokumentation i störst utsträckning. Detta gäller såväl i kommunens handläggning som i utförandet av åtgärder. Inom övriga delar av socialtjänsten är det inte lika vanligt med strukturerad dokumentation där handläggare och utförare använder fasta svarsalternativ i dokumentationen. Socialstyrelsen har ett uppdrag att sprida och utveckla ett system för vård och omsorg om äldre, Äldres behov i centrum (ÄBIC) (7). Utbildning av lokala kontaktpersoner pågår till och med 2014 och kommer eventuellt att förlängas.

Slutsatser

Socialstyrelsen konstaterar att det finns mycket ytterligare att göra i kommunerna för att utveckla de aspekter av e-hälsa som presenteras i denna rapport. En del kommuner har kommit långt i utvecklingen av digitala välfärdstjänster medan en majoritet har tagit små steg eller har inte alls kommit igång med att införa digitala tjänster. Socialstyrelsen konstaterar att stimulansmedlen har medfört att många kommuner kommit igång med utvecklingen av e-hälsoarbetet i kommunerna. De nationella projekt som SKL ansvarar för och de regionala e-hälsosamordnarna har haft en stor betydelse för utvecklingen i regionerna. Socialstyrelsen bedömer dock att kommunerna har behov av fortsatt stöd med organisations- och kompetensutveckling samt ekonomiskt stöd för att kunna fortsätta utvecklingen inom e-hälsoområdet.

Kompetensutveckling

Den tekniska utvecklingen är snabb och kommunerna har stora behov av att bedöma om de tekniska lösningar som marknaden erbjuder motsvarar de behov som kommunens invånare, socialtjänsten och socialtjänstens brukare har. Utvecklingen sker ofta långt från kommunerna eller i ett begränsat samarbete med företrädare för kommunala verksamheter. Detta innebär att det krävs att det i kommunen finns personer som har intresse och kunnande för att utveckla verktyg och tjänster för verksamheterna. Tjänster som är till gagn för den enskilde och allmänheten och som kan göra verksamheterna effektivare. Vidare ställs det krav på att all personal kan hantera nya produkter och situationer. Några exempel är verktyg för att dokumentera mobilt, att kunna läsa i NPÖ och undersköterskor som i hemtjänsten förväntas installera nya digitala trygghetslarm i brukarens bredband. Vidare finns behov av kompetens hos de kommunala beslutsfattare, att de kan bedöma behoven och se vilken nytta man kan ha av den tekniska utvecklingen.

De regionala e-hälsosamordnarna har en nyckelroll när det gäller att initiera och samordna utbildningar och annan kompetensutveckling för kommunens företrädare på olika nivåer.

Organisation

Att arbeta med nya digitala verktyg och tjänster kräver ofta att arbetet förändras. Det krävs i regel ett närmare samarbete mellan kommunens IT-enhet och socialtjänstens olika verksamheter. För att IT-enheten ska kunna ge ett gott stöd för nya tjänster och verktyg behöver de ofta en djupare förståelse för verksamheternas art och för de juridiska och etiska ramar som gäller för dessa. Socialtjänstverksamheterna behöver å sin sida utveckla sin förmåga att samverka med tekniker och ställa relevanta krav på dessa.

Vidare är många digitala tjänster komplexa och kostnadskrävande och det kan därför vara svårt för enstaka kommuner att utveckla, införa och driva dessa tjänster. Det krävs en samordning och samverkan inom kommuner, mellan olika enheter, mellan kommuner och regionalt med alla kommuner i länet. Ett exempel är att i flera län har samtliga kommuner gått samman för att utveckla en gemensam plattform för e-tjänster för brukare och allmänheten. Ett arbete som enstaka mindre kommuner hade haft svårt att finansiera och motivera utifrån de egna behoven i kommunen. Ett annat exempel, på utförarnivå, är att till exempel hemtjänstpersonal kan med hjälp av bärbara datorer, läsplattor eller mobiltelefoner komma åt uppgifter ur verksamhetssystem och dokumentera på plats hos den enskilde eller i bilen på väg mellan olika hembesök. De behöver inte spara dokumenterandet tills de är tillbaka på kontoret.

Ekonomi

Att införa ny teknik och därmed ändra förutsättningarna för arbetet är ofta kostnadskrävande. Ett exempel är att kostnaderna för att ansluta kommunerna till NPÖ för att dessa ska kunna producera information som är tillgänglig för andra vårdgivare. Ett annat exempel är att övergången till digitala trygghetslarm genererar nya kostnader för kommunerna. Den tekniska utrustning-

en behöver bytas ut och troligen behöver kommunerna ta ansvar för bredbandsabonnemangen för att säkra anslutningarna. Vidare finns stora behov av att utveckla kompetensen i kommunerna. Detta hos beslutsfattarna, hos de personer som leder utvecklingsprojekten och hos personal som ska bedriva sitt arbete med stöd av den nya tekniken och de nya tjänsterna.

Det är Socialstyrelsens bedömning att de statliga stimulansmedlen har varit viktiga för att hjälpa kommunerna att komma igång med utvecklingsarbetet. Resultaten från den genomförda studien visar dock att det finns behov av ytterligare stöd för att kommunerna ska kunna fortsätta utvecklingen av e-hälsa i de egna verksamheterna.

Referenser

1. Näringsdepartementet. It i människans tjänst - en digital agenda för Sverige. 2011.
2. Socialdepartementet. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. 2010.
3. Landsting SoSKo. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2012.
4. Landsting SoSKo. Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2013.
5. Socialstyrelsen. Utveckling av e-hälsa i kommunerna - uppföljning av stimulansmedel i kommunerna. 2013.
6. Socialdepartementet. Uppdrag angående uppföljning av eHälsa och trygghetslarm i kommunerna. 2014.
7. Socialstyrelsen. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF 2013.
8. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum - Grundbok BBIC. 2013.
9. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm. 2003.
10. Socialstyrelsen. Åtgärds-koder (KVÅ). 2009.

Bilaga 1. Svarsfrekvens per län

Andel kommuner och stadsdelar som besvarat enkäten, per län

Andel kommuner i %	
Blekinge län	100
Dalarnas län	47
Gotlands län	100
Gävleborgs län	50
Hallands län	83
Jämtlands län	75
Jönköpings län	85
Kalmar län	67
Kronobergs län	88
Norrbottnens län	71
Skåne län	62
Stockholms län	81
Södermanlands län	67
Uppsala län	63
Värmlands län	88
Västerbottens län	40
Västernorrlands län	71
Västmanlands län	80
Västra Götalands län	66
Örebro län	83
Östergötlands län	54
Riket	67

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, (SKL:s definition). Med e-tjänst menar vi inte informationstexter som publicerats på kommunens webbplats.

Motsvarande tabell i rapporten

1	Kommunen har minst en e-tjänst riktad till invånare eller brukare, inom följande områden: • barn och unga • ekonomiskt bistånd • familjerätt • familjerådgivning • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg • hemsjukvård.	1
2	Kommunen kan erbjuda e-tjänster av följande slag: • Tidbokning hos handläggare. • Ansökan om bistånd eller insats. • Bildkommunikation mellan brukare, anhöriga och handläggare eller utförare i socialtjänsten. • E-hemtjänst (t.ex. nattillsyn via videokamera, meddelandefunktion, påminnelse för t.ex. mediciner). • Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal. • Övriga e-tjänster.	1
3	Kommunen kan erbjuda följande slags e-tjänster på annat språk än svenska: • Tidbokning hos handläggare. • Ansökan om bistånd eller insats. • Bildkommunikation mellan brukare, anhöriga och handläggare eller utförare i socialtjänsten. • E-hemtjänst (t.ex. nattillsyn via videokamera, meddelande-	2

funktion, påminnelse för t.ex. mediciner).

- Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal.
- 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.	Text
5	Kommunen tillämpar ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i arbetet med trygghetslarm i enlighet med SOSFS 2011:9.	3
6	Kommunen har andra tjänster kopplade till digitala trygghetslarm (t.ex. positionering via GPS).	text

NPÖ

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

7	Alla vårdenheter i kommunen som utför hälso- och sjukvård är anslutna till NPÖ som konsument.	4
8	All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen har tillgång till NPÖ.	5
9	Kommunen har riktlinjer för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ.	6
10	Alla vårdenheter i kommunen som utför hälso- och sjukvård är anslutna till NPÖ som producent.	text
11	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.	Redovisas ej, för få svarande

Säker roll- och behörighetsidentifikation

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

12	All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen använder säker roll- och behörighetsidentifikation.	8
----	---	---

13	All berörd socialtjänstpersonal i kommunen använder säker roll- och behörighetsidentifikation.	9
14	Socialtjänstens verksamhetssystem och andra digitala system där personuppgifter behandlas och som har åtkomst via öppna nät kräver säker roll- och behörighetsidentifikation.	7

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, t.ex. 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.

15	Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa hälso- och sjukvårdsdokumentationen mobilt i kommunens verksamhetssystem.	10
16	Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa mobilt i nationella system, t.ex. NPÖ, Pascal.	12
17	Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan dokumentera hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.	11
18	Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan tillföra hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i nationella system, t.ex. Pascal och kvalitetsregister.	13
19	Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan läsa socialtjänstdokumentation mobilt i kommunens verksamhetssystem.	14
20	Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan dokumentera socialtjänstsuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.	15

Strukturerad dokumentation

21	Kommunen använder i socialtjänstens verksamhetssystem för handläggning en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ, inom följande områden: • barn och unga • ekonomiskt bistånd • familjerätt • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg.	16
22	Kommunens personal dokumenterar i digital form i socialtjänstens utförarled inom följande områden:	Redovisas ej

	• barn och unga • familjerätt • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg • hemsjukvård • hälso- och sjukvård i särskilt boende.	
23	Kommunen använder i socialtjänstens utförarledd en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ, inom följande områden: • barn och unga • familjerätt (samarbetssamtal) • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg • hemsjukvård • hälso- och sjukvård i särskilt boende.	17
24	Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i handläggningen inom följande områden: • barn och unga • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg.	18
25	Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i utförarleddet inom följande områden: • barn och unga • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg • hemsjukvård i ordinärt boende • hälso- och sjukvård i särskilt boende.	19
26	Kommunen använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen inom följande områden: • hemsjukvård i ordinärt boende • hälso- och sjukvård i särskilt boende.	20