

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019

Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

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

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

Artikelnummer 2019-5-10

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2019

Förord

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

Nyckeltalen är baserade på intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*, och de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL 2013 om stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet i socialtjänsten. Nyckeltalen har därefter utökats då nya områden har kommit att bli viktiga i den digitala utvecklingen.

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

Socialstyrelsen riktar ett särskilt tack till de kommuner och de omsorgsföretag som har bidragit till denna rapport genom att besvara enkäten och delta i intervjuundersökningen.

Nyckeltalen och resultatet från uppföljningen 2019 finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Sammanfattande resultat	7
Socialstyrelsens bedömning	8
Bakgrund	9
Nationella strategier	9
Stimulansmedel	9
Vision e-hälsa 2025 och handlingsplan	10
Tidigare rapportering från Socialstyrelsen	10
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik	11
Uppdraget	11
Metod och genomförande	12
Agenda 2030 för hållbar utveckling	13
Resultat	14
Privat eller kommunal drift	14
E-tjänster	14
Digitalisering av trygghetslarmen	17
Välfärdsteknik	19
Informationssäkerhet	28
Läsa och dokumentera mobilt	33
Den nationella patientöversikten	37
Strukturerad dokumentation	40
Kommunernas styrande dokument	46
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	47
Intervjuer med omsorgsföretag	49
Hemtjänstföretagen är hänvisade till kommunernas dokumentationssystem och lösningar	49
Informationssäkerhet	51
Välfärdsteknik i arbetet med de enskilda	52
Vårdföretagarna efterfrågar en starkare nationell styrning	54
Socialstyrelsens sammanfattning	55
Statsbidrag för att investera i välfärdsteknik	56
Informationssäkerhet	58
Diskussion	59
Summering av resultaten från årets undersökning	59
Svag utveckling av e-tjänster	60

Låg digital tillgänglighet till socialtjänsten.....	61
Nästan bara digitala trygghetslarm	61
Användning av välfärdsteknik ökar svagt	62
Låg användning av säker identifiering av roll- och behörighet	62
Fler kan läsa och dokumentera mobilt	64
Många läser, men få producerar information, i den nationella patientöversikten.....	65
Strukturerad dokumentation ökar.....	65
Statsbidraget har haft en begränsad effekt på kommunernas långsiktiga arbete med välfärdsteknik	66
Avslutande kommentarer.....	66
Referenser	68
Bilaga 1. Svarefrekvenser per län	71
Bilaga 2. Nyckeltal för e-hälsoutveckling	72
Bilaga 3. Kvalitetsdeklaration	77

Sammanfattning

Socialstyrelsens senaste enkätundersökning om e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna visar att utvecklingen är ojämn, med skillnader både mellan kommuner och mellan verksamhetsområden. Äldreomsorgen är det område där kommunerna har dragit störst nytta av tekniken, och där är utvecklingen snabbare än inom andra områden.

Sammanfattande resultat

- Allt fler kommuner tar emot elektroniska biståndsansökningar. Det handlar framför allt om ekonomiskt bistånd men också inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Särskilt stor har ökningen av elektroniska ansökningar av ekonomiskt bistånd varit under senare år.
- Allt fler kommuner inför välfärdsteknik. Socialstyrelsen konstaterar dock att även fast andelen kommuner som rapporterar att de använder välfärdsteknik ökar så handlar det fortfarande till stor del om test- och pilotverksamheter och ökningen av antalet enskilda som får del av tekniken är inte lika tydlig. Ett exempel är gps-larm: 3 kommuner har tillsammans mer än hälften av dessa larm, över 600 stycken. De övriga 119 kommunerna har färre än 4 gps-larm var.
- Trygghetslarmen är traditionellt uppkopplade via de analoga tonbaserade telefonnäten och i takt med att kommunikationsnäten digitaliserats behöver larmen bytas ut mot digitala sådana för att säkra att signalerna går fram. I år är 91 procent av alla trygghetslarm digitala och uppkopplade framförallt via de mobila näten. Antalet trygghetslarm är relativt konstant över åren.
- Cirka 94 procent av kommunerna är anslutna till den nationella patientöversikten (NPÖ) för att ta del av andra vårdgivares patientjournaler, men mindre än var tionde kan göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare.
- En mindre andel av kommunerna kräver en stark autentisering för inloggning i de system där personuppgifter behandlas så att personuppgifterna om de enskilda hanteras på ett säkert sätt, och andelen har knappt ökat sedan 2015.
- I allt fler kommuner kan all mobil personal läsa och dokumentera i verksamhetssystemen mobilt, men detta gäller fortfarande en liten andel av kommunerna. Undantaget är hemtjänsten, för i hälften av kommunerna kan all hemtjänstpersonal läsa och dokumentera mobilt, till exempel när de är på hembesök.
- Strukturerad dokumentation används framför allt inom verksamhetsområdena barn och unga och äldreomsorgen där Barns behov i centrum (BBIC) respektive Individens behov i centrum (IBIC) används. Användningen har främst ökat inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet till följd av

Socialstyrelsens och SKL:s uppdrag att stötta kommunerna i att implementera IBIC. Dessutom har användningen av klassifikationer av vårdåtgärder (KVÅ) ökat kraftigt inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens bedömning

Liksom föregående år konstaterar Socialstyrelsen att endast en liten andel av kommunerna säkrat sina olika verksamhetssystem inom socialtjänsten där personuppgifter behandlas. Sedan 2015 har det inte skett någon synbar utveckling av andelen kommuner som kräver säker roll- och behörighetsidentifikation för tillgång till verksamhetssystemen. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna inte försäkras om att enskildas, ofta känsliga, personuppgifter skyddas på ett säkert sätt.

Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen av e-tjänster inom socialtjänsten är svag. Att inte erbjuda den enskilda möjligheten att kommunicera, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt innebär en begränsning för den enskilda att själv styra över sin kontakt med socialtjänsten. Många andra samhällsfunktioner erbjuder självservice och digitala kommunikationskanaler, vilket medför en större tillgänglighet och att kontakterna mellan den enskilda och myndigheten till större del sker på den enskildas villkor. I takt med att kommunerna inför e-tjänster behöver de vidare försäkra sig om att webbsidor och e-tjänster är tillgängliga för personer med funktionsnedsättningar. Kommunerna har liksom andra offentliga myndigheter från 2019 en lagstadgad skyldighet att följa tillgänglighetsstandarden (Webb Content Access Guidelines) WCAG 2.1 på minst nivå AA på sina webbsidor, och därmed också för e-tjänsterna som finns tillgängliga på webbsidorna.

Bakgrund

Nationella strategier

År 2006 tog regeringen initiativet till en nationell it-strategi för vård och omsorg, som var inriktad på att bidra till den tekniska utvecklingen inom landets vård och omsorg [1]. Strategin var i första hand inriktad på insatser inom hälso- och sjukvården och den del av omsorgsverksamheterna som angränsar till hälso- och sjukvårdens verksamhet. Bland annat togs det fram ny lagstiftning för att garantera integritet och dataskydd, patientdatalagen (2008:355). Det gjordes även insatser för en god informationskvalitet och enhetliga termer och begrepp.

Den nationella it-strategin fick sedan en uppföljare 2010, nämligen *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [2]. Denna fokuserade på införandet, nyttan och användningen av tekniken snarare än på den tekniska utvecklingen. Skiftet från it-strategi till nationell e-hälsa innebar att även socialtjänsten omfattades.

Vidare betonades det att en sammanhållen och välfungerande vård- och omsorgsverksamhet kräver att utvecklingen samordnas i hela vård- och omsorgssektorn hos såväl kommuner och landsting som privata och idéburna utförare.¹

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

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

Stimulansmedel

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

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

År 2018 avsatte regeringen 350 miljoner kronor till kommunerna för att investera i välfärdsteknik. [4] Socialstyrelsen analyserar resultaten av satsningen i denna rapport.

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

Vision e-hälsa 2025 och handlingsplan

I mars 2016 antog regeringen och SKL en vision för e-hälsoutvecklingen i Sverige [5]:

År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.

Denna vision gör det tydligt att arbetet ska fokuseras på de två målgrupperna individen (patienten, brukaren eller klienten) och personalen i vård och omsorg. Visionen och handlingsplanen avser hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tillämpliga delar av tandvården. I visionen uttalas också att arbetet ska omfatta välfärdsteknik.

I januari 2017 följdes visionen av *Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025* [6]. Både i visionen och i handlingsplanen pekas följande tre insatsområden ut som grundförutsättningar för att främja e-hälsoutvecklingen:

- regelverket
- enhetligare begreppsanvändning
- standarder.

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

Arbetet med att uppnå visionen följs upp årligen. Syftet är att genom en sammanfattande statusbeskrivning stimulera en bred diskussion om hur e-hälsoarbetet behöver utvecklas och prioriteras för att förverkliga visionen.

Uppföljningen görs av en arbetsgrupp med representanter för E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SKL och Inera [7].

Tidigare rapportering från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen rapporterade årligen om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2014–2018. Myndigheten lämnade dessutom särskilda rapporter om digitaliseringen av trygghetslarm 2014 och 2015, och uppföljningsrapporter om stimulansmedel för 2013 och 2014.

Resultaten från 2018 års uppföljning visade en varierande utveckling:

- Andelen trygghetslarm som är digitala ökar. I januari 2018 var cirka 81 procent av samtliga trygghetslarm digitala. Flera kommuner har kommenterat i fritextsvar att de räknar med att vara klara med digitaliseringen under 2018.
- E-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande på en låg nivå. Kommunerna använder tidbokning över internet och elektroniska ansökningar av bistånd och insatser i liten omfattning. Enskilda har dock fått större möjlighet att ansöka om ekonomiskt bistånd via internet.

- Användningen av välfärdsteknik har ökat. En majoritet av kommunerna använder passiva larm och sensorer, samt vårdplanering med video, både i ordinärt boende och i särskilda boenden. Användningen av trygghetskameror och gps-larm har ökat stort de senaste två åren.
- Användningen av den nationella patientöversikten (NPÖ) för att läsa information ökar. Det är 272 kommuner som har anslutit sig för att ta del av information i systemet. Samtidigt kan inte mer än 13 kommuner visa journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa det.
- En liten andel av kommunerna har säkrat sina verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas. I endast cirka 22 procent av kommunerna kräver samtliga system en säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen kommuner där berörd personal kan läsa och dokumentera information mobilt har ökat mellan 2015 och 2018.

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

År 2016 tog Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet, SKL, Famna och Vårdföretagarna gemensamt fram en beskrivning av begreppet *e-hälsa*. Det är inte en terminologisk definition utan en beskrivning av begreppet som grundar sig på WHO:s beskrivning: ”Hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. *E-hälsa* är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa”.²

Socialstyrelsen publicerade i slutet av 2015 denna definition av termen *välfärdsteknik* i termbanken: ”digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning”.

En term som ligger nära välfärdsteknik är hjälpmedel för det dagliga livet. Socialstyrelsens definition lyder ”individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning”.

Gränsen mellan välfärdsteknik och hjälpmedel för det dagliga livet är inte glasklar. Vissa produkter kan ges till den enskilda både som välfärdsteknik efter ett biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) eller som förskrivet hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I denna rapport använder Socialstyrelsen endast begreppet välfärdsteknik, även i de fall tekniken har förskrivits enligt HSL, till exempel gps-larm.

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta utveckla nyckeltal för användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, samt följa upp och redovisa resultaten på Socialstyrelsens webbplats. Myndigheten ska även beskriva och analysera resultaten av uppföljningen av nyckeltalen för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling

² <https://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa>

och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 maj 2019.

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

Hösten 2013 utarbetade Socialstyrelsen nyckeltalen dels utifrån intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [8], dels utifrån de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL [3].

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

Enkätundersökning

Datainsamlingen för 2019 gjordes med hjälp av en elektronisk enkät. Den gick ut till samtliga kommuner den 9 januari och efter tre påminnelser stängdes enkäten den 22 februari. Svarsfrekvensen för den kommunala enkäten var cirka 70 procent. Se bilaga 1.

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

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

Intervjuer

En stor andel av kommunerna har valt att lägga ut utförandet av socialtjänstens insatser på privata aktörer. Socialstyrelsen ställde frågor om dessa till kommunerna i 2014 och 2015 års enkäter, och 2016–2018 skickades enkäter direkt till ett urval av dessa omsorgsföretag. I årets undersökning skickades ingen enkät till de privata vård- och omsorgsföretagen då dessa enkäter tidigare år hade en alltför låg svarsfrekvens. Istället gjordes en intervjustudie bland ett urval företag som är verksamma inom hemtjänst och särskilda boenden för äldre. Syftet med intervjustudien var att beskriva de privata vård- och omsorgsföretagens förutsättningar för att använda e-hälsa och välfärdsteknik i verksamheterna. Teman för frågorna var dokumentation, informationssäkerhet och användning av, och inställning till, välfärdsteknik i arbetet med enskilda personer. Urvalet var fem små företag (17–50 anställda), fyra mellanstora (51–200) och tre stora (201–ca 8 000 anställda i Sverige) och vars huvudsakliga verksamhet är hemtjänst eller särskilda boenden för äldre. Alla var medlemmar i Vårdföretagarna. De små företagen hade verksamhet från Skåne till Västerbotten. De flesta i Stockholms län. Två av de stora företagen har verksamheter i hela landet.

Intervjuerna gjordes per telefon i januari och februari. Dessutom gjordes en intervju med en representant för Vårdföretagarna och en med en leverantör av välfärdsteknik.

Referensgrupp

I arbetet med analysen av enkätsvaren deltog en extern referensgrupp. Den bestod av e-hälsamordnare från Stockholms län, Göteborgsregionen, Gävleborg, Jämtland och Blekinge och en representant för SKL.

Presentation av siffror

I denna rapport har Socialstyrelsen valt att använda andelstal för att presentera de resultat som kan jämföras med tidigare års undersökningar, det vill säga procentandelar av kommunerna. När myndigheten inte kunnat göra jämförelser med tidigare år presenterar vi, i de flesta fall, uppgifterna med både antal och andel. Myndigheten redovisar både antal och andelar i webbverktyget "E-hälsa i kommunerna" på Socialstyrelsens webbplats.³

Agenda 2030 för hållbar utveckling

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

³ <http://opnajakforelser.socialstyrelsen.se/NationelleHalsa/Sidor/default.aspx>

Resultat

Privat eller kommunal drift

I enkäten till kommunerna ställdes frågan i vilken utsträckning de har lagt ut verksamheter på privata utförare. Detta kan ske genom entreprenadavtal eller avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV-avtal), eller genom att kommunen köper enstaka platser hos privata omsorgsföretag. Svaren visar att en liten andel av kommunerna har lagt ut alla verksamheter på privata utförare. En majoritet av kommunerna driver socialtjänstverksamheterna i egen regi och en andel av kommunerna har lagt ut delar av verksamheterna på privata aktörer. Se tabell 1.

Tabell 1. Driftsformer av socialtjänstverksamhet i kommunerna, andel kommuner i %, 2019, (n = 203)

	Kommunen driver all utförarverksamhet i egen regi	Kommunen driver en eller flera utförarverksamheter i egen regi, men inte alla	Kommunen har överlåtit all utförarverksamhet i privat drift
Barn och unga	56	43	1
Arbetsmarknadsinsatser	78	20	2
Vuxna med missbruksproblem	83	15	2
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	55	43	2
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	41	58	1
Äldreomsorg i särskilt boende	50	47	3

E-tjänster

En e-tjänst ska stödja och underlätta för den enskilda och effektivisera verksamheten. De ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar samt vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten[9].

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

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

- En e-tjänst förmedlas elektroniskt. Tjänsten är interaktiv vilket innebär att den sker i någon form av dialog mellan den enskilda och socialtjänsten. Den riktas till enskilda som kommer i kontakt med socialtjänsten, anhöriga och allmänheten. Många e-tjänster kräver säker inloggning av användare med till exempel bank-id. Vissa e-tjänster är dock tillgängliga utan säker inloggning.

- Med e-tjänster avses inte informationstexter eller blanketter som publicerats på kommunens webbplats, inte heller tjänster som enbart är avsedda för socialtjänstens personal.
- Med e-tjänster avses inte heller välfärdsteknik, d.v.s. tjänster som ges till den enskilda efter utredning och beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller förskrivning enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), till exempel trygghetslarm, trygghetskameror, gps-larm, passiva larm med mera.

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

Få kommuner har e-tjänster

I enkäten till kommunerna frågade Socialstyrelsen om kommunen har någon form av e-tjänst enligt definitionen ovan. Den vanligaste tjänsten som angavs är att invånare kan lämna synpunkter eller klagomål, och av de kommuner som besvarade frågan var det 65 procent som hade en sådan e-tjänst på sin webbplats.

Bortsett från e-tjänster för synpunkter och klagomål var det vanligaste svaret att kommunen inte hade någon e-tjänst inom respektive verksamhetsområde.

En ökande andel av kommunerna har e-tjänster för att ansöka om bistånd, framför allt ekonomiskt bistånd (29 procent av kommunerna). Inom äldreomsorgen gällde det 27 procent av kommunerna och inom funktionshinderområdet var andelen 23 procent. Se tabell 2.

De flesta kommuner erbjuder inte enskilda invånare möjligheten att boka tid hos sin handläggare. De områden där det sker en utveckling är inom familjerätt och familjerådgivning där 5 resp. 6 procent av kommunerna kan erbjuda tidbokning via webbsidan.

Endast ett fåtal kommuner (6 procent) har möjlighet att kommunicera via säkra kanaler med klienter och brukare och cirka 6 procent av kommunerna har chattforum där enskilda kan ställa frågor och få svar från en socialarbetare.

En tredjedel av kommunerna angav att de kan ta emot intresseanmälningar från de som vill vara familjehem, kontakt- och stödperson, god man, förvaltare m.m. inom verksamhetsområdet för barn och unga.

I svarsalternativen gick det även att ange fritextsvar. Här kunde kommunerna ange vilka övriga e-tjänster de hade (se kolumnen ”övriga e-tjänster” i tabell 2).

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

- tjänst för att beräkna avgifter för äldreomsorgen eller funktionshinderområdet

- ekonomiska och administrativa funktioner, till exempel att ansöka om autogiro eller lämna inkomstuppgifter för avgiftsberäkning inom äldreomsorgen eller inom funktionshinderområdet
- tjänst för att göra orosanmälningar, om barn och unga som far illa
- möjlighet att följa sitt ärende om försörjningsstöd, på ”Mina sidor”.
- tjänst för att ansöka om färdtjänst
- tjänst för att ansöka om samarbetsamtal eller avtal angående vårdnad, boende och umgänge inom familjerätten
- förenklad ansökning om vissa serviceinsatser så som ”fixartjänster”
- handläggning och behandlingsinsatser för personer med alkoholproblem
- ansökan om bostadsanpassningsbidrag

Fritextsvaren visar att det i många kommuner pågår ett arbete med att utveckla och införa fler e-tjänster inom socialtjänsten. De exempel som ges från kommunerna gäller att ansöka om ekonomiskt bistånd och att ordna säker digital kommunikation mellan socialtjänsten och enskilda personer och mellan olika aktörer inom socialtjänsten.

Tabell 2. Andel kommuner som har minst en e-tjänst inom socialtjänsten, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst, i %, 2019, (n = 203)

Verksamhetsområde	Tidbokning (%)	Ansökan om bistånd eller insats, mm. (%)	Tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal (%)	Chatt (%)	Säker kommunikation med (%)	Intresseanmälan (%)	Övriga e-tjänster (%)	Inga e-tjänster (%)
Barn och unga	1	4	-	6	4	33	9	59
Ekonomiskt bistånd	1	29	-	3	6	4	8	63
Familjerätt	5	3	-	3	3	5	5	82
Familjerådgivning	6	3	-	2	3	2	1	86
Vuxna med missbruksproblem	1	2	-	3	3	5	5	84
Funktionshinder		23	-	2	4	14	12	62
Äldreomsorg	0	27	-	2	3	8	17	58
Hälso- och sjukvård	3	-	4	-	-	-	8	90

-, frågor ställdes inte inom dessa områden

Under perioden 2014–2019 kan vi se en ökning när det gäller elektroniska biståndsansökningar inom det ekonomiska biståndet, äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Inom ekonomiskt bistånd är det en ökning från 3 till 29 procent. Inom äldreomsorgen har de elektroniska ansökningarna ökat från 7 till 27 procent och inom funktionshinderområdet från 7 till 23 procent.

Jämfört med 2018 har den största ökningen för elektroniska biståndsansökningar skett inom ekonomiskt bistånd, där andelen kommuner 2018 var 16 procent.

E-tjänster på andra språk

Det var 13 kommuner (6 procent) som uppgav att de hade någon e-tjänst på annat språk än svenska. Det handlar främst om engelska (7 kommuner) och

finska (2 kommuner) och 4 kommuner hänvisar till Googles översättningsverktyg. [10]

Det var 12 kommuner som ingår i förvaltningsområden för meänkieli eller samiska enligt lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk som hade besvarat enkäten. Av dessa hade ingen kommun någon e-tjänst på annat språk än svenska. Vidare var det 20 kommuner som ingår i förvaltningsområde för finska och som besvarade enkäten. Av dessa var det två som hade e-tjänster för biståndsansökningar på andra språk. En hade en tjänst på finska och en på engelska.

Tillgänglighet

Allt fler kommuner kommunicerar med invånarna via sina webbsidor. Det är därför av vikt att kommunens kommunikation via nätet sker på ett sätt som gör att även människor med olika funktionsnedsättningar kan ta del av den.

Sedan januari 2019 gäller lagen om tillgänglighet till digital offentlig service (2018:1937). Lagen bygger på Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/2102 av den 26 oktober 2016 [11] om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer. Lagen innebär bland annat en skyldighet för offentliga aktörer att göra sin digitala service (webbplatser och appar) mer tillgänglig, vilket kan säkerställas genom att följa EU-standarden EN301549. Detta motsvarar i stora drag nivå AA i den internationella standarden för tillgängligt webbinnehåll WCAG 2.1.⁴

Socialstyrelsen frågade i enkäten om kommunen tillämpar WCAG 2.0 AA för sina webbsidor och för de e-tjänster man erbjuder.

Det var 47 procent av kommunerna som uppgav att de tillämpar standarden på samtliga webbsidor och 39 procent tillämpar standarden på delar av sina webbsidor. När det gäller e-tjänsterna var det 33 procent av kommunerna som uppgav att de tillämpade standarden på samtliga e-tjänster och 37 procent på delar av e-tjänsterna. Se tabell 3.

Tabell 3. Andel kommuner som följer standarden WCAG 2.0 på minst nivå AA för sina webbsidor och e-tjänster

	Webbsidor	E-tjänster
Ja	47	33
Delvis	39	37
Nej	14	30
Totalt	100	100

Digitalisering av trygghetslarmen

De trygghetslarm som kommunerna erbjuder personer som bor i ordinärt boende har traditionellt byggt på en telefonförbindelse från den enskildas bostad till en larmcentral. Signalerna från larmenheten till larmmottagaren var analoga och tonbaserade och gick via det tonbaserade analoga telefonnätet. I

⁴ Mer om WCAG kan läsas på Digitaliseringsmyndighetens webbsida. <https://webbriktlinjer.se/riktlinjer/1-utga-fran-wcag-2-1-niva-aa/>

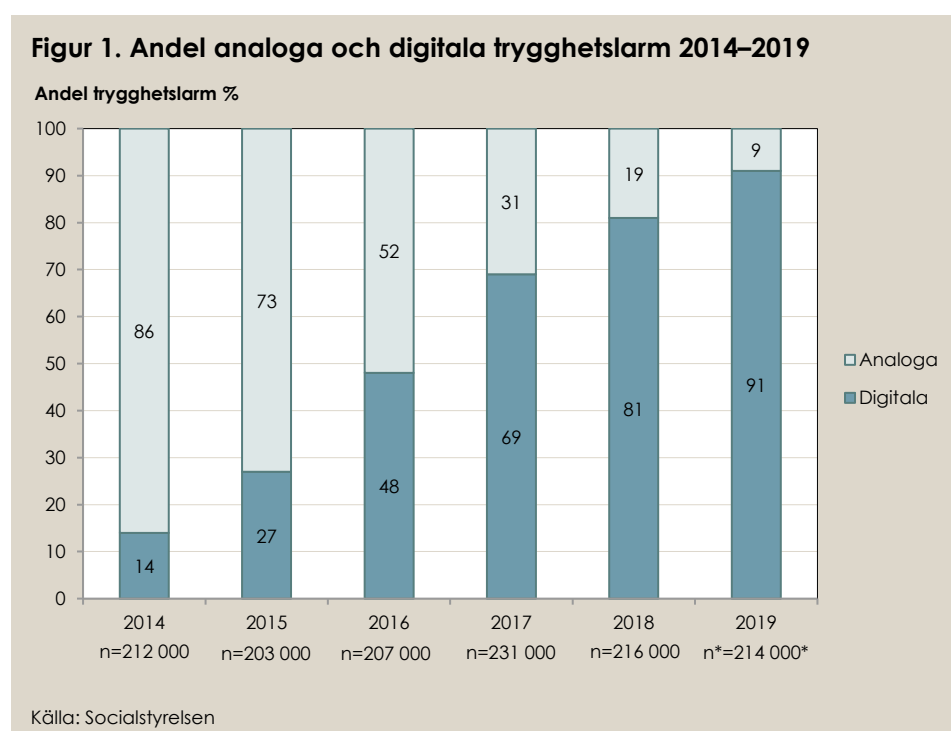
takt med att kommunikationen har blivit alltmer digital behöver också trygghetslarmen digitaliseras, annars riskerar den enskilda att signalerna inte når larmcentralen.

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

Antal och andel digitala trygghetslarm

I januari 2019 fanns cirka 217 000 trygghetslarm i hela landet.⁵ Av dessa var 198 000 digitala (91 procent) och resterande knappt 20 000 trygghetslarm var analoga (9 procent).

Digitaliseringen av trygghetslarmen har gått fort. År 2014 var 14 procent av trygghetslarmen digitala och 2019 var det 91 procent (se figur 1).



* n avser det totala antalet trygghetslarm för varje år

Kommuner som har digitaliserat trygghetslarmen

I januari 2019 hade cirka 85 procent av kommunerna digitaliserat alla sina trygghetslarm. Av tabell 4 framgår en tydlig utveckling sedan 2014, då endast 9 procent av kommunerna hade digitaliserat trygghetslarmen, till 2019 då 85 procent av kommunerna har gjort det.

De 15 procent av kommunerna som inte digitaliserat samtliga trygghetslarm uppgav i fritextsvaren att de inte hade kunnat byta ut de analoga på vissa platser pga. att det inte finns mobiltäckning eller fiber till dessa brukare. Det var 4 kommuner av de 203 som besvarade årets enkät (2 procent)

⁵ Detta är en uppräknin baserad på att 203 av landets 290 kommuner besvarade frågan. Uppräknin har gjorts på samma sätt baserat på enkätsvaren även tidigare år.

som inte alls har digitaliserat några trygghetslarm. Dessa uppgav att de kommer att digitalisera under 2019 eller befinner sig i en upphandling och räknar med att vara klara under 2020.

Tabell 4. Kommunens planering för digitala trygghetslarm

	Andel kommuner i procent					
	2014 (n=195)	2015 (n=234)	2016 (n=236)	2017 (n=236)	2018 (n=232)	2019 (n=203)
Kommunen har bara digitala larm	9	20	37	71	81	85
Kommunen har beslutat att digitalisera larmen, eller har påbörjat arbetet med att byta ut dem	44	60	54	28	19	15
Kommunen utreder frågan men har inte fattat beslut om införande	38	11	4	1	0	0
Kommunen har inga planer	2	1	1	0	0	0
Inget svar	7	8	4	0	0	0-

Välfärdsteknik

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

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

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

Välfärdsteknik i ordinärt boende

Välfärdsteknik kan delas upp i två områden: teknik för trygghet och självständighet för den enskilda och teknik till stöd för personalen och omsorgsgivaren.

Trygghetslarmen är den absolut vanligaste formen av välfärdsteknik för den enskilda och de har använts i alla kommuner i årtionden. Antalet trygghetslarm ligger på en stadig nivå på drygt 200 000 användare. I hemtjänsten och hemsjukvården har också så kallade passiva larm, eller sensorer, det vill säga larmmattor, dörrlarm, rörelselarm etc. varit i bruk i många år. Det är 86 procent av kommunerna som använder denna typ av utrustning för personer som bor i sina egna bostäder. Detta innebär att de boende inte behöver larma

aktivt. Larmet utlöses av personens aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall.

I årets enkät redovisar 58 procent av kommunerna att de använder natttillsyn via kamera i hemtjänsten för de personer som bor kvar i sitt eget hem, så kallat "ordinärt boende", och att 1 308 personer har utrustats med sådana kameror. Vidare angav 62 procent av kommunerna att de utrustat 1 030 personer i ordinärt boende med gps-larm. Med ett gps-larm kan den enskilda larma hemtjänsten eller närstående även utanför sin bostad. Det går även att med hjälp av gps-koordinater lokalisera var larmet kommer ifrån. Gps-larmen kan också vara utrustade med en så kallad "geofencing"-funktion som innebär att larmet utlöses om personen skulle röra sig utanför ett i förväg definierat geografiskt område. Av enkätsvaren framgår också att 3 kommuner (2 procent) har utrustat över 100 personer med gps-larm. Dessa kommuner hade tillsammans nästan 600 gps-larm, alltså nästan 60 procent av alla gps-larm i de kommuner som besvarat enkäten. Resterande 430 var fördelade på 119 kommuner med ett genomsnitt på 3,6 gps-larm per kommun. Vidare har 8 kommuner (4 procent) utrustat 10–99⁶ personer med gps-larm och 73 kommuner (37 procent) har utrustat 1–9 personer. Ytterligare 39 kommuner (20 procent) uppgav att de hade gps-larm men att ingen person vid mättillfället hade ett sådant.

Det är 35 procent av kommunerna som har utrustning som kan påminna den enskilda om att det är dags att ta sin medicin. Denna typ av utrustning kan också portionera ut medicinen enligt ett förinställt schema.

När det gäller teknik till stöd för personalen finns flera elektroniska verktyg som har fått stor spridning i kommunerna. Elektroniska planeringsverktyg i form av mobilappar finns i 88 procent av kommunerna. Med dessa kan hemtjänsten lägga schema för hemtjänstpersonalens arbete, registrera besöken och göra anteckningar om besöken hos hemtjänstkunderna. I apparna finns också adresser, portkoder och annan viktig information som underlättar hemtjänstpersonalens arbete.

En annan vanligt förekommande typ av välfärdsteknik är vårdplanering med hjälp av video, som finns i 83 procent av kommunerna. Med detta kan den enskilda personen inför utskrivning från sjukhuset, tillsammans med personal på sjukhuset möta sin biståndshandläggare, omsorgs- eller vårdgivare och eventuellt närstående via video- eller webbkamera.

Elektroniska lås till enskilda hemtjänstmottagares bostäder fanns 2018 i cirka 56 procent av kommunerna. Andelen kommuner som installerar denna typ av lås ökar. Med sådana lås behöver hemtjänstpersonalen inte hantera några nycklar. Detta underlättar hemtjänstpersonalens arbete och minskar risken att nycklar hamnar på villovägar.

Totalt 26 procent av kommunerna har angett att de har andra typer av välfärdsteknik än de som Socialstyrelsen frågade om i enkäten. Det handlar främst om

- e-signering av läkemedel
- digitala medicinskåp

⁶ Det exakta antalet var 11–35 gps-larm. Ingen kommun hade 36–99 gps-larm.

- robotkatter
- inkontinenssensorer
- ät-hjälpmiddel i form av robot
- upplevelsecykel
- distansmöten
- duschrobotar
- intelligenta toaletter

I fritextsvaren beskrev några kommuner att de håller på att upphandla välfärdsteknik eller trygghetsskapande teknik. Flera kommuner planerar för att införa trygghetskameror, gps-larm, vårdplanering med stöd av video, utrustning för påminnelse och fördelning av medicin under 2019.

Tabell 5. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende, i %

Typ av välfärdsteknik	2016	2017	2018	2019
	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)	Andel kommuner (n=197)
Passivt larm/sensorer	78	86	83	86
Gps-larm	26	52	60	62
Nattillsyn med digital teknik (Trygghetskamera, natt-tillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	23	37	46	58
Elektroniska lås till hemtjänstens brukare**	-	48	56	—***
Påminnelse för medicin mm.	17	26	23	35
Elektroniskt planeringsverktyg för hemtjänsten*	-	-	82	88
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	38	59	71	83
Annat	12	9	16	26

* Frågan ställdes inte 2016 och 2017

** Frågan ställdes inte 2016

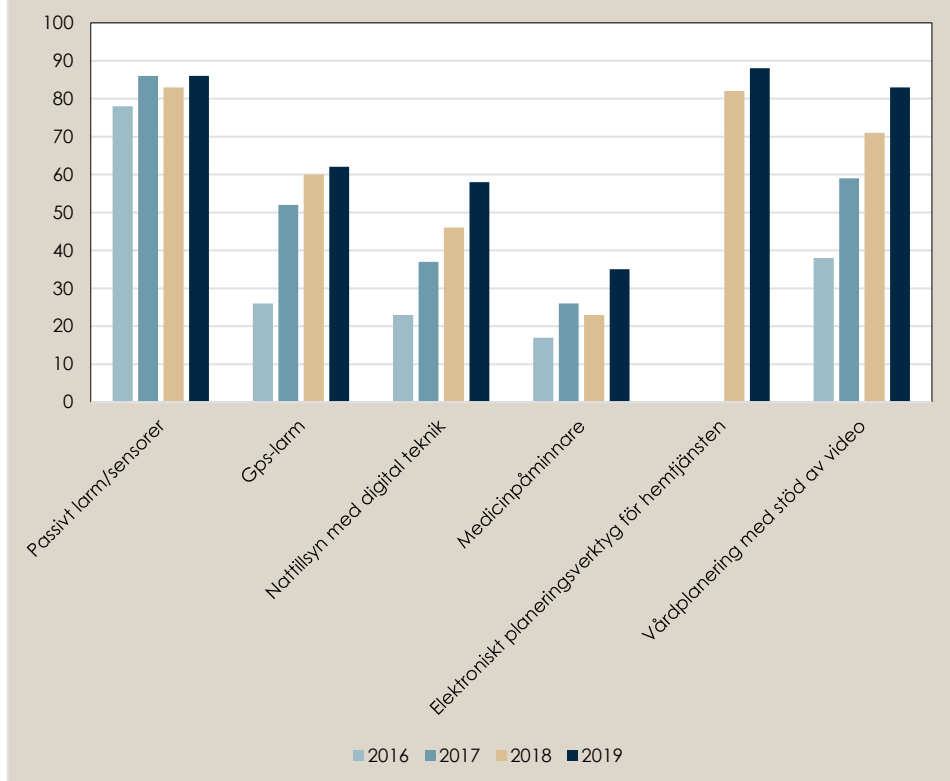
*** Frågan ställdes inte i 2019 års enkät

Av tabell 5 framgår att flera välfärdstekniker i ordinärt boende har ökat stort sedan 2016. Vårdplanering med stöd av video har ökat från 38 procent av kommunerna 2016 till 83 procent 2019. Nattillsyn via kamera kan 2019 erbjudas av mer än dubbelt så stor andel av kommunerna som 2016 (58 procent jämfört med 23 procent 2016). Antalet kameror i kommunerna har ökat från 382 stycken 2016 till 1308 stycken 2019.

Vad gäller gps-larmen, har andelen kommuner som har sådana ökat från 26 procent 2016 till 62 procent 2019. Antalet personer som har utrustats med gps-larm har också ökat och det är 1 030 personer som har gps-larm 2019. År 2018 var det 707.⁷

⁷ Observera att uppgifterna om antalet trygghetskameror och gps-larm baseras på att svarsfrekvensen för enkäten var 70 procent. Det verkliga antalet torde därför vara större än så.

Figur 2. Utvecklingen av välfärdsteknik i ordinärt boende



Välfärdsteknik i särskilda boenden inom äldreomsorgen

I särskilda boenden för äldre personer förekommer flera olika typer av välfärdsteknik. Den vanligaste är passiva larm, det vill säga olika sensorer såsom dörlarm, fall-larm och rörelsedetektorer. De skickar ett larm till personalen på det särskilda boendet utan att personen ifråga behöver larma själv. Larmet utlöses av den boendes aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall. En övervägande majoritet av kommunerna, 97 procent, använder sig av passiva larm i särskilda boenden.

Omkring 74 procent av kommunerna angav att de kan erbjuda internetanslutning för de boende i minst ett särskilt boende i kommunen. Flera angav också att bostadsbolaget dragit fram fiber till varje lägenhet och att det är upp till varje individ att själv beställa och bekosta uppkopplingen. Några kommuner beskriver att de planerar att införa möjligheter till internetuppkoppling i särskilda boenden. I Kommun- och landstingsdatabasen, Kolada,⁸ redovisas uppgifter om andel boendeplatser i särskilda boenden där den äldre har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten. Uppgifter från 2018 visar att 74 procent av boendeplatserna i landet ger möjlighet till detta.

⁸ Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) är en databas med uppgifter om kommunernas och landstingens verksamheter från år till år. Den ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Svenska staten och SKL är föreningens medlemmar.

Totalt 71 procent av kommunerna uppgav att de kan erbjuda vårdplanering med sjukvården, biståndshandläggare och närstående med stöd av video, och 57 procent kan erbjuda gps-larm för personer som bor i särskilt boende. I 37 procent av kommunerna finns avvikelalarm på särskilda boenden, och 42 procent har elektroniska planeringsverktyg för personalen.

Bland kommunerna är det 32 procent som använder natttillsyn med digital teknik (trygghetskamera) för tillsyn under natten och 25 procent har påminnelseutrustning för mediciner på de särskilda boendena (se tabell 4).

Av de svarande har 18 procent uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre. De vanligaste svaren är digitala lås (hotell-lås) till de boendes lägenheter och elektronisk signering av mediciner, elektroniska medicinskåp, läsplattor, robotkatter, virtuella spel för stimulans och träning för personer med demens, virtuella cyklar. Andra produkter som nämns i fritextsvaren är musikdockor, duschrobotar och inkontinenssensorer.

Tabell 6. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre personer, i %

	2016	2017	2018	2019
Typ av välfärdsteknik	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)	Andel kommuner (n=199)
Passiva larm (dörrlarm, falllarm, rörelselarm mm.)	93	97	95	97
Gps-larm	-*	47	53	57
Natttillsyn med digital teknik (Trygghetskamera, natttillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	6	11	18	32
Utrustning för påminnelse om t.ex. mediciner	11	20	17	25
Avvikelsealarm (inomhuspositionering)**	-	-	34	37
Möjlighet för den enskilda att koppla upp sig på internet via wifi eller fiber ⁵	42	61	64	74
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	25	51	57	71
Elektroniskt planeringsverktyg för personalen**	-	-	30	42
Annat	9	13	14	18

* Frågan ställdes inte 2016

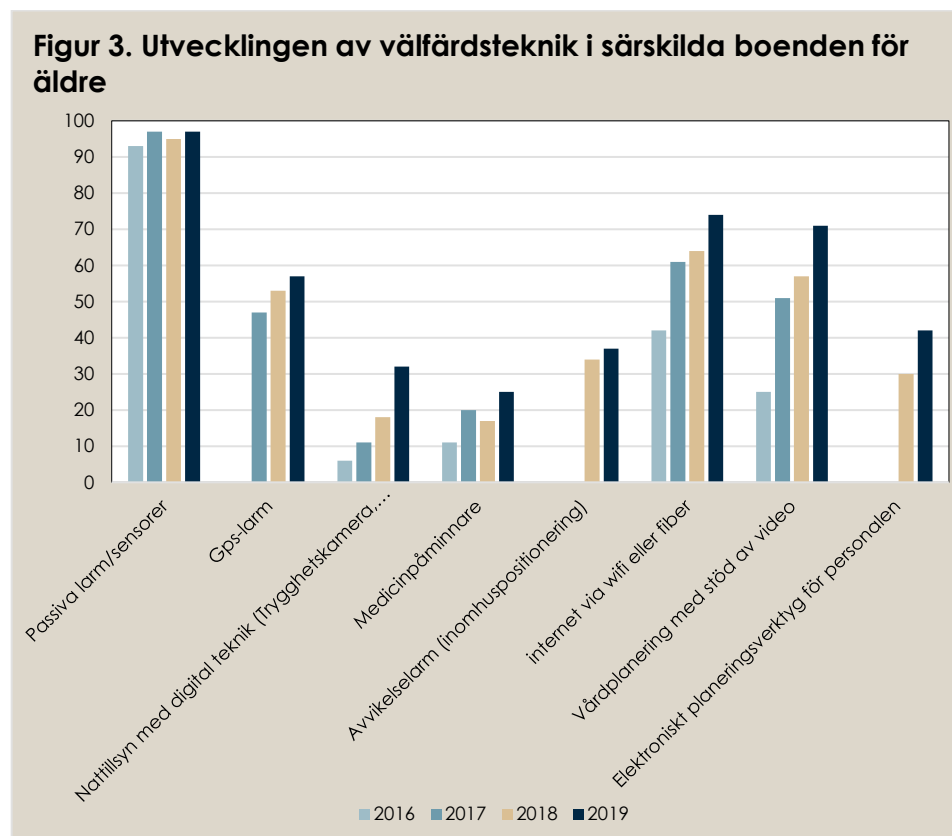
** Frågan ställdes inte 2016 och 2017

Användningen av passiva larm i särskilda boenden för äldre ligger kvar på en mycket hög nivå, omkring 97 procent och övrig välfärdsteknik ökar generellt i särskilda boenden.

Andelen kommuner som erbjuder möjlighet för den enskilda att koppla upp sig på internet i särskilda boenden har ökat från 42 procent 2016 till 74 procent 2019.

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

Andelen kommuner som har vårdplanering med stöd av video har ökat med en faktor 2,8 sedan 2016 (från 25 procent till 71 procent) och andelen kommuner som erbjuder nattillsyn med kamera har ökat från 6 procent 2016 till 32 procent 2019.



Välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar

I stöd- och serviceboenden är passiva larm de vanligast förekommande typerna av välfärdsteknik, det vill säga dörrlarm, rörelselarm, fallarm med mera. Det är 85 procent av kommunerna som 2019 har denna typ av teknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar.

Cirka 75 procent av kommunerna angav att de kan erbjuda internetanslutning för personer som bor i stöd- och serviceboenden (se tabell 7). Flera kommuner nämner i särskilda kommentarer att internetuppkoppling bara finns i vissa boenden. Andra kommuner angav att det är upp till den enskilda att teckna och bekosta internetabonnemang i sin bostad. Några kommuner beskriver att de planerar att införa möjligheter till internetuppkoppling i särskilda boenden.

I Kolada redovisas uppgifter om andel boendeplatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 9 § 9 p. där den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten. Uppgifter från 2018 visar att 74 procent av boendeplatserna i landet ger möjlighet till detta.

I 61 procent av kommunerna finns möjlighet att arrangera vårdplaneringsmöten via video för de som bor i stöd- och serviceboenden. Vidare finns det gps-larm för de som bor i stöd- och serviceboenden i 44 procent av kommunerna.

I 27 procent av kommunerna finns tillgång till påminnelseutrustning för mediciner. Trygghetskamera för natttillsyn i stöd- och serviceboenden finns i 24 procent av kommunerna.

Totalt 11 procent har uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik såsom läsplattor eller smarta telefoner för kommunikation, påminnelser, träning och nedladdning av appar som på olika sätt fungerar som kognitiva hjälpmedel. Annan välfärdsteknik som nämns är robotkatt, robotarm, Pict-o-stat, epilepsilarm, röst- och ljudlarm och digitala signeringslistor för medicin.

Tabell 7. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden), i %

	2016	2017	2018	2019
Typ av välfärdsteknik	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)	Andel kommuner (n=201)
Passiva larm (dörrlarm, falllarm, rörelselarm mm.)	81	87	83	85
Gps-larm*	-	-	35	44
Natttillsyn med digital teknik (Trygghetskamera, natttillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	5	8	16	24
Utrustning för påminnelse om t.ex. mediciner	17	25	23	27
Möjlighet för den enskilda att koppla upp sig på internet via wifi eller kabel ¹⁰	44	59	61	75
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	21	47	50	61
Avvikelselarm**				19
Elektroniskt planeringsverktyg**				30
Annat	9	8	8	11

* Frågan ställdes inte 2016 och 2017

** Frågorna ställdes först i 2019 års enkät

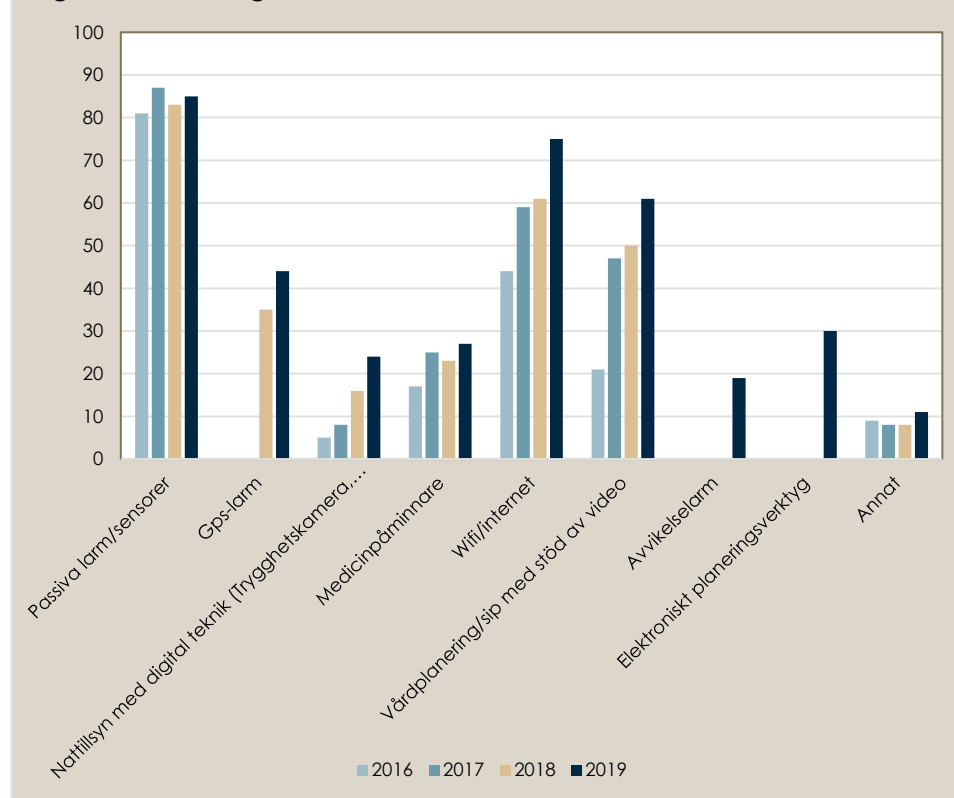
I boenden för personer med funktionsnedsättning är passiva larm fortsatt en mycket vanlig välfärdsteknik som återfinns i 85 procent av kommunerna. Möjlighet för den enskilda att koppla upp sig på internet har ökat från 44 procent 2016, till 75 procent 2019.

Cirka 61 procent av kommunerna kan erbjuda vårdplanering eller samordnad individuell vårdplanering med stöd av video för de som bor i stöd- och serviceboenden, och 2016 var andelen 21 procent. Andelen kommuner som

¹⁰ En egen internetanslutning är inte en välfärdstekniktjänst i sig, men kan möjliggöra kommunikation och användande av andra internetbaserade samhällstjänster.

har digital nattillsyn i stöd- och serviceboenden har ökat, från 5 procent 2016, till 24 procent 2019.

Figur 4. Utvecklingen av välfärdsteknik i stöd och serviceboenden



Passiva larm

I enkäten ställdes frågan om vilka typer av passiva larm som kommunen använder i ordinärt boenden, i särskilda boenden för äldre och i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. De vanligaste förekommande typerna av passiva larm är larmmattor och dörrsensorer i särskilda boende för äldre (se tabell 8). Larmmattan kan finnas på golvet, i sängen eller i en stol. Den utlöses när någon stiger på mattan på golvet eller när den enskilda stiger ur sängen eller upp från stolen. Dörrsensorer larmar när en dörr öppnas.

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

Tabell 8. Passiva larm i olika boendeformer, andel kommuner, 2019, i %

	Ordinärt boende (n=170)	Särskilt boende för äldre (n=194)	Stöd och serviceboende (n=170)
Larmmatta	64	87	78
Dörrsensor	79	86	79
Rörelsesensor	52	81	68
Brandlarm kopplat till trygghetslarm	24	42	28
Fall-larm	31	35	31
Epilepsilarm	46	42	68
Inkontinenssensor	9	16	8
Annat passivt larm	9	14	9

Det har i kommunerna skett en påtaglig utveckling i användningen av sensorer i ordinärt boende och i stöd- och serviceboenden i förhållande till 2017 och 2018. Däremot är utvecklingen marginell i särskilda boenden för äldre. Detta kan ha ett samband med att många kommuner sedan tidigare använde sensorer och passiva larm i särskilda boenden.

Epilepsilarmen är den typ av sensor som har ökat mest under perioden 2017–2019. I ordinärt boende har andelen kommuner som använder epilepsilarm ökat med 16 procentenheter, i särskilda boenden med 12 och i stöd och serviceboenden med 15 procentenheter. Dörrsensorer och rörelsesensorer har ökat kraftigt i användning i ordinärt boende och i stöd- och serviceboenden. Användningen av larmmattor har ökat kraftigt i stöd- och serviceboenden.

Flera kommuner har i fritextsvaren angivit att de har sängsensorer för att mäta den enskildas sömnkvalitet. Enstaka kommuner har angivit att de har röstlarm eller sensorstyrda trygghetskameror.

Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården

I den kommunala hälso- och sjukvården är de vanligast förekommande formerna av välfärdsteknik elektroniska planeringsverktyg för personalen (55 procent av kommunerna), utrustning för läkarkonsultation via video (24 procent) och digital medicinsigering (32 procent). Cirka 15 procent av kommunerna hade också andra former av välfärdsteknik: vårdplanering via video, läkemedelsautomater, inkontinenssensorer och nyckelfria lås till hem-sjukvårdens patienter.

Jämfört med föregående år har användningen av välfärdsteknik ökat. Framförallt har användningen av digital medicinsigering ökat mellan 2018 och 2019. Se tabell 9.

Tabell 9. Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, andel kommuner i %

	2018	2019
Digital medicin-signering	20	32
Möjlighet till läkarkonsultation via video	20	24
Elektroniskt planeringsverktyg för personal	49	55
Annat	10	15

I fritextsvaren var det flera kommuner som angav att de har utrustning för att påminna om medicinering och dosera vid rätt tillfälle. Nyckelfria lås till hemsjukvårdens patienter och digitala lås till medicinskåp var andra förekommande fritextsvar. Någon kommun angav att de använder sängsensor för sömnanalys.

I fritextsvaren angav ytterligare sex kommunerna att de planerar att införa digital medicin-signering under 2019. Vidare angav några kommuner att de planerar att införa elektroniska planeringsverktyg och utrustning för videokonsultationer.

Informationssäkerhet

I socialtjänsten hanteras stora mängder information om enskilda personer, information som är viktig för att verksamheterna ska kunna utföra sina uppgifter och vid behov kommunicera med andra aktörer. Lagstiftningen på området är EU:s allmänna dataskyddsförordning¹¹ (GDPR), patientdatalagen (2008:355), PDL, socialtjänstlagen, lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. I den finns bestämmelser som kommunerna behöver förhålla sig till i sin hantering av information. Det handlar om att uppgifterna ska vara riktiga och tillgängliga för de som har behörighet och att konfidentialiteten bevaras.

Uppföljning av risker och behov av utveckling

Informationssäkerheten kan bevakas och upprätthållas på olika sätt. Ett grundläggande sätt är att göra regelbundna uppföljningar av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerheten. Socialstyrelsen ställde i enkäten frågan om kommunen regelbundet (minst en gång per år) följer upp risker och behov av utveckling av informationssäkerheten i socialtjänsten. Det var 55 procent av kommunerna som uppgav att de gör sådana regelbundna uppföljningar. Ett mindre antal kommuner, uppgav att de bedriver ett systematiskt informationssäkerhetsarbete sedan flera år tillbaka. Många kommuner angav att de påbörjade ett systematiskt arbete under 2018 eller kommer att göra det under 2019, och några av dessa refererar till det nya regelverket enligt GDPR. De kommuner som inte gör regelbundna uppföljningar

¹¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

angav att de gör, eller har gjort, uppföljningar av informationssäkerheten men inte regelbundet. Flera menade att de planerar för att införa ett systematiskt arbete, eller är i processen att sätta ett sådant.

De uppföljningar av informationssäkerheten som görs rapporteras och beslut om åtgärder fattas på olika nivåer i den kommunala organisationen. I cirka 15 procent av kommunerna görs detta i kommunstyrelsen, i 48 procent i socialnämnden eller motsvarande och i 72 procent av kommunerna görs detta på tjänstemannanivå, i socialförvaltningens eller motsvarande förvaltningsledning. Cirka 10 procent av kommunerna uppgav att de rapporterar resultaten av uppföljningarna olika beroende på vad som framkommer och vilka behov av åtgärder som framkommer.

Informationssäkerhetsklassning

Klassificering av information är en grundläggande aktivitet för att information och resurser ska ha nödvändigt skydd. Genom att klassa sina informationsmängder kan kommunen avgöra vilka åtgärder som behöver genomföras för att säkra riktigheten och hur man bäst ska göra informationen tillgänglig för behöriga personer. Vidare identifierar man också vilken information som behöver skyddas pga. personuppgifts- och sekretessregler.

Det är 16 procent av kommunerna som uppgav att de har klassificerat alla objekt, 54 procent har klassat delar av sina objekt och 30 procent har inte gjort någon säkerhetsklassning alls. Av de som gjort någon klassning är det 65 procent som har använt SKL:s verktyg KLASSA.¹² Fem kommuner (3 procent) uppgav att de gjort informationsklassning utifrån Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB:s) modell¹³. Andra kommuner har tagit fram egna modeller för klassning.

För att samordna informationssäkerhetsarbetet har en majoritet av kommunerna en anställd person, 71 procent. Av dessa var det 48 procent som hade en heltidsresurs eller mer för detta arbete. Endast 5 kommuner (3 procent) hade mer än en heltidsresurs. I kommuner som uppgav att de har mindre än en heltidsresurs var det ofta en IT-chef, eller andra avdelningschefer som hade informationssäkerhetsansvaret som en del i sin tjänst. Cirka 8 procent av kommunerna delar informationssäkerhetsansvaret med andra kommuner. I 90 procent av kommunerna ligger informationssäkerhetsansvaret centralt, under kommunstyrelsen eller stadsledningskontoret, på den centrala IT-avdelningen eller motsvarande. I andra kommuner finns funktionen i räddningstjänsten, socialförvaltningen eller stadsdelsförvaltningarna.

Säker hantering av identiteter och behörigheter för socialtjänstens personal

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

¹² <https://klassa-info.skl.se/>

¹³ MSB <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/25602.pdf>.

Utöver detta brukar kommunens hälso- och sjukvårdspersonal ha tillgång till nationella system, till exempel kvalitetsregister inom äldreomsorgen, NPÖ eller Pascal. Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, där patienten får sina mediciner fördelade i påsar. 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. Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna. För åtkomst till personuppgifter i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården krävs en stark autentisering. Med detta avses i de flesta fall att medarbetaren har en e-legitimation som är kopplad till en katalog där rollerna finns angivna. Medarbetaren använder e-legitimationen vid inloggning till systemen tillsammans med en personlig pinkod eller ett engångslösenord.

I tabell 10 anges hur stor andel av kommunerna som har digitala verksamhetssystem och andra it-baserade system som kräver en stark autentisering. I 13 procent av kommunerna kräver alla system en stark autentisering vid inloggning, enligt 2019 års enkätsvar. I 80 procent av kommunerna kräver en del system en stark autentisering för inloggning, och i 7 procent av kommunerna har man inga system som kräver en säker inloggning.

Flera kommuner beskriver i fritextsvaren i enkäten att de arbetar med systemen för att införa en säker roll- och behörighetsidentifikation. Nationella system såsom kvalitetsregister, NPÖ och Pascal kräver säker roll- och behörighetsidentifikation men många lokala verksamhetssystem kräver inte det. I flera kommuner beskriver man att stark autentisering krävs för att komma åt verksamhetssystemet utifrån, till exempel via mobila enheter, men inte när personalen använder den stationära datorn som är uppkopplad i kommunens nätverk.

Tabell 10. Andel kommuner där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver stark autentisering för inloggning, i %

	2014 (n=199)	2015 (n=233)	2016 (n=233)	2017 (n=235)	2018 (n=231)	2019 (n=203)
Inga	34	12	10	11	8	7
Delvis	47	69	66	64	70	80
Alla	19	19	24	25	22	13
Totalt	100	100	100	100	100	100

Fram till 2017 var det en svagt positiv utveckling i antalet kommuner som använde stark autentisering för att personalen skulle få tillgång till personuppgifterna i verksamhetssystemen och i andra system där personuppgifter behandlas. I årets enkät ses en minskning i andelen kommuner som har säkrat samtliga system medan andelen kommuner som har säkrat delar av systemen har ökat. Andel kommuner som inte har säkrat några system har minskat med åren, så även 2019.

Socialstyrelsen gjorde telefonintervjuer med några av de kommuner som 2018 angav att de säkrat samtliga system men i år inte hade gjort det, alltså

de kommuner som gav intryck av att ha en sämre informationssäkerhet 2019 än 2018. De flesta av de intervjuade kommunerna menar att de inte har en sämre informationssäkerhet än tidigare, snarare tvärtom. Däremot är det olika personer som har besvarat enkäten de olika åren och de har troligen tolkat frågan på olika sätt. Dessutom var frågan något annorlunda formulerad vilket också kan ha bidragit till de olika tolkningarna.

Kommunal hälso- och sjukvårdspersonal

Olika personalgruppers möjligheter att logga in på ett säkert sätt skiljer sig också åt. Hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation i större omfattning än socialtjänstpersonalen. Enligt tabell 11 är det en majoritet av kommunerna (93 procent) där all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder en stark autentisering vid inloggning i verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas.

Tabell 11. Andel kommuner där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder stark autentisering för inloggning, i %

	2015 (n=206)	2016 (n=203)	2017 (n=206)	2018 (n=210)	2019 (n=203)
Ingen	0	0	0	2	3
Färre än hälften	0	1	1	1	0
Cirka hälften	0	0	0	0	1
Mer än hälften	4	5	6	5	3
Alla	96	94	93	92	93
Totalt	100	100	100	100	100

I 2015 års enkätundersökning krävde 96 procent av kommunerna att all hälso- och sjukvårdspersonal använder säker roll- och behörighetsidentifikation i kommunala verksamheter.

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

Myndighetsutövningen

Socialtjänstpersonalen använder inte i lika hög utsträckning som hälso- och sjukvårdspersonalen stark autentisering. Inom socialtjänsten är det också skillnad mellan myndighetsutövningen (handläggningen av ärenden) och verksamheter som utför socialtjänst, till exempel hemtjänstgrupper och särskilda boenden.

I myndighetsutövningen har det sedan 2015 varit en positiv utveckling, för allt fler handläggare använder en stark autentisering. Andelen kommuner där all handläggande personal använder en stark autentisering vid inloggning i verksamhetssystemen har ökat, från 41 procent 2015 till 52 procent 2018 (se tabell 12).

Tabell 12. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder stark autentisering för inloggning, i %¹⁴

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

I 2019 års enkät ombads kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde. Det framgår av tabell 13 att svaren skiljer sig åt beroende på verksamhetsområde. Inom äldreomsorgen är det 78 procent av kommunerna där all handläggande personal använder stark autentisering, och inom området barn och unga och familjerätt är andelen 44 procent. Av tabell 13 framgår också att i 43 procent av kommunerna använder den handläggande personalen inom familjerätt inte alls stark autentisering.

Tabell 13. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder stark autentisering för inloggning, per verksamhetsområde, 2019, i % (n=203)

	Ingen	Färre än hälften	ca hälften	Mer än hälften	Alla
Barn och unga	34	16	2	4	44
Ekonomiskt bistånd	34	14	2	4	46
Familjerätt	43	10	1	2	44
Vuxna med missbruksproblem	32	11	2	5	50
Funktionshinder	10	8	1	5	76
Äldreomsorg	7	7	2	6	78

Utförande verksamheter

Mellan 2015 och 2018 ökade andelen kommuner där all utförande personal använde stark autentisering (se tabell 14), medan andelen där ingen eller färre än hälften av personalen använder det minskade.

Tabell 14. Andel kommuner där den berörda utförande socialtjänstpersonalen använder stark autentisering för inloggning, i %

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

¹⁴ Frågan ställdes inte i 2014 års enkät

I 2019 års enkät ombads kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde och i tabell 15 framgår det att svaren skiljer sig åt beroende på verksamhetsområde. I mellan 24 och 32 procent av kommunerna använder all personal stark autentisering när de loggar in i verksamhetssystemen, beroende på verksamhetsområde. Inom området barn och unga är det 46 procent av kommunerna där ingen personal använder stark autentisering och i 32 procent av kommunerna använder all personal stark autentisering. Mönstret är detsamma för samtliga verksamhetsområden, det är vanligare att personalen inte använder stark autentisering än att de gör det.

Tabell 15. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i utförarverksamheterna använder stark autentisering för inloggning i %, (n=203)

	Ingen	Färre än hälften	ca hälften	Mer än hälften	Alla
Barn och unga	46	17	1	4	32
Arbetsmarknadsinsatser	61	12	1	2	24
Vuxna med missbruksproblem	48	16	1	4	32
Funktionshinder	33	34	3	6	24
Äldreomsorg	27	38	1	6	27

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

Läsa och dokumentera mobilt

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

Hälso- och sjukvårdspersonal

Det är en begränsad andel av den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen som har möjlighet att läsa och dokumentera mobilt. I 34 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i de egna verksamhetssystemen och i 37 procent av kommunerna har ingen av hälso- och sjukvårdspersonalen utrustning för att läsa mobilt (se tabell 16).

Tabell 16. Andel kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem, i %

	2015 (n=204)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)
Ingen	70	62	55	43	37
Färre än hälften	22	21	20	26	19
Cirka hälften	0	2	2	0	3
Mer än hälften	3	4	6	7	7
Alla	5	11	17	24	34
Totalt	100	100	100	100	100

Sedan 2015 har det skett en markant utveckling. I 5 procent av kommunerna var det då möjligt för samtlig mobil hälso- och sjukvårdspersonal att läsa mobilt. I år, 2019, var det 34 procent. Andelen kommuner där ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till att läsa mobilt har minskat från 70 till 37 procent under samma period.

Av tabell 17 framgår att all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i 32 procent av kommunerna har möjlighet att dokumentera i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret.

I 36 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter den utrustning som krävs för att dokumentera mobilt.

Tabell 17. Andel kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, i %

	2015 (n=201)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)
Ingen	73	62	58	45	36
Färre än hälften	19	21	19	27	21
Cirka hälften	0	2	1	2	3
Mer än hälften	3	4	5	3	7
Alla	5	11	16	23	32
Totalt	100	100	100	100	100

Det har således skett en utveckling i kommunerna också när det gäller att dokumentera mobilt sedan 2015. Då var det i 5 procent av kommunerna som all mobil hälso- och sjukvårdspersonal kunde dokumentera mobilt. I år, 2019, var det 32 procent. Andelen kommuner där ingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till att läsa mobilt har minskat från 73 till 36 procent under samma period.

När den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen utför sina arbetsuppgifter utanför kontoret kan de behöva uppgifter från NPÖ för att ta reda på vad andra vårdgivare har gjort, till exempel en vårdavdelning på sjukhuset. De kan även behöva kontrollera i Pascal vilka mediciner en patient

har förskrivna. I 31 procent av kommunerna har all legitimerad personal tillgång till NPÖ eller Pascal mobilt. I 38 procent av kommunerna har ingen personal möjlighet att ta del av uppgifter i NPÖ eller Pascal mobilt (se tabell 18.)

Tabell 18. Andel kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har utrustning för att läsa mobilt i nationella system, i %

	2015 (n=202)	2016 (n=205)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)
Ingen	77	66	59	48	38
Färre än hälften	16	18	19	26	20
Cirka hälften	0	3	1	1	3
Mer än hälften	4	3	5	3	8
Alla	5	10	16	22	31
Totalt	100	100	100	100	100

Det har skett en positiv utveckling av användningen av mobil utrustning för att läsa i nationella system under mätperioden. År 2015 hade all mobil hälso- och sjukvårdspersonal i 5 procent av kommunerna möjlighet att läsa i nationella system (NPÖ och Pascal) och 2019 var det 31 procent av kommunerna. Det är alltså en högre andel kommuner där all personal kan läsa i nationella system 2019 än tidigare.

Den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen kan också behöva föra in uppgifter i nationella system. I 27 procent av kommunerna har all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att mobilt tillföra uppgifter i nationella system (se tabell 19). I 42 procent av kommunerna har dock ingen mobil personal den möjligheten.

Tabell 19. Andel kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen kan tillföra uppgifter i nationella system mobilt, i %

	2015 (n=195)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)
Ingen	77	64	63	51	42
Färre än hälften	16	20	15	26	20
Cirka hälften	0	2	1	1	3
Mer än hälften	2	3	6	2	8
Alla	5	11	15	20	27
Totalt	100	100	100	100	100

Det har även skett en positiv utveckling när det gäller möjligheten att dokumentera mobilt i nationella system under mätperioden. År 2015 kunde all mobil hälso- och sjukvårdspersonal i 5 procent av kommunerna läsa i nationella system (NPÖ och Pascal) medan motsvarande andel för 2019 var 27 procent.

Socialtjänstpersonal

Hemtjänstpersonal och annan mobil socialtjänstpersonal kan behöva uppgifter från kommunens verksamhetssystem när de utför sina uppgifter utanför kontoret. I 31 procent av kommunerna har ingen personal tillgång till mobil utrustning för att läsa i verksamhetssystemet när de till exempel besöker en person i hemmet och i 14 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal tillgång till kommunens verksamhetssystem mobilt (se tabell 20).

Tabell 20. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen kan läsa mobilt i verksamhetssystemet, i %

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

Sedan 2015 har andelen kommuner där all mobil socialtjänstpersonal kan läsa mobilt i verksamhetssystemen ökat från 6 till 14 procent. Andelen kommuner där ingen socialtjänstpersonal har utrustning för att läsa mobilt har minskat, från 55 procent 2015 till 31 procent 2018.

I 2019 års enkät ombads kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde och resultatet framgår av tabell 21. I 50 procent av de kommuner som besvarat enkäten har all hemtjänstpersonal möjlighet att dokumentera mobilt. Inom de andra verksamhetsområdena är det mellan 10 och 20 procent av kommunerna där all personal har denna möjlighet. Totalt har det alltså skett en rejäl ökning sedan 2018 då snittet för alla verksamhetsgrenar var 14 procent (jämför med tabell 20). På motsvarande sätt är det en mindre andel kommuner där ingen hemvårdspersonal kan läsa i verksamhetssystemen mobilt jämfört med personal i de övriga verksamhetsområdena.

Tabell 21. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen kan läsa mobilt i verksamhetssystemet, per verksamhetsområde, 2019, i % (n=200)

	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla
Barn och unga	61	12	3	5	19
Arbetsmarknadsinsatser	73	11	2	4	10
Vuxna med missbruksproblem	63	12	2	6	17
Personer med funktionsnedsättning	38	28	6	8	20
Hemtjänst i ordinärt boende	28	15	1	6	50

Vid hembesök och annat arbete utanför kontoret har personalen allt större möjlighet att dokumentera mobilt. Mellan 2015 och 2018 ökade andelen

kommuner där all personal kan dokumentera mobilt ökat från 5 till 12 procent. Samtidigt minskade andelen kommuner där ingen i personalen har denna möjlighet, från 58 till 37 procent (se tabell 22).

Tabell 22. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen kan dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, i %

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

I 2019 års enkät ombads kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde och resultaten framgår i tabell 23. I 43 procent av de kommuner som besvarat enkäten har all hemtjänstpersonal möjlighet att dokumentera mobilt. Inom de andra verksamhetsområdena är andelen betydligt mindre.

Tabell 23. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen har utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, per verksamhetsområde, 2019, i % (n=200)

	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla
Barn och unga	57	9	2	5	16
Arbetsmarknadsinsatser	64	10	2	3	9
Vuxna med missbruksproblem	58	9	2	5	16
Personer med funktionsnedsättning	43	23	8	5	15
Hemtjänst i ordinärt boende	32	15	1	6	43

Den nationella patientöversikten

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

Samtliga regioner har tidigare anslutit sig till NPÖ och kan därmed dela patientinformation, såväl mellan sig som med kommunala och privata vårdgivare. Många kommuner och ett mindre antal privata vårdgivare är också anslutna som konsument, men bara ett mindre antal kommuner och privata vårdgivare kan producera information till NPÖ.

Tabell 24. Användning av den nationella patientöversikten¹⁵

		feb-14	feb-15	feb-16	feb-17	feb-18	feb-19
Antal kommuner som kan läsa i NPÖ		137	217	235	261	272	272
Antal unika användare	Totalt	1 313	2 216	6 822	11 308	16 643	22 786
	Varav kommuner			3 281	4 568	6 241	7 613
Antal slagningar	Totalt	7 065	13 372	39 535	66 983	114 865	188 234
	Varav kommuner			26 711	38 974	62 138	86 776
Antal slagningar per unik användare	Totalt	5,4	6	5,8	5,9	6,9	8,3
	Varav kommuner			8,14	8,5	10	11,4
Antal patienter	Totalt	-	-	19 669	34 850	55 231	90 442
	Varav kommuner			10 812	15 483	22 153	29 968

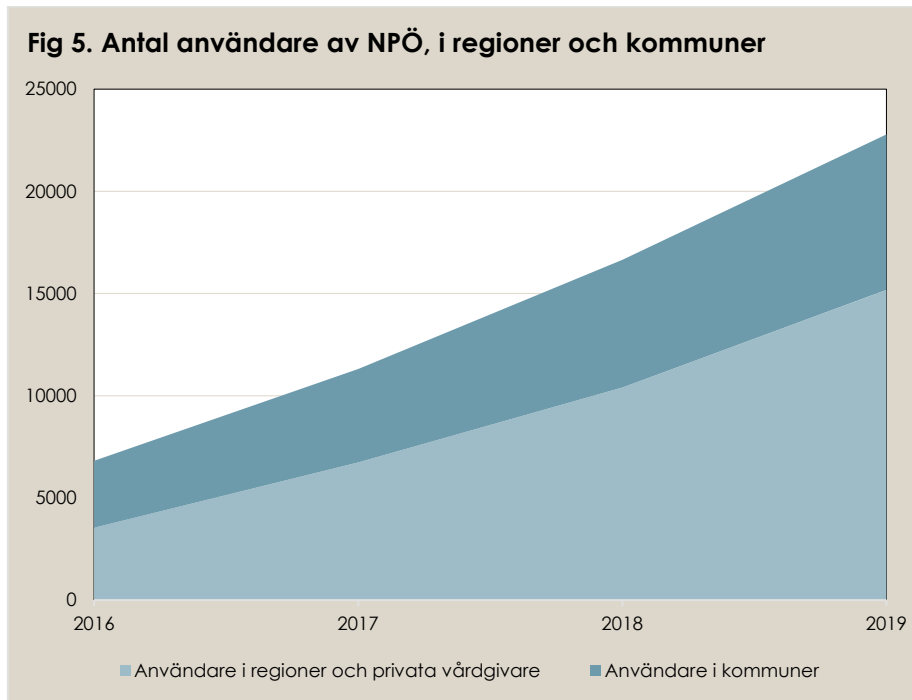
Källa: Inera

Av tabell 24 framgår att det totalt var 272 kommuner (cirka 94 procent) som i februari 2019 hade anslutit någon eller några av sina vårdenheter till NPÖ. Detta är en ökning med nästan 100 procent sedan februari 2014 då 137 kommuner var anslutna. Användningen av systemet har också ökat markant sedan 2014. Ingen ökning har dock skett sedan 2018.

Det totala antalet unika användare ökade med en faktor 17 mellan 2014 och 2019 och år 2019 var nästan 23 000 unika användare registrerade i NPÖ. Detta kan jämföras med antalet anställda personer i vården. I november 2017 fanns det cirka 32 000 läkare anställda i regioner och landsting, och cirka 68 000 sjuksköterskor. I kommunerna fanns cirka 15 000 sjuksköterskor. Det finns en lång rad andra yrkeskategorier som också kan tänkas ha nytta av NPÖ: barnmorskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter mm. En grov uppskattning ger att andelen anslutna användare utgör cirka 20 procent av antalet läkare i regionerna och sjuksköterskorna i regioner och kommuner. Det är med andra ord en mindre andel av hälso- och sjukvårdspersonalen som är ansluten till NPÖ.

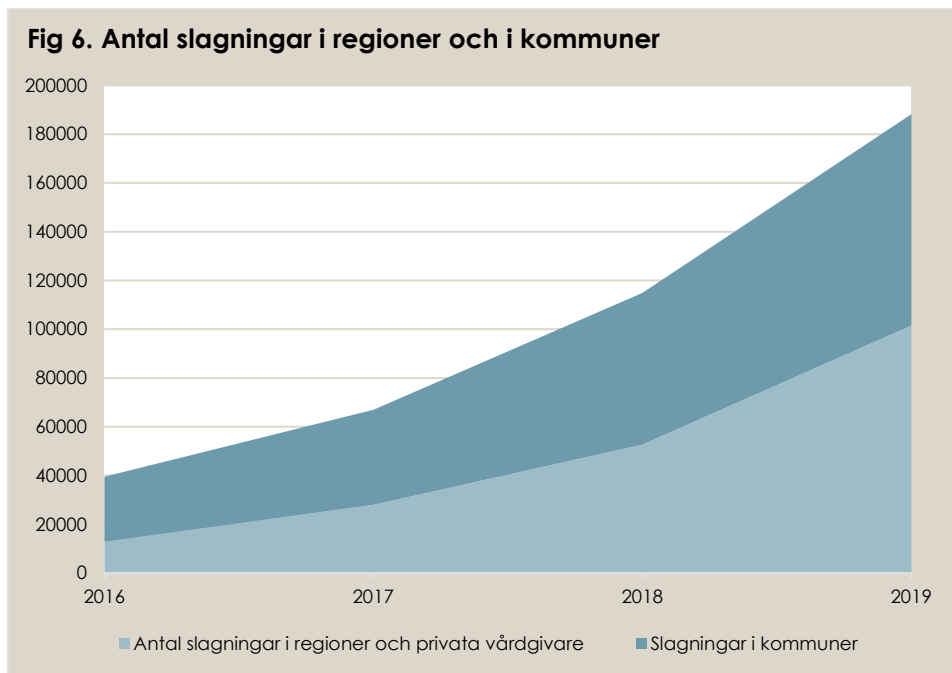
Antalet slagningar i systemet ökade med en faktor 27 under samma period. Av figur 5 illustreras ökningen av antalet användare av NPÖ i kommuner respektive regioner och privata vårdgivare under perioden 2016 till 2019.

¹⁵ Inera lanserade en ny version av NPÖ i slutet av 2015. Uppgifterna om unika användare och antal slagningar för 2014 och 2015 är därför inte helt jämförbara med 2016 och 2017. Uppgifter om antal patienter saknas för 2014 och 2015.



Av tabell 24 framgår att kommunerna gör fler slagningar per unik användare än landstingen. De kommunala användarna gjorde 11,4 slagningar (sökningar), per användare i februari 2019, medan alla användare i kommuner, landsting, regioner och privata vårdgivare gjorde 8,3 slagningar.

Av figur 6 framgår ökningen av antalet slagningar i kommuner respektive regioner och privata vårdgivare.



Om en kommun ansluter sig till NPÖ som producent kan de göra sina journaluppgifter om enskilda vårdtagare tillgängliga för de andra vårdgivarna

som är anslutna till NPÖ. Enligt Inera är det 23 kommuner som kan producera material i NPÖ, varav 5 ligger i Blekinge län. Det är således en liten andel av kommunerna som kan producera i NPÖ¹⁶.

Strukturerad dokumentation

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

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

Strukturerad dokumentation används exempelvis i Individens behov i centrum (IBIC) inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet [12]. IBIC bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)[13]. Inom barnområdet finns Barns behov i centrum (BBIC) [14]. En strukturerad dokumentation förutsätter att den görs i ett digitalt verksamhetssystem. Idag har alla landets kommuner digitala verksamhetssystem för sin myndighetsutövning men inte i alla utförarverksamheter. Detta innebär att förutsättningarna delvis är olika för handläggningen och för utförarverksamheterna.

I kommunerna används strukturerad dokumentation i varierande omfattning. Av tabell 25 framgår att majoriteten av kommunerna (95 procent) har infört strukturerad dokumentation i myndighetsutövningen av barnärenden. Den höga andelen inom detta område beror framför allt på att BBIC är ett väl etablerat system för att dokumentera utredningar, insatser och uppföljningar för barn och unga. Systemet har funnits i Sverige sedan 2006.

Cirka 71 procent av kommunerna använder strukturerad dokumentation i sin myndighetsutövning inom äldreomsorgen. Vidare är det 59 procent av kommunerna som använder strukturerad dokumentation i arbetet med vuxna med missbruksproblem och 65 procent i insatser för personer med funktionsnedsättningar. Det är alltså relativt många kommuner som anger att man använder en strukturerad dokumentation i handläggningen. Av enkätsvaren

¹⁶ <https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/Nationell-patientoversikt/anslutna-vardgivare-i-npo/>

framgår dock inte i vilken grad den strukturerade dokumentationen används i kommunen. Vi vet inte i hur stor andel av samtliga ärenden som den används eller i vilken typ av ärenden.

Tabell 25. Andel kommuner som inom myndighetsutövningen använder en strukturerad dokumentation i verksamhetssystemet, i %

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Barn och unga	88	95	93	88	81	95
Ekonomiskt bistånd	26	28	27	23	35	50
Familjerätt	27	25	24	23	35	52
Vuxna med missbruksproblem	62	72	71	47	49	59
Personer med funktionsnedsättning	17	18	19	26	43	65
Äldreomsorg	19	27	32	41	57	71

Av tabell 25 framgår att det från 2014 har varit en positiv utveckling av kommunernas användning av strukturerad dokumentation, särskilt inom funktionshinderområdet och äldreomsorgen. En förklaring till detta kan vara att Socialstyrelsen har haft ett särskilt uppdrag sedan 2013, att implementera arbetssätten Äldres behov i centrum (ÄBIC) och sedan 2016 Individens behov i centrum (IBIC) i kommunerna. Detta har bland annat inneburit riktade utbildningsinsatser i kommunerna.

I socialtjänstens utförarled är det färre kommuner som använder strukturerad dokumentation än i myndighetsutövningen. Det är 82 procent av kommunerna som angett att de använder strukturerad dokumentation inom området barn och unga. Detta hänger sannolikt samman med att BBIC som används inom handläggningen inom barnområdet inte ger stöd till dokumentationen i utförarledet. De områden där lägst andel av kommunerna använder strukturerad dokumentation är familjerätten och vuxna med missbruksproblem, 55 respektive 57 procent av kommunerna (se tabell 26).

Tabell 26. Andel kommuner vars socialtjänstpersonal i utförarledet och i den kommunala hälso- och sjukvården använder en strukturerad dokumentation i verksamhetssystemet, i %

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Barn och unga	76	74	76	70	68	82
Familjerätt	19	21	22	18	33	55
Vuxna med missbruksproblem	45	53	57	26	44	57
Funktionshinder	13	14	16	19	34	66
Arbetsmarknadsinsatser	–*	7	13	12	48	52
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	10	16	17	23	43	66
Äldreomsorg, särskilt boende och dagverksamhet	10	15	16	23	52	67
Hemsjukvård i ordinärt boende	19	38	35	41	61	70
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	20	40	35	42	62	70

* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för arbetsmarknadsinsatser

Tabell 26 visar en ökning av andelen kommuner som använt strukturerad dokumentation i utförarledet under perioden 2014–2019. Det har varit en markant ökning inom samtliga verksamhetsområden förutom barn och unga och vuxna med missbruksproblem. Förklaringen till detta är troligen att det inom dessa områden sedan tidigare funnits system som underlättar en strukturerad dokumentation. BBIC inom barnområdet och Addiction Severity Index (ASI) för missbruksområdet. En förklaring till den relativt kraftiga uppgången mellan 2018 och 2019 kan vara att allt fler kommuner har verksamhetssystem som ger möjlighet till mobil dokumentation och att det i dessa finns möjligheter att dokumentera med stöd av ICF och Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI).

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

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

Av tabell 27 framgår att mellan 13 och 58 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används det inom äldreomsorgen (58 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (13 procent).

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

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Barn och unga	7	14	18	19	18	23
Ekonomiskt bistånd	*	4	5	7	10	13
Vuxna med missbruksproblem	4	7	8	9	11	15
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	10	14	20	23	32	47
Äldreomsorg	14	26	29	37	44	58

* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för ekonomiskt bistånd

Sedan 2014 års undersökning har användningen av klassifikationen ICF ökat. Inom till exempel myndighetsutövning för funktionshinderområdet har andelen ökat från 10 procent 2014 till 47 procent 2019. Inom äldreområdet har användningen ökat från 14 till 58 procent. Även inom övriga socialtjänstområden har användningen ökat.

I utförarledet i kommunala verksamheter används ICF framför allt inom hälso- och sjukvården. I hemsjukvården i ordinärt boende och i hälso- och sjukvård i särskilda boenden är det 82 procent av kommunerna som använder ICF. Inom socialtjänstverksamheterna är det betydligt färre kommuner som använder ICF, mellan 8 och 46 procent beroende på verksamhetsområde (se tabell 28).

Tabell 28. Andel kommuner där socialtjänstpersonal i utförarledet och hälso- och sjukvårdspersonal använder ICF i den digitala individdokumentationen, i %

	2015	2016	2017	2018	2019
Barn och unga	8	14	14	13	20
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	12	17	18	28	39
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8	12
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26	36	45
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	19	20	25	37	46
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6	8
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	72	77	75	82
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	72	78	76	82

Av tabell 28 framgår att användningen av ICF i socialtjänstens utförarled och i den kommunala hälso- och sjukvården har ökat sedan 2015. I den kommunala hälso- och sjukvården är det stor andel av kommunerna som använder ICF medan det inom socialtjänstens olika verksamhetsgrenar är mindre än 50 procent.

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI)

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) [15] gör det möjligt att på ett enhetligt och jämförbart sätt benämna och beskriva de insatser och aktiviteter inom socialtjänsten som utförs enligt

- socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)
- lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)
- lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)
- föräldrabalken.

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

Av tabell 29 framgår att mellan 10 och 23 procent av kommunerna har infört KSI i sin dokumentation inom myndighetsutövningen, beroende på verksamhetsområde. Störst andel kommuner använde KSI inom ekonomiskt bistånd och lägst andel inom missbruksområdet och funktionshinder.

Tabell 29. Andel kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder KSI i den digitala individdokumentationen, i %

	2018 (n=231)	2019 (n=203)
Barn och unga	7	14
Ekonomiskt bistånd	6	23
Vuxna med missbruksproblem	6	10
Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	7	10
Äldreomsorg	10	19

I enkäten 2018 angav ett flertal kommuner att de hade för avsikt att införa KSI under 2018. Detta har också visat sig i årets uppgifter då närmare dubbelt så många kommuner som 2018 använder KSI i dokumentationen. Inom ekonomiskt bistånd har andelen kommuner som använder KSI ökat nästan fyra gånger sedan 2018. Ökningen har varit markant, dock från låga nivåer.

Inom utförarverksamheterna i socialtjänsten använder kommunerna KSI i mindre utsträckning än inom myndighetsutövningen. Det har dock skett en markant ökning mellan 2018 och 2019, framförallt inom kommunernas verksamheter för arbetsmarknadsåtgärder där andelen kommuner har ökat från 3 till 16 procent. Se tabell 30.

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

	2018 (n=231)	2019 (n=203)
Barn och unga	4	9
Arbetsmarknadsåtgärder	3	16
Vuxna med missbruksproblem	4	7
Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	5	5
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	8	14
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamheter	7	17

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

KVÅ är en klassifikation av åtgärder inom hälso- och sjukvården [16]. Den anger hur berörd personal ska gruppera, eller klassificera, en utförd åtgärd, det vill säga vilken kategori och grupp åtgärden eller stödinsatsen ska tillhöra i en hierarkiskt uppbyggd struktur.

Klassifikationen anger också vilken kodbeteckning, så kallad åtgärdskod, som man ska använda vid dokumentation. Av tabell 31 framgår att 79 procent av kommunerna använder KVÅ i hemsjukvård i ordinärt boende samt hälso- och sjukvård i särskilda boenden.

Tabell 31. Andel kommuner som använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen, i %

	2015	2016	2017	2018 (n=210)	2019 (n=182)
Hemsjukvård i ordinärt boende	39	43	40	45	79
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	41	44	40	45	79

År 2015 var andelen kommuner som använde KVÅ i hemsjukvård 43 procent, och i hälso- och sjukvården i särskilt boende var den 44 procent. Det har skett en kraftig ökning av användningen av KVÅ i den kommunala hälso- och sjukvården under mätperioden, sedan 2018. En förklaring till detta är att Socialstyrelsen ställer nya krav på användning av KVÅ i inrapportering av hälso- och sjukvårdsstatistik. Den 1 januari 2019 trädde en ny föreskrift i kraft som påverkar kommunernas uppgiftsskyldighet när det gäller KVÅ: Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:67 om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den innebär bland annat att kommunerna är skyldiga att lämna ytterligare uppgifter utöver de som de lämnar tidigare. Kommunerna ska lämna uppgifter på detaljerad nivå om vidtagna vårdåtgärder som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den utökade skyldigheten, d.v.s. den som gäller vårdåtgärder, gäller bara kommunala verksamheter och inte åtgärder som utförs av privata vårdgivare.

Med tanke på att det är ett krav att rapportera in hälso- och sjukvårdsstatistiken i KVÅ-koder borde samtliga kommuner rapportera att de använder KVÅ. Socialstyrelsen konstaterar dock att 91 kommuner har i samband med årets första inrapportering meddelat att de inte kan rapportera in KVÅ-koder från januari 2019 och begärt respekt med denna inrapportering i upp till ett år. Orsaken som uppges är att de varit tvungna att upphandla nya verksamhets-system och utbilda personalen i handhavandet av dessa.

Kommunernas styrande dokument

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

Svaren visar att cirka 67 procent av kommunerna har tagit fram något styrande dokument som i sin tur har antagits av kommunfullmäktige, av en nämnd eller på tjänstemannanivå. Vanligast är att styrdokumentet har antagits på nämndnivå (50 procent), därefter på tjänstemannanivå (20 procent) och av kommunstyrelsen (30 procent). Flera kommuner anger i fritextsvar att de har styrande dokument på flera nivåer.

För att driva utvecklingen har en majoritet av kommunerna anställt en resurs för att utveckla e-hälsa, välfärdsteknik och/eller digitalisering. Cirka 77 procent av kommunerna hade en sådan resurs. Av tabell 32 framgår att 28 kommuner (18 procent) har en personalresurs på mellan 10 och 25 procent för detta utvecklingsarbete. Det är också 17 kommuner (11 procent) som har två heltidsresurser eller mer för utvecklingsarbete. I huvudsak är det de större kommunerna som har flera heltidsresurser. Men det finns också mellanstora kommuner som har över två heltidsresurser anställda för utvecklingsarbete.

Tabell 32. Personalresurser för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i socialtjänsten. Antal och andel kommuner

Andel personalresurs i %	Antal kommuner	Andel kommuner i %
10-25	28	18
26-50	37	24
51-75	7	4
76-100	46	29
101-200	21	13
201<	17	11
Totalt	156	100

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

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

För att den enskilda ska kunna känna trygghet med e-tjänster och välfärdsteknik är det viktigt att kommunerna arbetar systematiskt med kvaliteten i hela systemet.

Socialstyrelsen frågade i enkäten om kommunen har ett ledningssystem för sitt systematiska kvalitetsarbete som omfattar e-tjänster och välfärdsteknik. Av kommunernas svar framgår att 53 procent av kommunerna har ett ledningssystem som omfattar välfärdsteknik¹⁷ och 19 procent har ett som omfattar e-tjänsterna.¹⁸

Ett flertal kommuner lämnade kommentarer i enkäten angående ledningssystem. Majoriteten av dessa handlade om att kommunen arbetar med frågan, gör processkartläggningar, håller på med implementering eller planerar att införa ett ledningssystem eller uppdatera ett befintligt. Några kommuner kommenterade att de har ett ledningssystem som avser trygghetslarmen men inte övrig välfärdsteknik eller e-tjänster.

I föreskriften definieras några områden som särskilt viktiga att ta hänsyn till i kvalitetsarbetet. I enkäten frågade vi därför även om kommunerna i dessa ledningssystem hade

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

Av tabell 33 framgår att kommunerna har kommit olika långt när det gäller innehållet i sina respektive ledningssystem. De har kommit längst när det gäller att ta fram rutiner för att säkra kvaliteten i införande och handhavande och för att beskriva och fastställa processerna för välfärdsteknik. Det är en något mindre andel som har rutiner för riskanalyser och egenkontroller.

¹⁷ I 2018 års enkät gällde en fråga om ledningssystemet omfattade trygghetslarm. I året enkät frågade Socialstyrelsen inte om trygghetslarmen då dessa är att betrakta som en typ av välfärdsteknik.

¹⁸ Endast cirka en tredjedel av kommunerna har någon e-tjänst. Därför är det en högre andel kommuner som har ett ledningssystem för kvalitetsarbete som avser e-tjänster, av de kommuner som har e-tjänster.

Tabell 33. Ledningssystem för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, i %

Andel kommuner som i ledningssystemet har:	Välfärdsteknik (n=107)	E-tjänster (n=39)
identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift	85	59
tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift	90	67
rutiner för riskanalys	73	64
rutiner för egenkontroll för att säkra kvaliteten	80	59

Intervjuer med omsorgsföretag

I detta kapitel redogörs för intervjustudien som genomförts i tolv omsorgsföretag. Bland de intervjuade företagen är fem små företag (upp till 50 anställda), fyra mellanstora (mellan 51 och 200 anställda) och tre stora (över 201 anställda, som mest cirka 8 000 anställda i Sverige). Åtta av företagen har hemtjänst som huvudsaklig, eller enda, verksamhet och fyra driver särskilda boenden för äldre. De personer som intervjuades var vd eller verksamhetschef i de mindre företagen och i de större var intervjupersonen affärsområdeschef, kvalitetsdirektör eller verksamhetsutvecklare.

De intervjuade företagens avtal med kommunerna ser olika ut. En majoritet har avtal enligt LOV med en eller två kommuner. Här återfinns samtliga åtta intervjuade hemtjänstföretag. De två största företagen är verksamma i många kommuner runt om i landet och de har olika avtal enligt både LOV och verksamhet på entreprenad. I båda dessa företag är särskilda boenden för äldre den huvudsakliga verksamheten, varav ett företag också bygger och driver sådana boenden i egen regi. Därutöver finns ett mellanstort företag som driver ett boende i egen regi och ett stort företag som driver ett boende med avtal enligt LOV.

Hemtjänstföretagen är hänvisade till kommunernas dokumentationssystem och lösningar

I avtalen med hemtjänstföretagen ställer kommunerna krav på företagen att dokumentera i kommunernas verksamhetssystem. Kommunerna tillhandahåller systemen och ger utbildning och support i systemen. För att företagets personal ska kunna läsa och dokumentera mobilt behöver kommunen ha infört digitala arbetssätt och kravställt detta i avtalen med företagen. De krav som ställs i upphandlingarna får mycket stor betydelse för företagen.

De företag som kan läsa och dokumentera mobilt uppger att det sparar mycket tid och underlättar arbetet. Så här beskriver en intervjuperson det mobila arbetet:

Med den digitala dokumentationen som görs direkt av personalen mobilt i appar så har all personal omedelbart tillgång till uppgifter om brukarna. Detta innebär att man inte har behov av fysiska möten för överlämning av uppgifter om kunderna. Den digitala dokumentationen ger en större säkerhet och rättssäkerhet och mer trygghet för kunderna. Det är mindre papper och inte samma risker att personalen ska tappa bort papper som är sekretessbelagda.

I en kommun har de mobila lösningar som finns i den kommunala hemtjänsten inte gjorts tillgängliga för de privata utförarna.

Hemtjänstföretag som är verksamma i mer än en kommun måste dokumentera i flera verksamhetssystem, om kommunerna använder olika system. Det innebär att personalen behöver förhålla sig till olika gränssnitt och växla mellan appar, inloggningssätt och lösenord. Det förekommer också att flera system som fyller olika funktion används parallellt i en och samma kommun. Till exempel kan dokumentation, tidmätning och information om den enskilda finnas i olika system och appar. Ofta har företagen egna lösningar för den digitala planeringen av arbetet. I vissa fall kan den integreras med verksamhetssystemet, men inte alltid.

För att kunna använda systemen, mobila lösningar och applikationer krävs att företagen har datorer och mobiltelefoner som är kompatibla med programvaran, samt de licenser som krävs. Företag som använder flera olika verksamhetssystem, måste säkerställa den tekniska utrustningens kompatibilitet med de olika systemen. Det kan innebära ytterligare kostnader och licensavgifter.

I intervjuerna framkommer två undantag från kravet på dokumentation i kommunens system. En kommun har inte gjort verksamhetssystemet tillgängligt för privata utförare. I stället kan företaget välja vilket system de använder för dokumentationen. I en annan kommun har kommunen avslutat alla privata utförarnas tillgång till verksamhetssystemet. I nuläget dokumenterar personalen istället i låsta Excel-dokument.

Kommunernas tillgång till de privata utförarnas dokumentation varierar. Det vanligaste är att kommunens handläggare kan ta del av all social dokumentation från de privata utförarna. I något fall kan kommunen läsa journalanteckningar men inte daganteckningar. När kommun och företag dokumenterar i olika system är det svårare att dela information.

Bland hemtjänstföretagen känner ungefär hälften till, och använder, strukturerad dokumentation. Samtliga uppger att det är för att kommunen kräver det. Intervjupersonerna nämner att de använder IBIC och KSI.

Boendeföretagen använder olika system beroende på typ av avtal

Företagen som driver särskilda boenden uppger att de dokumenterar i kommunens verksamhetssystem när de utför verksamhet på entreprenad och i egna system när de utför verksamhet enligt LOV eller i egen regi.

När dokumentationen sker i sina egna system kan kommunerna inte ta del av uppgifterna. Till skillnad från hemtjänstföretagen upplever boendeföretagen inte att skilda verksamhetssystem är särskilt problematiskt eftersom de har mindre behov av att dela information med kommunen regelbundet. Istället framhålls fördelar med ett helhetsansvar för verksamhetssystemet, till exempel att avvikelshantering kan följas upp och hanteras internt. Det framkommer dock önskemål om att journalanteckningar från regionens hälso- och sjukvårdspersonal skulle kunna integreras i den digitala dokumentationen.

De två företag som har flera olika boenden dokumenterar med IBIC, KSI (ett företag) och ICF. De betonar den ökade rättssäkerhet och professionalitet som kommer med ett strukturerat sätt att dokumentera. De andra två boendeföretagen dokumenterar inte strukturerat med stöd av IBIC, ICF eller KSI.

Hinder och möjligheter

Intervjupersonerna diskuterar både hinder och möjligheter kring dokumentation och digitala arbetssätt. De små hemtjänstföretagen ser kostnader som det största hindret. Även om kommunerna står för system och utbildning behövs bland annat teknisk utrustning som är kompatibel med kommunernas system. Ett annat hinder rör personalens inställning till att börja arbeta mer digitalt. Framför allt äldre medarbetare kan känna rädsla och oro inför att förändra in använda arbetssätt och använda appar och ny teknik. Det tar också tid och är förknippat med kostnader att utbilda personalen.

Den främsta möjligheten med digitala arbetssätt kan vara att det gör branschen mer attraktiv. Företagen har svårt att hitta personal och behöver använda befintlig personal på bästa sätt. Digitala arbetssätt kan användas i marknadsföring av företaget för att locka nya medarbetare. Företagen ser också fördelar med att involvera personalen i utvecklingsarbetet.

Informationssäkerhet

Liksom i kommunernas socialtjänst hanterar vård- och omsorgsföretagen information om enskilda personer. I intervjuerna ställdes frågor om arbetet med informationssäkerhet, dels förekomsten och användningen av säkra inloggningar med stark autentisering i de system som hanterar personuppgifter, dels förekomsten av informationssäkerhetsklassning och uppföljning av risker som är kopplade till informationssäkerheten.

Stark autentisering är ovanligt

Användningen av säkra inloggningar varierar. Personalen loggar som regel in i verksamhetssystemen med användarnamn och ett personligt lösenord som byts med jämna mellanrum. Det förekommer också att personal använder inloggning med stark autentisering genom exempelvis lösenord på ett lösenordskort, en kod som skickas via sms eller SITHS-kort. I företag som har anställd sjukvårdspersonal förekommer det att enbart sjukvårdspersonalen använder stark autentisering (med SITHS-kort). I flera företag finns olika sätt att logga in beroende på behörigheter till olika delar i systemen. Det innebär ofta att chefer med högre behörighet använder stark autentisering.

De flesta omsorgsföretag gör inte informationsklassningar och riskbedömningar

På frågan om arbete med informationssäkerhet nämner de flesta att de sett över hanteringen av personuppgifter i samband med att GDPR trädde i kraft 2018. Som svar på hur arbetet med informationssäkerhet ser ut i företaget nämns också att man använder krypterad kommunikation, har automatisk utloggning ur system och mobiler vid en viss tids inaktivitet, och tar fram en informationssäkerhetspolicy. Ett företag uppger att de har genomfört en informationsklassning efter att kommunen krävt detta. I övrigt har företagen inte arbetat med informationsklassning eller uppföljning av risker som är kopplade till informationssäkerheten.

Välfärdsteknik i arbetet med de enskilda

Företagen har också fått frågor som rör inställning till, och användning av, välfärdsteknik i arbetet med de enskilda. Resultatet presenteras nedan.

Tveksam inställning till välfärdsteknik

Företagen har en positiv bild av teknik och digitala lösningar som sparar tid och förenklar arbetet för personalen. Exempel på sådan teknik är lösningar för att kunna läsa och dokumentera mobilt, digitala planeringssystem, elektronisk signering av till exempel läkemedel och elektroniska lås. De upplever att sådan teknik kan förbättra arbetsmiljön genom mindre stress, ökad flexibilitet i planeringen, färre medicinavvikelser och direkt tillgång till information om den enskilda.

Bilden av teknik som är till för den enskilda är däremot en annan. Det finns en rädsla för att mänsklig kontakt ”digitaliseras bort”. Vikten av social kontakt framhålls och intervjupersonerna betonar vikten av att inte ersätta hemtjänstpersonal med teknik, exempelvis dusch- och matrobotar, och videosamtal för tillsyn under dagtid. Kameratillsyn nattetid beskrivs som ett undantag. Mobiltelefoner, surfplattor och annan teknik som många enskilda använder idag, tycker intervjupersonerna också är bra för att exempelvis hålla kontakten med barn och barnbarn.

De företag som driver boenden skiljer sig lite åt i sin syn på välfärdsteknik som är till för enskilda. De menar att tekniken är ett komplement till personal, att det inte handlar om att dra ner på personal utan att förbättra vården och omsorgen om de äldre. De ser en vinst i att kunna använda teknik till sådant som den kan göra säkrare och snabbare än människor.

Låg användning av välfärdsteknik

I de små och medelstora företagen saknas överlag välfärdsteknik som är till för de enskilda. Förutom de krav som kommunernas avtal ställer på användning av verksamhetssystem och digitala arbetssätt, finns enligt intervjupersonerna varken krav eller förväntningar på teknik i avtalen.

Det förekommer att personal hjälper den enskilda att beställa hem mat, köpa olika typer av biljetter och besöka nätläkare med hjälp av dator eller surfplatta. Det finns också enstaka erfarenheter av enskilda som har digitala medicinskåp eller nattillsyn med kamera i hemmet. Det är kommunen som beslutar om och tillhandahåller sådan välfärdsteknik och företagen förväntas använda tekniken när den finns hos de enskilda. De tar idag inga egna initiativ för att utveckla eller införa välfärdsteknik som är till för de enskilda, utan är överlag nöjda med den teknik som personalen använder för dokumentation och planering. Två intervjupersoner säger följande om användningen av välfärdsteknik:

Vi anpassar oss till kommunens krav.

Man kan inte själv bestämma om att införa teknik. Kommunen styr vad som ska införas och till stor del hur det ska göras.

De två stora intervjuade företagen skiljer sig från de övriga vad gäller utveckling och användning av välfärdsteknik. De beskriver att det i deras boenden finns olika typer av sensorer och larm, trygghetskameror som komplement till personalnattetid, VR-glasögon och appar för matlagning som de utvecklat själva. Samtidigt önskar de att de vore längre fram i utvecklingen än vad de är idag. Ett av företagen berättar följande:

Vi har försökt ha en tydlig strategi för vad vi ska ge oss in på när det gäller digitala lösningar. Redan från början har vi varit medvetna om att det måste gynna slutkunden eller förenkla och förbättra för medarbetarna. Eller det måste öka kommunikationen med våra boende och de närstående. Det är dock mycket hinder i att använda digital teknik. Infrastrukturen på våra boenden, de kommer inte alltid ut på nätet, inte där vi bygger själva men i många av entreprenaderna. Då blir det svårt att använda digital teknik.

Ett av de stora företagen beskriver att lagstiftning och oklar rättstillämpning gör att de inte utvecklar och använder teknik i den utsträckning som vore önskvärt. Frågan om tekniken får ersätta fysisk bemanning, eller bara användas som komplement, är central för företaget. Företaget är inblandat i flera rättsfall för att få juridisk vägledning hur lagstiftningen ska tillämpas.

Hinder och möjligheter

Intervjupersonerna diskuterar både hinder och möjligheter för införandet av välfärdsteknik.

Ett hinder för att införa välfärdsteknik hos enskilda rör uppkoppling och tillgång till fibernät för mycket av tekniken kräver driftsäker uppkoppling. Ett annat hinder är personalens attityd till tekniken. Det finns en rädsla för att använda teknik, men också en rädsla för att teknik ska ersätta personal. Det behövs kompetens på alla nivåer för att förändra kunskapen om, och inställningen till, tekniken, inte minst för att förändra arbetssätt när teknik införs.

Ett tredje hinder som lyfts fram är de kostnader som är förknippade med tekniken. Små företag har varken möjlighet eller mod att själva investera i teknik. Även de stora företagen lyfter fram kostnader som ett hinder, att tekniken innebär stora investeringar som inte självklart betalar sig på sikt. Även avtalens skrivningar ses som ett hinder. Om kommunen inte ställer krav på teknik, inte ger någon ersättning för digital utveckling och inte heller önskar några alternativa arbetssätt från de privata utförarna, saknas drivkraft för att utveckla arbetet med teknik.

De stora företagen lyfter också dagens oklara rättsläge som ett hinder, framförallt vad gäller teknik som i vissa situationer kan utföra en uppgift istället för personal, så som kameratillsynnattetid.

Inför framtiden säger intervjupersonerna att det är viktigt att involvera både de enskilda, personalen och företagsledningen i utvecklingsarbetet. Personal behöver utbildning och förberedelser. Man tror att det kommer att bli mer teknik än vad det är idag och det finns önskemål om att kommunerna ska vara mer aktiva med att ge information och vägledning i en sådan utveckling.

En god dialog mellan kommuner och utförare lyfts fram som en framgångsfaktor. Dessutom finns behov av stöd i hur lagstiftningen ska tillämpas vid införandet av ny teknik.

Små företag kompetensutvecklar inte personalen i teknik

Kommunerna utbildar företagen i de system, program och eventuella appar som de kräver att företagen ska använda, och ger stöd vid installation och drift. Företagen kan även få support hos de leverantörer som tillhandahåller tjänsterna. Företagen håller också själva utbildningar för personalen.

De små och mellanstora företagen utbildar sig inte inom digital teknik på andra sätt. De får ingen ersättning för sådan kompetensutveckling och det saknas resurser för att själva driva något utvecklingsarbete, utan sådant måste ske vid sidan om ordinarie arbete. Eftersom dessa företag inte har så mycket välfärdsteknik vid sidan om dokumentationssystemen, finns inte heller behov av höjd kompetens förutom när det gäller dokumentationen. De åker heller inte på mässor eller konferenser som har fokus på digitalisering och teknik.

En synpunkt som framkommer bland dessa mindre företag är att de saknar förutsättningar för att hålla sig à jour med den tekniska utvecklingen. Det är svårt att få överblick över utbudet och de skulle önska mer stöd, exempel information och handledning, från en egen IT-avdelning eller från kommunen.

De två stora företagen har egna utbildningsverksamheter i olika typ av digitala portaler. Företagen har själva tagit fram digitala utbildningar för att höja kompetensen bland personalen, i frågor som rör teknik och digitalisering och andra områden.

De stora företagen har också möjlighet att driva utvecklingen när de bygger boenden att driva i egen regi. De efterfrågar framför allt infrastruktur i form av bredband och uppkoppling på boenden, för att digital teknik ska kunna användas. De har också andra möjligheter att delta i branschgrupper och på konferenser för att dela med sig av erfarenheter och hålla sig uppdaterade om marknaden.

Vårdföretagarna efterfrågar en starkare nationell styrning

En representant för Vårdföretagarna har synpunkter på den svenska modellen för digitalisering av omsorgen. Hen menar att det behövs starkare nationell styrning för att utveckla och implementera digital teknik i omsorgen så att det blir hållbart och förutsägbart för samtliga aktörer inom sektorn socialtjänst, både offentliga och privata. I till exempel England och Estland har regeringen och nationella aktörer tagit fram en infrastruktur som främjar implementering av ny teknik i omsorgen. Vidare behövs ett regelverk som ger de privata och ideella aktörerna samma ekonomiska villkor som de kommunala. I dag är det inte så, utan privata och ideella aktörer förväntas utföra samma arbete som de kommunala till en lägre kostnad.

Socialstyrelsens sammanfattning

Intervjustudien visar att tillgången till och användningen av teknik i de privata omsorgsföretagen varierar och är avhängig kommunernas krav i upphandlingar och avtal. Kraven omfattar vanligen dokumentation i kommunens verksamhetssystem, samt att företagen har hårdvara och licenser för att uppfylla dessa krav.

Samtidigt visar resultatet att privata utförare inte kan läsa och dokumentera mobilt om inte kommunerna själva har infört mobila arbetssätt och tillgängliggjort dem också för de privata utförarna. Resultatet av Socialstyrelsens företagsenkät mellan 2016 och 2018 visade att allt fler privata vård- och omsorgsgivare utrustar den mobila socialtjänstpersonalen med teknik för att läsa och dokumentera mobilt. År 2018 svarade 35 procent av företagen att all mobil personal hade tillgång till utrustning för att läsa mobilt, jämfört med 22 procent 2016. Motsvarande andel för att dokumentera mobilt var 28 procent 2018 och 22 procent 2016 [17].

Användning av säkra inloggningar med stark autentisering, i system där personuppgifter behandlas, skiljer sig åt i de intervjuade företagen. Personal med högre behörighet, såsom chefer, och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan ha säkra inloggningar medan övrig personal ofta loggar in med användarnamn och lösenord. I Socialstyrelsens företagsenkät 2018 angav 46 procent av vård- och omsorgsföretagen att de hade säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas [17].

Intervjustudien pekar vidare på att kommunerna inte ställer krav på välfärdsteknik i upphandlingar och avtal och att utförarnas användning av välfärdsteknik som är till för enskilda är begränsad. Teknik som kan underlätta för den enskilda i vardagen och ge ökad integritet och självbestämmande används inte i de intervjuade företagen, med något undantag där kommunen utrustat enskilda med sådan teknik. Den generella bilden är att mänsklig kontakt inte ska ersättas av teknik, samtidigt som personalen beskrivs ha liten datamognad och lågt teknikintresse. Tidsbesparande teknik som underlättar för personalen, exempelvis digitala planeringssystem, digitala lås och digital medicinsigtering, betraktas däremot som något positivt. Tankar om att man i framtiden måste arbeta smartare med befintliga resurser finns med i intervjupersonernas resonemang. Företag som kan köpa mark för att bygga nytt i syfte att driva i egen regi kan också sätta upp långsiktiga mål och integrera de tekniska förutsättningarna och infrastrukturen för att nå dit. De behöver då inte anpassa sig till, eller vänta in, kommunernas utveckling.

På frågorna om välfärdsteknik visade Socialstyrelsens företagsenkät 2018 att det i ordinärt boende var vanligast med elektroniska planeringsverktyg för personalen (40 procent), elektroniska lås (26 procent) och gps-larm (23 procent). I särskilda boenden för äldre var det vanligast med passiva larm (95 procent), gps-larm (52 procent) och elektroniska planeringsverktyg för personalen (33 procent). I 81 procent av särskilda boenden för äldre fanns tillgång till internet [17].

Resultaten från denna intervjuundersökning kommer att ligga till grund för Socialstyrelsens fortsatta arbete med att följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i omsorgsföretagen.

Statsbidrag för att investera i välfärdsteknik

Regeringen gav den 20 juni 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att under 2018 fördela, administrera och följa upp 350 miljoner kronor till investeringar i välfärdsteknik inom kommunal hälso- och sjukvård samt social omsorg (S2018/03799/FST (delvis)). Stimulansmedlen syftade till att möjliggöra för kommunerna att öka investeringstakten av välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg.

Samtliga 290 kommuner rekviderade medel. Det var dock totalt 66 kommuner som inte förbrukade hela det rekviderade beloppet. Totalt uppgår oförbrukade medel till drygt 13,5 miljoner kronor, vilket är cirka 4 procent av det fördelade beloppet. Förklaringarna till varför kommunerna inte hade förbrukat alla medel handlade till stor del om att tiden var för knapp för att kunna omsätta medlen i investeringar. Att döma av fritextsvaren i återrapporteringarna välkomnades Statsbidraget av de kommunerna som redan hade en planering medan de kommuner som inte hade en sådan planering hade svårare att förbruka medlen inom den angivna tidsramen.

Statsbidraget gav kommunerna möjligheter att göra avgörande investeringar. Det finns dock endast svaga tecken på att bidraget har påverkat den utveckling som syns i årets uppföljning av användningen av välfärdsteknik i kommunerna. Teknikanvändningen har utvecklats på olika sätt i kommunerna under flera år och denna trend ser i stort sett likadan ut under 2018 som tidigare år.

Kommunerna angav i återrapporteringarna av statsbidragen hur de hade använt medlen. De områden som flest kommuner hade använt pengarna till var

- läsplattor och smarta telefoner (58 procent av kommunerna)
- installation av wifi och internet på särskilda boenden (52 procent av kommunerna)
- mobil journalföring (38 procent av kommunerna)
- kompetensutveckling för personalen (36 procent av kommunerna)

De inköpta läsplattorna och smarta telefonerna är avsedda för personalen i det mobila arbetet. De används för verksamhetsplanering och för att läsa och dokumentera mobilt. Socialstyrelsen följer i den här rapporten upp förekomsten av wifi på särskilda boenden och mobil journalföring och där har utvecklingen sedan 2018 tagit ett steg framåt. Fler kommuner rapporterar att de har wifi på särskilda boende för äldre och för personer med funktionsnedsättningar och fler kommuner rapporterar att personalen läser och dokumenterar mobilt i verksamhetssystemen. Inom båda dessa områden har dock utvecklingen gått snabbt på senare år och det går inte att avgöra i vilken omfattning statsbidraget bidragit till utvecklingen.

Samtliga dessa områden är direkt riktade till kommunen och dess personal. Installation av internet och wifi i särskilda boenden kan dock ses som en delad nytta mellan personal och de boende. Wifi är inte i sig självt att betrakta som en välfärdsteknik utan snarare en grundförutsättning för att använda välfärdsteknik. Kommunen har behov att koppla upp boendena för att kunna kommunicera mellan kommunen och boendet på ett effektivt sätt och för att kunna gå vidare och implementera välfärdsteknik som kräver uppkoppling till nätet. De boende kan använda internetuppkopplingen till att kommunicera med familj och vänner, använda e-tjänster, utföra ärenden på nätet och naturligtvis söka underhållning.

Investeringar i läsplattor, smarta telefoner, wifi och mobil journalföring har en effekt på jämställdheten vad gäller tillgång till teknik och smarta arbetssätt för brukare och personal. Kvinnor dominerar som användare inom detta område, både som brukare och som personal. Deras arbetsplatser och boende ligger dock efter vad gäller investering i grundläggande förutsättningar för investering i teknik jämfört med mansdominerade arbetsplatser. Här har statsbidraget gjort skillnad och möter regeringens politik som formulerats så här:

Kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv är en mänsklig rättighet och en demokrati- och rättvisefråga. Jämställdhet är också en del av lösningen på de utmaningar som samhället står inför, och en självklarhet i ett modernt välfärdssamhälle.¹⁹

Socialstyrelsen ser också positivt på att en relativt stor andel av medlen har använts till att stärka personalens kompetens inom välfärdsteknik. Myndigheten har i tidigare rapporter påpekat att det finns ett behov av kompetensutveckling på alla nivåer i kommunerna, bland beslutfattare, chefer, handläggare och baspersonal.

De områden som varit föremål för investeringar till direkt förmån för enskilda och brukare handlar i huvudsak om trygghetsskapande åtgärder: inköp av digitala trygghetslarm, trygghetskameror, gps-larm och olika former av sensorer och passiva larm. Andra investeringar har gått till utrustning som befrämjar självständighet och delaktighet för den enskilda. Till denna kategori kan wifi och avvikelserlarm i boenden räknas liksom gps-larm för personer i ordinärt boende och i särskilda boenden. Vidare hör duschrobotar och smarta toaletter dit. En mindre andel kommuner har investerat i livskvalitetshöjande teknik, till exempel elektroniska sällskapsdjur, appar och annan utrustning för motorisk och kognitiv träning samt inkontinenssensorer.

Socialstyrelsen konstaterar att fler kommuner har investerat i teknik och grundförutsättningar för att digitalisera arbetssättet, effektivisera det administrativa arbetet och förbättra arbetsmiljön för personalen. Medlen har härmed gett vinster för kommunerna och för personalen men de ger också förutsättningar för en bättre kvalitet i arbetet med de enskilda som behöver insatser från personalen.

¹⁹ <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/feministisk-regering/20190410>

Informationssäkerhet

I återrapporteringen av statsbidraget ombads kommunerna att ange om, och i så fall hur, de arbetar med informationssäkerhet. Det var 38 procent av kommunerna som angav att de arbetar med informationssäkerhet och 62 procent som inte gjorde det. Socialstyrelsen finner det anmärkningsvärt att hela 62 procent av kommunerna angav att de inte arbetar med informationssäkerhet med tanke på att GDPR började tillämpas den 25 maj 2018 och med tanke på att socialtjänsten hanterar stora mängder känsliga personuppgifter. Av enkäten till kommunerna om e-hälsa och välfärdsteknik framgår att 55 procent av kommunerna följer upp risker och behov av utveckling av informationssäkerheten. Vidare är det cirka 16 procent av kommunerna som har genomfört informationssäkerhetsklassningar i alla objekt. Cirka 30 procent uppgav att de inte genomfört någon informationsklassning alls. Detta visar att det pågår ett visst informationssäkerhetsarbete men att mycket återstår att göra och endast en mindre andel kommuner har använt statsbidraget för att påskynda detta arbete.

De vanligaste svaren från återrapporteringarna av statsbidragen där kommunerna i fritext beskrev på vilket sätt de arbetat med informationssäkerhet handlade om att införa säker roll- och behörighetsidentifikation, eller tvåfaktorsinloggning i delar av sina system, i exempelvis mobila enheter. Flera kommuner nämner att de har upphandlat SITHS-kort för att personalen ska kunna göra säkra inloggningar. Andra kommuner uppgav i fritextsvaren att de gjort informationssäkerhetsklassningar och risk- och sårbarhetsanalyser. Flera kommuner nämner att de har arbetat med att implementera GDPRs regelverk i verksamheterna.

Det var inte mer än 12 procent av samtliga kommuner som använde medlen till att investera i verktyg för säker roll- och behörighetsidentifikation. Dessa uppgifter stämmer väl överens med uppgifterna från enkäten om e-hälsa och välfärdsteknik där det framgår att en liten andel av kommunerna använder en stark autentisering för inloggning till de system där personuppgifter behandlas.

Diskussion

Summering av resultaten från årets undersökning

- Allt fler kommuner tar emot elektroniska biståndsansökningar. Det handlar framförallt om ekonomiskt bistånd men också inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Särskilt stor har ökningen av elektroniska ansökningar av ekonomiskt bistånd varit under senare år.
- Allt fler kommuner inför välfärdsteknik av olika slag. Socialstyrelsen konstaterar dock att även om andelen kommuner som rapporterar att de använder välfärdsteknik ökar så handlar det fortfarande till stor del om test- och pilotverksamheter och ökningen av antalet enskilda som får del av tekniken är inte lika tydlig. Det är få enskilda som får del av tekniken. Ett exempel är digital nattillsyn med kamera, som cirka 114 kommuner uppger att de har. Det finns totalt 1 300 kameror för nattillsyn, alltså 11 kameror per kommun i snitt. Vidare finns det 1 030 gps-larm i 122 kommuner, alltså 8 larm per kommun i snitt, men 600 av dessa gps-larm finns i tre kommuner, och de övriga 119 kommunerna har 3,6 gps-larm var.
- Trygghetslarm har varit uppkopplade via de analoga tonbaserade telefonnäten, men på senare år har näten digitaliserats och larmen behöver bytas ut mot digitala, för att säkra att signalerna går fram. I år är 91 procent av alla trygghetslarm digitala och uppkopplade framför allt via de mobila näten. Antalet trygghetslarm är relativt konstant över åren.
- Cirka 94 procent av kommunerna är anslutna till NPÖ för att ta del av andra vårdgivares patientjournaler men endast 23 kommuner (8 procent) kan göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare via NPÖ.
- En mindre andel av kommunerna kräver en stark autentisering för inloggning i de system där personuppgifter behandlas så att personuppgifterna om de enskilda hanteras på ett säkert sätt, och andelen har knappt ökat sedan 2015.
- Andelen kommuner där all mobil personal, t.ex. inom hemtjänsten, kan läsa och dokumentera i verksamhetssystemen mobilt ökar. Ökningen har skett från låga nivåer så fortfarande är det en mindre andel av kommunerna där all personal har möjligheten. Hemtjänstpersonalen avviker från detta mönster och i hälften av kommunerna som besvarat enkäten kan all hemtjänstpersonal läsa och dokumentera mobilt, tex. när det är på hembesök.
- Strukturerad dokumentation används framförallt inom verksamhetsområdena barn och unga och äldreomsorgen där BBIC respektive IBIC används. Det har skett en ökning av användning av strukturerad dokumentation framförallt inom äldreomsorg och inom funktionshinderområdet till följd av Socialstyrelsens och SKL:s uppdrag att stötta kommunerna att im-

plementera IBIC. Det har också varit en kraftig procentuell ökning av användningen av klassifikationen KVÅ inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Svag utveckling av e-tjänster

Den tydligaste ökningen av e-tjänster syns i digitala biståndsansökningar inom ekonomiskt bistånd. År 2017 erbjöd 9 procent av kommunerna detta, jämfört med 16 procent år 2018 och 29 procent i år.

I årets enkät angav flera kommuner att de planerar att införa digitala ansökningar för det ekonomiska biståndet. En mindre andel har även en helt digital handläggning där beräkningarna görs automatiskt utan inblandning av personal. Även inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet ökar andelen kommuner som erbjuder digitala biståndsansökningar. Inom övriga områden är det en mycket liten andel kommuner som har digitala ansökningar.

Digitala biståndsansökningar kan fungera på i huvudsak tre sätt.

1. Ansökan görs via kommunens webbplats och uppgifterna kommer därmed in till socialtjänsten i digital form. Det finns dock ingen koppling till verksamhetssystemet och handläggningen sker manuellt.
2. Ansökan registreras direkt i verksamhetssystemet och blir ett ärende, men handläggningen är manuell. Beslutet fattas av handläggaren.
3. Ansökan registreras i verksamhetssystemet och biståndet beräknas automatiskt. (Beslutet fattas alltid av handläggaren eftersom det inte finns stöd i kommunallagen för automatiska beslut.).

För andra e-tjänster kan det finnas en del överrapportering från kommunerna. Delar av det som kommunerna listar som e-tjänster är digitala formulär som skrivs ut och skickas in, eller elektroniska blanketter som inte förutsätter en inloggning av den enskilde och som inte är kopplade till verksamhetssystemet. Detta handlar exempelvis om intresseanmälningar för att bli familjehem, kontaktperson, god man etc. och om orosanmälningar via webben.

Socialstyrelsen konstaterar att digitaliseringen går fortare inom äldreomsorgen. Det är fler kommuner som har e-tjänster och välfärdsteknik, och många kommuner använder mobila lösningar för att läsa och dokumentera i verksamhetssystemen. Äldreomsorgen är det största enskilda verksamhetsområdet, och kommunerna kan därmed göra stora ekonomiska vinster på att effektivisera arbetet.

Att införa e-tjänster, till exempel digital tidbokning, ställer krav på kommunerna att utveckla och förändra sin organisation, sitt arbetssätt och förhållningssättet till kommuninvånarna. Att införa chattar och frågelådor handlar bland annat om att utveckla metoder för skriftlig kommunikation i det sociala arbetet.

Invånare i Sverige är i dag vana att kommunicera digitalt när de gör bankärenden, handlar eller har kontakt med andra myndigheter. Dessa e-tjänster ger den enskilde mer flexibilitet och kontroll över relationen med banken, webbutiken, myndigheten eller kommunen. En e-tjänst gör det möjligt att själv styra över när man kontaktar kommunen och hur kontakten ska se ut.

En digital tjänst kan också ge den enskilde möjlighet att formulera sitt problem i lugn och ro. Ett telefonsamtal under en kort telefontid ger inte samma möjligheter. Det innebär alltså en begränsning när kommunen inte erbjuder den enskilde möjligheten att kommunicera digitalt, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt.

Låg digital tillgänglighet till socialtjänsten

Socialstyrelsen konstaterar att kommunernas användning av e-tjänster och annan digital service fortfarande ligger på en relativt låg nivå jämfört med andra sektorer i samhället. Samtidigt pågår mycket utvecklingsarbete och kommunerna kommer att erbjuda e-tjänster och digitala kontaktmöjligheter i allt större utsträckning. Det är därför angeläget att kommunerna försäkras om att inte grupper och individer ställs utanför den kommunala servicen. Socialtjänsten behöver se till att enskilda och allmänheten kan nå fram med sina ansökningar och frågor om råd, även på fysisk väg. Men de digitala kanalerna behöver också vara tillgängliga för så många personer som möjligt, även personer som har funktionsnedsättningar.

Den 1 januari 2019 infördes en lag för ökad digital tillgänglighet för alla användare, inklusive personer med funktionsnedsättningar: lagen om tillgänglighet till digital offentlig service (SFS 2018:1937). Lagen är en tillämpning av EU-direktivet (2016/2102) om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer (webbtillgänglighetsdirektivet). I direktivet och i lagen stadgas att offentliga myndigheter, både statliga och kommunala, ska följa standarden Web Content Accessibility Guidelines 2.1 (WCAG 2.1) på minst nivå AA. Den består av 50 kriterier som ska vara uppfyllda för att myndigheten ska anses uppfylla standarden.

Socialstyrelsen frågade i enkäten om kommunerna följer standarden WCAG 2.0 AA, alltså en äldre standard. Av svaren framgår att 47 procent av kommunerna anger att de har uppfyllt standarden för sina webbsidor, och 33 procent för sina e-tjänster. Av departementsskrivelsen Ds 2017/18:299 om genomförande av webbtillgänglighetsdirektivet bedömdes i konsekvensanalysen att samtliga myndigheter inklusive kommunerna troligen uppfyller WCAG 2.0 på nivå A (en äldre version som innehöll 38 kriterier). I en webbgranskning som gjordes 2017, i samband med konsekvensanalysen, framgick att de kommuner som hade bäst resultat uppfyllde 40 av de 50 kriterierna, och de med sämst resultat uppfyllde 10 av 50 kriterier. Ingen kommun uppfyllde alltså alla kriterier.

Resultaten av enkäten visar att kommunerna, inte minst mot bakgrund av webbgranskningen, har ett arbete att göra för att uppnå standarden och därmed följa lagen.

Nästan bara digitala trygghetslarm

I januari 2019 var 91 procent av alla trygghetslarm digitala. Andelen har ökat kontinuerlig under de år som Socialstyrelsen har följt utvecklingen, men regeringens mål att alla trygghetslarm skulle vara digitala vid 2016 års utgång uppnåddes inte[18].

Det finns fortfarande analoga larm i omkring 15 procent av kommunerna, däribland storstäderna. En del av dessa kommuner uppger att de inte kan digitalisera trygghetslarmen fullt ut i alla delar av kommunen för att det saknas bredband eller täckning för mobila nätverk.

Fyra kommuner hade inte påbörjat digitaliseringen av trygghetslarmen men räknar med att vara klara med detta under 2019.

Användning av välfärdsteknik ökar svagt

Andelen kommuner som använder olika typer av välfärdsteknik ökar.

Socialstyrelsen konstaterar dock att antalet enskilda som får del av välfärdstekniken är begränsad. I kommunerna är införandet fortfarande i form av testverksamheter och piloter. Även i kommuner där de har övergått till välfärdsteknik i ordinarie drift är det ett fåtal personer som får del av tekniken. Det finns en rad förklaringar till att tekniken inte får mer spridning i kommunerna. Några av dessa förklaringar avseende trygghetskameror är att:

- Kommunerna prövar annan välfärdsteknik istället för kameror och avvaktar med breddinförandet. Sensorer och värmekameror kan fylla samma funktion att ge tillsyn och trygghet på ett mer anonymiserat sätt och därmed minskar känslan av intrång i den personliga integriteten.
- Det finns tveksamhet hos biståndshandläggarna att bevilja kameror. Detta hänger delvis samman med att det ofta behöver tas många beslut i samband med att en enskild äldre person ska skrivas ut från sjukhuset. Att förklara tekniken och motivera den enskilda att ta emot tillsyn med kamera istället för tillsyn med personal prioriteras ner i de ofta stressiga situationerna.
- Det är ett begränsat antal av personerna med behov av tillsyn som inte har behov av också andra insatser. Det finns i dessa fall inga vinster med att installera en kamera när nattpatrullen ändå ska göra besök.

Att kommunerna inte satsar mer på välfärdsteknik har också att göra med att välfärdsteknikprodukterna ofta inte fungerar tillsammans. Olika leverantörer säljer enstaka produkter eller ett begränsat antal till kommunerna. Produkter som inte kan integreras i kommunens verksamhetssystem. Många produkter producerar och hanterar information om den enskilda men denna information kan bara hanteras i den isolerade produkten eller i en leverantörs utbud av produkter. Kommuner försöker i sina upphandlingar hitta lösningar som är generella och som kan vara öppna för integration med olika leverantörers produkter och leverantörer har ofta svårt att möta dessa krav.

Låg användning av säker identifiering av roll- och behörighet

Endast en liten andel av kommunerna har säkrat sina system som behandlar personuppgifter, och det är enbart i omkring 13 procent där samtliga system kräver en säker roll- och behörighetsidentifikation (stark autentisering). Cirka 7 procent av kommunerna har inte säkrat några system där personuppgifter

behandlas. Resultatet är sämre än föregående år, vilket delvis kan bero på själva enkäten. I årets enkät var frågan om kommunen använder en ”stark autentisering” och föregående år var frågan om kommunerna använde en ”säker roll- och behörighetsidentifikation (2-faktorsinloggning)”. Detta skulle kunna förklara åtminstone en del av tillbakagången. Vidare implementerades data-skyddsförordningen i maj 2018. Detta medförde en ökad medvetenhet i kommunerna, liksom i hela samhället, och de kan ha fått en mer kritisk syn på sin hantering av personuppgifter och kan ha gjort andra bedömningar i årets enkät.

Trots dessa delvis tekniska förklaringar är det en liten andel av kommunerna som har försäkrat sig om att alla system där personuppgifter behandlas är säkrade med en stark autentisering för användarna. Detta kan innebära att obehöriga personer får tillgång till enskildas uppgifter. Med tanke på att dessa system innehåller känsliga personuppgifter måste de skyddas på bästa tänkbara sätt.

Referensgruppen ser en förklaring till att kommunerna inte säkrar verksamhetssystemen och andra system, nämligen att arbetet med att säkra roll- och behörighetsidentifikationen i kommunerna är en process som berör flera förvaltningar och arbetet är därmed omfattande, komplext och förknippat med stora kostnader. Dagens lösningar för stark autentisering upplevs dessutom ofta som stela och svåra att applicera i alla situationer, till exempel i mobila lösningar. Den vanligaste lösningen bygger på Ineras SITHS-kort som är kopplade till en HSA-katalog²⁰ där roller och behörigheter finns definierade. SITHS-korten är anpassade för hälso- och sjukvårdens personalgrupper och det finns inga generella alternativ som ger samma nivå på säkerheten. Det finns kommuner som väljer att låta personalen använda sin personliga e-legitimation (bank-id) för att uppnå stark autentisering.

Det tillkommer också nya appar i socialtjänsten som inte alltid är säkrade med en stark autentisering. Leverantörerna har gjort bedömningen att en stark autentisering inte är nödvändig och kommunerna litar till stor del på leverantörerna när de köper in välfärdsteknik och appar.

Socialstyrelsen konstaterar att den svaga utvecklingen när det gäller stark autentisering beror på att kommunerna, och delvis leverantörerna, saknar kunskap om att man behöver för inloggning i de system där personuppgifter behandlas. Bristen på utveckling handlar åtminstone delvis om att socialtjänsten inte själva äger frågan om informationssäkerheten för sina verksamheter. Kommunerna har många verksamheter som behandlar uppgifter med olika krav på säkerhet, och socialtjänstens behov beaktas inte alltid i de kungemensamma lösningarna. Det finns säkra lösningar, men de är svåra att använda i alla delar av socialtjänstens verksamheter. Olika leverantörer har ofta egna lösningar på säkerheten i sina system, vilket medför att personalen behöver förhålla sig till flera olika inloggningsrutiner i olika appar.

²⁰ Katalogtjänst HSA är en elektronisk katalog som innehåller uppgifter om personer och verksamheter inom svensk vård och omsorg. Uppgifterna i HSA är en viktig källa för behörighetsgrundande information vid inloggning i olika it-system. (Källa: Inera)

Socialstyrelsen belyste i 2018 års rapport om e-hälsa och välfärdsteknik att en liten andel av kommunerna hade säkrat sina system där personuppgifter behandlas. Detta ledde till att Socialstyrelsen fick ett regeringsuppdrag om automatiserad personuppgiftsbehandling i socialtjänsten (S2018/04039/FST(delvis)). I uppdraget framhölls det som angeläget att klargöra vilka krav som behöver uppfyllas vid automatiserad behandling av personuppgifter för att behandlingen ska överensstämma med gällande rätt, med hänsyn till ett starkt integritetsskydd för den enskilde och en effektiv kommunal förvaltning. Socialstyrelsen lämnade en rapport i januari 2019 om rättsläget när det gäller säkerhetsåtgärder för socialtjänstens personuppgiftsbehandling [19]. I den konstaterades bland annat att det saknas en nationell reglering av säkerhetsåtgärder som är specifik för socialtjänstens personuppgiftsbehandling. I rapporten summeras vad som framkom under arbetet med rapporten i följande punkter:

- Arbete med säker personuppgiftsbehandling är en del av ett informations-säkerhetsarbete.
- Kunskap om verksamheten är värdefull i arbete med behörigheter i verksamhetssystem.
- Sekretessreglerna och ändamålet med personuppgiftsbehandlingen är viktiga utgångspunkter för vem som ska få se vilken information. Personuppgifter inom socialtjänsten får till exempel bara behandlas om det är nödvändigt för att utföra arbetsuppgifter inom socialtjänsten.
- Personuppgiftsansvariga behöver kontinuerligt överväga säkerhetsåtgärdernas lämplighet och alltid kunna visa att man följer de grundläggande principerna för personuppgiftsbehandling.
- Socialtjänsten behandlar personuppgifter som är känsliga på samma nivå som de personuppgifter som behandlas inom hälso- och sjukvården. Därför kan man, när man överväger säkerhetsåtgärder för personuppgiftsbehandling inom socialtjänsten, rimligen jämföra med vad som gäller för hälso- och sjukvården.

Fler kan läsa och dokumentera mobilt

Socialstyrelsen har tidigare år konstaterat att allt fler kommuner ger personalen möjlighet att mobilt läsa och dokumentera i verksamhetssystemet. Andelen har ökat från 5 procent av kommunerna 2015 till 14 procent 2018. Dessa uppgifter var en sammanvägning från samtliga verksamhetsområden. I årets enkät ställdes frågan om situationen i de olika verksamhetsområdena. Det går därför inte att göra säkra jämförelser mellan åren, men i 50 procent av kommunerna har all hemtjänstpersonal nu möjlighet att mobilt läsa och dokumentera i verksamhetssystemet. En tänkbar förklaring till ökningen kan vara det statsbidrag som gick till kommunerna och som enligt åiterrapporteringarna till en stor del användes till att skaffa mobiler och läsplattor. Kommunerna nämner också explicit i åiterrapporteringarna att de har satsat på mobil dokumentation.

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

Fram till 2018 ökade antalet kommuner som är anslutna till NPÖ, men sedan dess har inga nya kommunala användare anslutit sig. Det är dock en större andel av personalen som ansluts som användare, och de använder systemet allt oftare. Antalet personer som läser i NPÖ har alltså ökat markant under de senaste åren.

Däremot är det få kommuner som ansluter sig för att producera uppgifter till systemet. Inera och referensgruppen bedömer att det kan bero på att

- de flesta verksamhetssystem som kommunerna använder inte är anpassade för att producera material till NPÖ
- det innebär en kostnad att ansluta sina verksamhetssystem till NPÖ, och framför allt mindre kommuner är många gånger tveksamma att ta på sig denna kostnad
- det inte finns en tydlig efterfrågan på detta från landstingen.

Kommunerna saknar därmed incitament att ta på sig kostnader för att producera uppgifter som det finns en begränsad efterfrågan på.

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

Strukturerad dokumentation ökar

En allt större andel av kommunerna använder strukturerad dokumentation i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. Ökningen har varit särskilt markant i äldreomsorgen, där andelen har sjudubblats sedan 2014. Förklaringen till ökningen inom äldreomsorgen är troligen att Socialstyrelsen sedan 2013 har haft ett särskilt regeringsuppdrag att verka för att ÄBIC och IBIC implementeras i kommunerna [12]. År 2016 fick Socialstyrelsen ett utökat uppdrag att verka för att IBIC används också inom funktionshinderområdet. En ytterligare förklaring till ökningen kan vara att kommuner har upphandlat verksamhetssystem för utförarverksamheterna där det ingår möjligheter att dokumentera mobilt enligt BBIC. Kommunerna ställer krav på detta och leverantörerna har tagit fram moduler för mobil dokumentation.

KSI är en relativt ny klassifikation inom socialtjänsten. Användningen har ökat sedan 2018 men det är fortfarande relativt få kommuner som använder den.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården används KVÅ i allt högre grad, med en särskilt stor ökning mellan 2018 och 2019. Skälet till detta bedöms vara att Socialstyrelsen gett ut en föreskrift om inrapportering av statistik om kommunal hälso- och sjukvård. All hälso- och sjukvårdsstatistik ska sedan den 1 januari 2019 ske med KVÅ-koder.

Genom att använda en strukturerad dokumentation med hjälp av stöden BBIC och IBIC, och klassifikationerna ICF, KSI och KVÅ, kan kommunen få en mer ändamålsenlig, strukturerad och rättssäker dokumentation kring individen. En sådan dokumentation, med användning av enhetliga begrepp, kan också användas för att göra systematiska uppföljningar i verksamheterna. Flera leverantörers verksamhetssystem ger kommunerna möjligheter att ta ut uppgifter på aggregerad nivå, men inte alla. Socialstyrelsens uppföljning av IBIC och BBIC visar att få av de kommuner som har verksamhetssystem som skulle kunna generera aggregerad data använder det för ett systematiskt kvalitetsarbete. Kommunerna efterfrågar inte heller alltid möjligheter att ta ut aggregerad data när de upphandlar verksamhetssystem. Aggregerad data är dock viktiga inslag i kvalitetsuppföljningen i verksamheterna och skulle kunna utgöra ett viktigt instrument i ledning och styrning av verksamheterna.

Statsbidraget har haft en begränsad effekt på kommunernas långsiktiga arbete med välfärdsteknik

Regeringen gav under 2018 kommunerna möjlighet att söka statsbidrag för att investera i välfärdsteknik och i sådant som ökar förutsättningarna för att implementera välfärdsteknik i verksamheterna till exempel att installera wifi i särskilda boenden eller investera i operativ kunskap.

Åtterrapporingarna visar att många kommuner har haft svårt att tillgoda sig medlen på ett planerat och meningsfullt sätt p.g.a. den korta tid som de kunde användas. Beslutet togs den 20 juni 2018 och medlen skulle vara förbrukade senast vid årsskiftet.

Socialstyrelsen konstaterar att satsningen med bidrag till kommunerna var vällovlig men den givna tidsramen gjorde att satsningen inte gav optimal effekt. För en långsiktig och målmedveten utveckling av socialtjänstens verksamheter med stöd av välfärdsteknik och annan teknik är det inte tillfälliga satsningar utan koppling till andra insatser som behövs utan en genomtänkt och samordnad strategi som löper över flera år. En satsning på kortsiktiga investeringar i teknik riskerar att inte ge en hållbar positiv effekt för kommunernas arbete.

Avslutande kommentarer

Avslutningsvis lyfter Socialstyrelsen ett par områden där utvecklingen är särskilt otillfredsställande. För det första har endast en liten andel av kommunerna säkrat sina olika verksamhetssystem inom socialtjänsten där personuppgifter behandlas. Sedan 2015 finns ingen synbar ökning av andelen kommuner som kräver säker roll- och behörighetsidentifikation för tillgång till verksamhetssystemen. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna inte i tillräcklig utsträckning försäkras om att enskildas, ofta känsliga, personuppgifter hanteras på ett säkert sätt.

Vidare går utvecklingen av e-tjänster inom socialtjänsten långsamt. De enskilda kan inte fullt ut styra över sina kontakter med socialtjänsten om de inte

har möjligheten att kommunicera, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt. Många andra samhällsfunktioner har öppnat upp för självservice och digitala kommunikationskanaler, vilket medför att kontakterna till större del sker på den enskildes villkor. Socialstyrelsen konstaterar att socialtjänsten inte följer med i denna utveckling.

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. Stöd till en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, överenskommelse för år 2014. 2013. Hämtad från: http://www.regeringen.se/download/0c0dcd0b.pdf?major=1&minor=230564&cn=attachmentPublDuplicator_0_attachment
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. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2013/01/s20128764fst/>
4. Socialstyrelsen. Redovisning av 2018 års statsbidrag till kommuner för investeringar i välfärdsteknik inom omsorgen (S2018/03799/FST (delvis). 2019. Hämtad från:
5. Regeringen. Vision e-hälsa 2025. 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
6. Regeringen. Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. 2017. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/48fa28/contentassets/d8383ab42b0a40808f42b8d68210917d/overenskommelse-om-handlingsplan-for-samverkan-vid-genomforande-av-vision-e-halsa-2025.pdf>
7. Vision_E-hälsa_2025. Uppföljningsrapport 2018. 2018. Hämtad från: <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2019/03/Uppfoljningsrapport-2018-Vision-e-halsa-2025-1.pdf>
8. Socialdepartementet. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg 2010:
9. 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
10. Socialstyrelsen. Nationella minoriteter och minoritetsspråk - meddelandeblad 7/2018. 2018.
11. Euripoaparlamentet. Webbtillgänglighetsdirektivet. 2016. Hämtad från: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016L2102&from=SV>
12. 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>
13. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. 2003. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf#1>

14. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum - Grundbok BBIC. 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-2/sidor/default.aspx>
15. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-6>
16. Socialstyrelsen. Åtgärds-koder (KVÅ). 2009. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva#1>
17. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018. 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20927/2018-4-11.pdf>
18. Socialdepartementet. Uppdrag angående information om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård (Uppdrag till Myndigheten för delaktighet, S2014/1398/FST, S2014/8960/FST). 2014. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2014/02/s20141398fst-/>
19. Socialstyrelsen. Säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten - Rättsläge och utgångspunkter. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21227/2019-2-6.pdf>
20. Vårdföretagarna. Hemtjänst med förhinder. 2016. Hämtad från: <https://www.vardforetagarna.se/2016/12/rapport-sju-av-tio-kommuner-med-valfrihet-gar-med-underskott-i-kommunal-hemtjanst/>

Bilaga 1. Svarsfrekvenser per län

Län	Antal kommuner	svar	svarsfrekvens
01 Stockholms län	26	20	76.9
03 Uppsala län	8	6	75.0
04 Södermanlands län	9	6	66.7
05 Östergötlands län	13	8	61.5
06 Jönköpings län	13	8	61.5
07 Kronobergs län	8	7	87.5
08 Kalmar län	12	6	50.0
09 Gotlands län	1	1	100.0
10 Blekinge län	5	4	80.0
12 Skåne län	33	24	72.7
13 Hallands län	6	5	83.3
14 Västra Götalands län	49	42	85.7
17 Värmlands län	16	14	87.5
18 Örebro län	12	4	33.3
19 Västmanlands län	10	6	60.0
20 Dalarnas län	15	8	53.3
21 Gävleborgs län	10	8	80.0
22 Västernorrlands län	7	3	42.9
23 Jämtlands län	8	5	62.5
24 Västerbottens län	15	8	53.3
25 Norrbottens län	14	10	71.4
Totalt	290	203	70.0

Bilaga 2. Nyckeltal för e-hälsoutveckling

E-tjänster inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård

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

1. Kommunen har minst en e-tjänst riktad till invånare eller personer som har kontakt med socialtjänsten, inom följande områden:
 - a. Barn och unga
 - b. Ekonomiskt bistånd
 - c. Familjerätt
 - d. Familjerådgivning
 - e. Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
 - f. Vuxna med missbruksproblem
 - g. Äldreomsorg
 - h. Hemsjukvård

2. Kommunen kan erbjuda e-tjänster av följande slag:
 - a. Tidbokning hos handläggare
 - b. Ansökan om bistånd eller insats
 - c. Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal
 - d. Övriga e-tjänster

3. Kommunen kan erbjuda följande slags e-tjänster på annat språk än svenska:
 - a. Tidbokning hos handläggare
 - b. Ansökan om bistånd eller insats
 - c. Bildkommunikation mellan brukare, närstående och handläggare eller utförare i socialtjänsten
 - d. E-hemtjänst (till exempel natt-tillsyn via videokamera, meddelandefunktion, påminnelse för till exempel mediciner etc.)
 - e. Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal
 - f. Övriga e-tjänster

Välfärdsteknik

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

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

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

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

Nationella patientöversikten

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

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

- h. Vård- och omsorgsplan
- i. Undersökningsresultat

Säker roll- och behörighetsidentifikation

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

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

Läsa och dokumentera mobilt

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

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

Strukturerad dokumentation

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

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

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

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

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

Bilaga 3. Kvalitetsdeklaration

Enkätundersökning

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

R56023-3

Inledning

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

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

Syfte

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

Objekt och population

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

Frågor

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

Statistiska mått

Resultaten redovisas på andelar av de svarande kommunerna. För frågan avseende det totala antalet trygghetslarm i riket har skattats för de kommuner som inte besvarat enkäten. Antagandet är då att de kommunerna har larm i samma proportion till folkmängden som de kommuner som besvarade frågorna om antalet larm, utifrån 2018 års data för åldersgruppen 65 år och äldre.

Redovisningsgrupper

Undersökningens resultat redovisas på hela riket.

Referenstider

Undersökningen referenstid är vad som finns tillgängligt i kommunen vid besvarandet av enkäten. Vid antalsuppgifter är referensdagen den 1 januari 2019.

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

Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till kommunerna via e-post. I e-posten bifogades även enkätformuläret. Datainsamlingen pågick 8 januari 2018 till 22 februari 2018. Under insamlingsperioden skickades två påminnelser samt ett informationsmail om förlängd insamlingsperiod ut.

Svarsfrekvens

Det var 203 kommuner som besvarade enkäten. Det ger en svarsfrekvens på 70 procent vilket är lägre än undersökningen 2018 då svarsfrekvensen var 80 procent.

Tillförlitlighet

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

Osäkerhetskällor

Ramtäckning

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

Mötfel

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

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

Bortfall

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

Bortfallen är 87 kommuner på 290. Beräkning av andelar utförs med antagandet att kommuner med bortfall skulle svara likadant som svarande kommuner i den redovisningsgruppen.

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

Bearbetning

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

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

Jämförbarhet och sam användbarhet

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

Tillgänglighet

Socialstyrelsen publicerar rapporten på www.socialstyrelsen.se.