

E-hälsa i kommunerna

Redovisning av nyckeltal för utveckling
av e-hälsa i kommunerna 2015

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

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

Artikelnummer 2015-5-9
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2015

Förord

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram nyckeltal för att följa utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. Nyckeltalen är baserade på intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*, och de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2013. Nyckeltalen har tagits fram i ett samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting och e-hälsosamordnare från Kalmar, Östergötlands och Norrbottens län. Representanter för Digitaliseringskommissionen och Myndigheten för Delaktighet, tidigare Handisam, har deltagit i olika faser av arbetet. Projektet leddes av utredaren Dick Lindberg och i arbetsgruppen ingick utredarna Charlotta Holm Sjögren, Ann-Kristin Granberg och Sherko Alemdar. Ansvarig enhetschef har varit Elisabeth Wärnberg Gerdin.

Nyckeltalen och resultatet från uppföljningen 2015 finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Taina Bäckström
Ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
E-tjänster för brukare och patienter.....	6
Digitala trygghetslarm i ordinärt boende	6
Nationell patientöversikt	6
Säker roll- och behörighetsidentifikation	7
Mobil dokumentation och tillgång till information.....	7
Strukturerad dokumentation	7
Socialstyrelsens slutsatser	7
Bakgrund	9
Uppdraget	10
Omfattning och avgränsningar.....	11
Metod och genomförande.....	11
Resultat	13
E-tjänster för brukare och patienter.....	13
Digitala trygghetslarm i ordinärt boende	14
Nationell patientöversikt	16
Säker roll- och behörighetsidentifikation	18
Mobil dokumentation och tillgång till information.....	21
Strukturerad dokumentation	25
Diskussion	31
E-tjänster för brukare och patienter.....	31
Etiska och juridiska aspekter.....	32
Digitala trygghetslarm i ordinärt boende	33
Nationell patientöversikt	34
Säker roll- och behörighetsidentifikation	35
Mobil dokumentation och tillgång till information.....	36
Strukturerad dokumentation	36
Behov av kompetensutveckling och utveckling av organisation	37
Slutsatser	37
Referenser	39
Bilaga 1. Svarefrekvens per län.....	40
Bilaga 2. Nyckeltal e-hälsa	41

Sammanfattning

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

E-tjänster för brukare och patienter

En mindre andel av landets kommuner har en eller flera e-tjänster som är riktade till patienter, brukare, anhöriga eller allmänheten. Det är framför allt inom den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som kommunerna har infört e-tjänster. En förklaring till den svaga utvecklingen av e-tjänster är att kommunerna har lagt utvecklingsinsatserna på att bygga upp lokala och regionala plattformar och infrastrukturer där man ska lansera e-tjänsterna. Detta för att inte vara beroende av olika leverantörer som säljer system som inte kommunicerar med andra tjänster och system som används inom kommunen.

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

År 2015 uppskattar Socialstyrelsen antalet trygghetslarm till cirka 203 000 varav 54 000 (cirka 27 procent) är digitala. Detta är en ökning från 2014 då andelen digitala trygghetslarm var 14 procent.

Nationell patientöversikt

I cirka 69 procent av kommunerna är samtliga kommunala vårdenheter anslutna till den nationella patientöversikten (NPÖ) så att de kan ta del av andra vårdgivares journaluppgifter. I 42 procent av kommunerna är vårdenheterna i privat drift anslutna. Det är i dag i huvudsak landstingens hälso- och sjukvård som kan visa sina journaler i NPÖ och endast tio kommuner har möjlighet att dela med sig av journaluppgifter. Alla leverantörer av verksamhetssystem har inte kunnat ta fram lösningar för anslutningar och de har inte kunnat ge säkra uppgifter om framtida kostnader för driften. Många kommuner har därför avvaktat att ansluta sig för att kunna dela journaluppgifter. En ny version av NPÖ kommer att lanseras i september 2015 som ska göra det möjligt för alla kommuner att ansluta sig. SKL bedömer att den nya versionen ska göra kostnadsbildningen tydligare för kommunerna.

Säker roll- och behörighetsidentifikation

I en majoritet av kommunerna (96 procent) använder den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala vårdenheter en säker roll- och behörighetsidentifikation och i 80 procent av kommunerna gör all hälso- och sjukvårdspersonal i privata verksamheter det.

I cirka 95 procent av kommunerna har all personal inom socialtjänstens myndighetsutövning tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. I 14 procent av kommunerna har all socialtjänstpersonal inom utförarledet i kommunala verksamheter tillgång och i 12 procent av kommunerna har all personal i privata verksamheter tillgång.

Mobil dokumentation och tillgång till information

Det är få kommuner som har utvecklat ett mobilt arbetssätt inom såväl socialtjänsten som inom den kommunala hälso- och sjukvården. I 5 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i de egna it-baserade systemen. I 5 procent av kommunerna kan all legitimerad personalen även dokumentera mobilt, till exempel vid hembesök hos brukare.

I 5 procent av kommunerna som har omsorg som bedrivs i privat regi kan den legitimerade personalen läsa mobilt och i 3 procent av kommunerna kan all personal dokumentera mobilt.

De regionala e-hälsosamordnarna menar att det finns tekniska problem med de mobila lösningarna som gör att utvecklingen har avstannat. Till exempel erbjuder inte alla leverantörer säkra anslutningar till verksamhets-systemen via de mobila enheterna.

Strukturerad dokumentation

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

I närmare 70 procent av kommunerna använder den kommunala hälso- och sjukvården Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). I 26 procent av kommunerna används ICF även inom socialtjänstens myndighetsutövning i äldreomsorgen.

Socialstyrelsens slutsatser

Resultaten från denna uppföljning av utvecklingen av e-hälsa i kommunerna visar att flera av de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan regeringen och SKL inte har uppnåtts.

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

Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver påskynda utvecklingen inom dessa områden för att tillförsäkra brukare och patienter en god vård och omsorg. I detta behöver kommunerna

- utveckla kompetensen för att hantera de juridiska och etiska frågorna i samband med införande av digitala tjänster
- påskynda införandet av digitala trygghetslarm
- utveckla kompetensen för att installera och hantera de digitala trygghetslarmen
- utveckla upphandlarkompetensen vad gäller digitala trygghetslarm
- påskynda införandet av NPÖ för att kunna dela patientjournaler med andra vårdgivare
- verka för att användningen av NPÖ ökar hos berörda personalgrupper
- säkra sina verksamhetssystem och ge all relevant personal inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- fortsätta att utveckla strukturerad dokumentation inom samtliga områden inom socialtjänsten, i myndighetsutövning och i utförande verksamheter samt i den kommunala hälso- och sjukvården.

Det finns också behov av ytterligare stöd från staten för att fortsatt utveckla e-hälsoarbetet i kommunerna. De områden som Socialstyrelsen särskilt har identifierat är

- kunskapsstöd till kommunerna till exempel om tillämpliga bestämmelser m.m. och etiska förhållningssätt
- utbyggnaden av infrastruktur för kommunikation, bredband via fiber och mobila nät
- nationella utvärderingar av effekterna av införande av digitala välfärdstjänster och e-hälsa

Bakgrund

Sverige har de senaste decennierna genomgått en kraftig it-utveckling inom de flesta samhällsområden. Det finns i dag en infrastruktur, avancerade tjänster och en stor del av befolkningen använder internet [1]. Vården och omsorgen har också berörts av denna utveckling.

Den nationella it-strategin (2006) [2] för vård och omsorg var inriktad på att bidra till den tekniska utvecklingen inom vården och omsorgen. Bland annat togs det fram en ny lagstiftning och katalog- och säkerhetslösningar för att garantera integritet och dataskydd. Det gjordes även insatser för en god informationskvalitet och enhetliga termer och begrepp.

Den nationella it-strategin fick en uppföljare 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [3]. Denna fokuserar på införande, nytta och användning av tekniken snarare än på den tekniska utvecklingen. Skiftet från it-strategi till nationell e-hälsa innebär att även socialtjänsten kom att omfattas. Vidare betonades i strategin att för en sammanhållen och välfungerande vård- och omsorgsverksamhet krävs det att utvecklingen samordnas i hela vård- och omsorgssektorn hos kommunerna, landstingen och de privata och idéburna utförarna. Målet med arbetet inom nationell e-hälsa skulle inriktas på att skapa synliga och konkreta förbättringar för tre huvudsakliga målgrupper:

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

Regeringen har sedan 2010 avsatt stimulansmedel för att utveckla e-hälsa i kommunerna sedan 2010. Satsningen uppgick till 20 miljoner kronor för år 2010 och 2011. År 2012 fördubblades stödet till 40 miljoner kronor. Medlen har använts till regionala samordnare, till att utveckla tekniska infrastrukturer och till nationella informationsstrukturer och fackspråk inom socialtjänsten.

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

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

- Införa e-tjänster inom socialtjänsten för invånarna. Det kunde gälla att ta del av information som rör den egna personen eller någon närstående, välja utförare eller att ha kontakt med sin eller någon närståendes utförare.
- Påbörja processen med att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. I konceptet ingår att de berörda medarbetarna i socialtjänsten och hemsjukvården ska ha tillgång till säker

roll- och behörighetsidentifikation som ger dem möjlighet att dokumentera mobilt och att komma åt information på ett enkelt sätt. I konceptet ingår även att införa mobil dokumentation i socialtjänsten, så att medarbetarna kan dokumentera på plats hemma hos brukarna och även komma åt relevant information där, genom surfplattor, mobiltelefoner eller andra tekniska hjälpmedel.

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

Innehållet i 2014 års överenskommelse var i stort sett detsamma 2013 års överenskommelse. Det som tillkom var punkten – Påbörja processen med att etablera konceptet ”trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik”. Under denna punkt ryms målområdena säker roll- och behörighetsidentifikation och mobil dokumentation.

Socialstyrelsen har utvecklat nyckeltal för att följa utvecklingen av e-hälsa med utgångspunkt från de målområden som framgick i överenskommelsen 2013 och som regeringen gav stimulansmedel till. Utöver detta har Socialstyrelsen lagt till några nyckeltal för att följa utvecklingen av strukturerad dokumentation i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. Att kommunerna utvecklar strukturerad dokumentation i sina verksamheter är en viktig del av e-hälsoutvecklingen.

Användningen av stimulansmedlen har följts upp i rapporter 2013 och 2014. Under 2013 gjordes också en särskild kartläggning av utvecklingen av trygghetslarmen. Utvecklingen av e-hälsa i kommunerna har redovisats 2013 [6] och denna rapport avser utvecklingen under 2014.

Uppdraget

Det aktuella uppdraget [7] för 2014 är att Socialstyrelsen ska

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

Uppdraget ska redovisas senast den 31 maj 2015 och har genomförts i samråd med Myndigheten för delaktighet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Omfattning och avgränsningar

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

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

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

Metod och genomförande

Under hösten 2013 utarbetades nyckeltalen utifrån intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [3], och de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL. I arbetet deltog, förutom en intern arbetsgrupp på Socialstyrelsen, representanter från SKL och regionala e-hälsosamordnare från Kalmar, Östergötlands och Norrbottens län. I detta arbete konsulterades också representanter från Digitaliseringskommissionen.

Därefter tog Socialstyrelsen fram en enkät som skulle ligga till grund för datainsamlingen. I denna process deltog Handisam, framför allt med kunskaper om trygghetslarmen. SKL:s enkätexpert lämnade synpunkter på enkätens utformning.

Parallellt med arbetet med nyckeltalen och datainsamlingen tog Socialstyrelsen fram ett webbverktyg där nyckeltalen och resultatet av enkätundersökningen publicerades den 28 maj 2014.

Datainsamlingen för 2014 gjordes med hjälp av enkäten under januari och februari 2015. Enkäten skickades till samtliga kommuner i landet och 238 kommuner besvarade den (cirka 82 procent svarsfrekvens). På länsnivå varierade svarsfrekvensen mellan 57 och 100 procent. Se bilaga 1.

Socialstyrelsen har i denna rapport jämfört resultaten från den enkätundersökning som gjordes i januari 2014. Jämförelserna har gjorts i de frågor som återfanns enkäterna för 2014 och 2015. Dock hade enkätfrågorna till tabellerna 2, 4, 7, 10-15, utvecklats något. I 2014 års enkät var svarsalternativen ja eller nej medan i 2015 års enkät kunde kommunerna ge mer nyanserade svar. Socialstyrelsen har valt att ändå lyfta in svaren från 2014 som en jämförelse. Dessutom har några frågor tillkommit som inte fanns med 2014. Tabell 3 är ny för 2015. I tabellerna 4, 8, 9, 18, 20, 21 och 22 redovisas resultaten på ett sätt som inte gör det möjligt att jämföra med 2014 års resultat. Det handlar om att i årets rapport har resultaten delats upp på kommunala och privata verksamheter, vilket de inte hade gjorts i 2014 års rapport.

Inom områdena säker roll- och behörighetsdokumentation, mobilitet och NPÖ har svarsalternativen för flera frågor utvecklats. I 2014 års enkät kunde kommunerna enbart svara ja eller nej på flera frågor. I 2015 års enkät var

alternativen mer varierade för att utvecklingen ska kunna följas mer detaljerat.

Resultat

E-tjänster för brukare och patienter

I överenskommelsen mellan regeringen och SKL anges målet att kommunerna ska utveckla e-tjänster inom socialtjänsten. E-tjänsterna ska stödja och underlätta för den enskilde och effektivisera verksamheten. De ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar och de ska även vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten. E-tjänsterna får inte innebära en försämring för den stora grupp människor som inte använder sig av internet.

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

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

Inom socialtjänsten är det en mindre andel av kommunerna som uppger att de har infört någon e-tjänst.

Det är inom äldreomsorgen och verksamheter för personer med funktionsnedsättningar som flest kommuner har infört e-tjänster. De vanligaste tjänsterna ger möjligheter att lämna klagomål och synpunkter och att göra avgiftsberäkningar inom äldreomsorgen och inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar samt att ansöka om autogiro och elektroniska fakturor. Vissa kommuner har även e-tjänster för att ansöka om bistånd och insatser, framför allt inom äldreomsorgen. Natttillsyn med kamera inom hemtjänsten är en annan tjänst som ett mindre antal kommuner infört under de senaste åren. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det vanligare med e-tjänster och över hälften av kommunerna har någon e-tjänst. Detta är till stor del webbaserade e-tjänster för klagomål och synpunkter.

I enkäten ställdes frågan om kommunerna erbjuder e-tjänster på andra språk än svenska. En mycket liten andel av kommunerna har sådana tjänster på andra språk. Däremot har många kommuner ett översättningsverktyg på sina webbplatser. Detta kan vara en hjälp, om än begränsad, för personer som inte kan svenska.

I förhållande till 2014 års undersökning är det svårt att påvisa någon förändring i utvecklingen.

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

De trygghetslarm som kommunerna erbjuder personer som bor i ordinärt boende har traditionellt byggts på en telefonförbindelse från brukarens bostad till en larmcentral. Signalerna från larmenheten till larmmottagaren är analoga och tonbaserade. När de analoga telestationerna läggs ner och kopparledningarna byts ut mot digitala fibernät eller mobila nät slutar dessa analoga trygghetslarm att fungera på ett säkert sätt. För att de personer som har trygghetslarm ska ha en fortsatt säker uppkoppling till larmcentral behöver de analoga trygghetslarmen bytas ut mot digitala.

I regeringens överenskommelse med SKL 2013 var ett av målen att andelen digitala trygghetslarm ska öka, i förhållande till antalet trygghetslarm som kommunen har beviljat. Det framgick även i överenskommelsen att stimulansmedlen bland annat skulle användas till att säkerställa att de trygghetslarm som kommunerna beviljar är digitala och fungerar. I 2014 års överenskommelse kvarstod målet att andelen digitala trygghetslarm skulle öka.

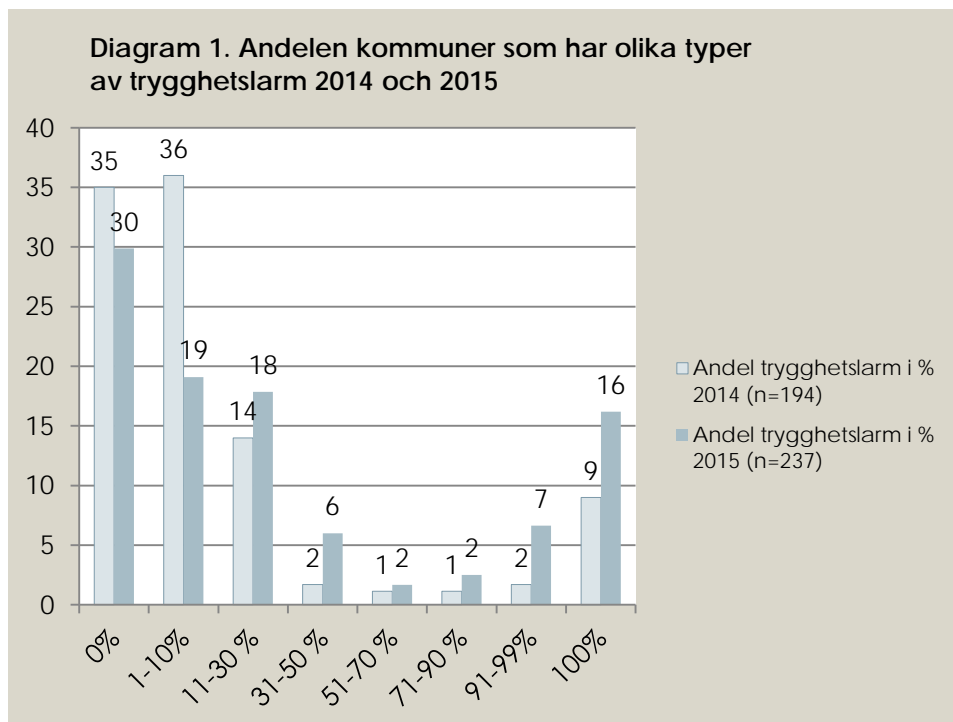
Digitalt trygghetslarm innebär att kommunikationen sker via fast anslutet bredband eller via mobilnät och att inga analoga tonbaserade signaler används för att skicka information i någon del av kedjan.

I den uppföljning som Socialstyrelsen gjorde av stimulansmedlen för 2013 framgick att kommunerna inte hade prioriterat arbetet med att byta ut de gamla analoga larmen mot digitala. I 2014 års uppföljning hade bilden ändrats och en stor andel av kommunerna hade börjat byta ut analoga larm mot digitala.

Av enkäten som Socialstyrelsen skickade ut till samtliga kommuner i januari 2015 framgår att det då fanns cirka 203 000 trygghetslarm i hela landet¹. Av dessa var 54 000 digitala (27 procent av samtliga larm). Detta är en ökning i förhållande till föregående år då det fanns 30 000 digitala trygghetslarm (14 procent).

Av de svarande kommunerna i 2015 års enkät var det cirka 16 procent som helt och hållet hade gått över till digitala larm och andelen kommuner föregående år var 9 procent. Det var i år cirka 30 procent som bara hade analoga trygghetslarm och föregående år var det cirka 35 procent (se diagram 1).

¹ Detta är en uppräknings baserad på att 237 av landets 290 kommuner har besvarat frågan.



Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller bland annat för socialtjänstens verksamhetsområden. I detta ingår kommunernas arbete med trygghetslarm. Det handlar om kvalitet i arbetet med att utreda behoven, besluta om insatser och verkställa besluten. I föreskrifterna och i de allmänna råden definieras några områden som särskilt viktiga att ta hänsyn till i kvalitetsarbetet. Socialstyrelsen har i enkäten valt att fråga om fyra av dessa som kan vara särskilt viktiga för arbetet med trygghetslarm. I tabell 1 framgår att 69 procent av kommunerna har identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarmen. Vidare har 76 procent tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift av trygghetslarmen. Cirka 54 procent har gjort en riskanalys för trygghetslarmen i kommunen och 58 procent har ett system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet.

Tabell 1. Andelen kommuner som har ett systematiskt kvalitetsarbete med trygghetslarmen (n=235)

Kommunen har...	Andelen kommuner (%)
identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarm	69 (59)*
tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift av trygghetslarmen	76 (70)
gjort en riskanalys för trygghetslarmen	54 (36)
ett system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet	58 (69)

* siffrorna inom parentes avser 2014 års undersökning

I jämförelse med 2014 års undersökning är det fler kommuner som har rapporterat att de har identifierat och fastställt processerna, tagit fram rutiner och gjort riskanalyser. Däremot är det en mindre andel som har system för egenkontroll för att säkra trygghetslarmens kvalitet.

Nationell patientöversikt

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

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

För att uppnå målet med NPÖ, det vill säga att den ska bli till nytta för den enskilde och att vården ska bli mer effektiv, krävs att kommunerna ansluter samtliga vårdenheter som konsumenter och som producenter, att all legitimerad personal får tillgång till systemet och att personalen faktiskt använder det. I tabellerna 3–6 belyses dessa faktorer.

Av tabell 2 framgår att i 69 procent av kommunerna har samtliga kommunalt drivna vårdenheter anslutits till NPÖ. I 42 procent av de kommuner som har privata utförare, har samtliga enskilt drivna vårdenheter anslutits till NPÖ. Det är alltså en större andel av de kommunala vårdenheterna som är anslutna till NPÖ. Det råder dock en osäkerhet när det gäller de privata utförarna eftersom närmare 50 procent av kommunerna har angett att de inte vet om de privata vårdenheterna är anslutna till NPÖ eller inte.

Tabell 2. Andelen kommuner vars vårdenheter är anslutna till NPÖ för att läsa.

Andel vårdenheter	Andelen kommuner med vårdenheter i egen regi i % (n=204)	Andelen kommuner med vårdenheter i privat regi i % (n=53)
Ingen vårdenhet ansluten	23	48
Färre än hälften är anslutna	2	8
Ca hälften är anslutna	2	0
Mer än hälften är anslutna	4	2
Alla vårdenheter är anslutna	69	42
Totalt	100	100

I 2014 års undersökning ställdes frågan om kommunens samtliga vårdenheter var anslutna till NPÖ, eller inte. I årets enkät gavs fler alternativ för att Socialstyrelsen ska kunna följa utvecklingen mer detaljerat. En jämförelse mellan åren bör därför göras med en viss försiktighet. Enligt svaren från 2014 års enkät framgick att i 57 procent av kommunerna var alla vårdenheter anslutna till NPÖ. Det har alltså skett en ökning med 12 procentenheter mellan åren. Andelen kommuner där samtliga privata vårdenheter var anslutna har ökat från 34 till 42 procent i år, en ökning med 8 procentenheter.

Om en kommun ansluter sig till NPÖ som producent kan de göra journaluppgifterna om de enskilda vårdtagarna tillgängliga också för andra vårdgivare som är anslutna till NPÖ. Det är dock en liten andel av kommunerna som har anslutit sig till NPÖ för att dela med sig av journaluppgifter till andra vårdgivare. Det är endast fem procent av de kommuner som har egna vårdenheter, och inga kommuner som har privata vårdenheter, som kan dela journaluppgifter (se tabell 3).

Tabell 3. Andelen kommuner vars vårdenheter är anslutna till NPÖ som producent.

	Andelen kommuner med vårdenheter i egen regi i % (n=204)	Andelen kommuner med vårdenheter i privat regi i % (n=55)
Ingen vårdenhet ansluten	94	98
Färre än hälften är anslutna	0	2
Ca hälften är anslutna	0	0
Mer än hälften är anslutna	1	0
Alla vårdenheter är anslutna	5	0

För att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna ska kunna ta del av informationen från andra vårdgivare genom NPÖ krävs att de får behörighet till systemet. Dels krävs att de har en e-legitimation, dels att de är registrerade i en nationell eller regional katalog där deras professionella roll är angiven. Av tabell 4 framgår att i 68 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i egna verksamheter tillgång till NPÖ och 23 procent i privata verksamheter.

Tabell 4. Andelen kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till NPÖ med egen inloggning.

Andel av personalen	Andelen kommuner med vårdenheter i egen regi i % (n=203)	Andelen kommuner med vårdenheter i privat regi i % (n=76)
Ingen	24	33
Färre än hälften	2	5
Ca hälften	0	0
Mer än hälften	6	1
Alla	68	23
Vet ej	0	38
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning rapporterades att i 55 procent av kommunerna hade all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till NPÖ med egen inloggning. Då gjordes dock ingen uppdelning på kommunala och privata verksamheter så en jämförelse mellan åren kan därför inte göras.

För att NPÖ ska bli till nytta för den enskilde och för att vården ska bli mer effektiv har kommunen ett övergripande ansvar för att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen använder systemet. Ett sätt att göra detta på är att kommunen tar fram rutiner för hur och när personalen ska använda systemet. Av tabell 5 framgår att 55 procent av kommunerna har rutiner på plats och att ytterligare 32 procent har startat en process för (februari 2015) ta fram rutiner.

Tabell 5. Andelen kommuner som har rutiner för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ (n=225).

	Andel i % *
Ja	55 (39)
Nej	25 (29)
Riktlinjerna är under produktion och kommer att sättas i drift inom sex månader	20 (32)
Totalt	100

*siffrorna inom parentes avser resultat från 2014 års undersökning

Vid 2014 års undersökning framkom att det var 39 procent av kommunerna som hade rutiner för hälso- och sjukvårdens användning av NPÖ. Det har alltså skett en ökning med 16 procentenheter mellan åren.

Säker roll- och behörighetsidentifikation

I kommunerna finns som regel ett antal it-baserade system där personuppgifter behandlas. Det handlar om de lokala verksamhetssystem där man har personakter och journaler för arbetet med socialtjänstens brukare och klienter. Det finns också andra fristående system där man lagrar och behandlar uppgifter om personer. Utöver detta har som regel kommunens hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till nationella system, till exempel kvalitetsregister

inom äldreomsorgen, NPÖ eller Pascal². De personalkategorier som arbetar med brukare och patienter behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete och personuppgifterna som behandlas i dessa system skyddas av sekretessregler. Det är därför viktigt de personer som har behörighet till uppgifterna bara kan komma åt just de uppgifterna. Systemen behöver vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner som gör att enbart behörig personal kan få tillgång till dessa uppgifter.

Ett av målen i överenskommelsen mellan regeringen och SKL är att öka andelen berörd personal inom socialtjänsten som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. I dag tolkar de flesta säker roll- och behörighetsidentifikation som att medarbetaren har tillgång till en e-legitimation som är kopplad till en katalog där rollerna finns angivna. Denna e-legitimation används vid inloggning till systemen tillsammans med en personlig pinkod eller ett engångslösenord.

I tabell 6 anges hur stor andel av kommunerna som har digitala verksamhetssystem och andra it-baserade system där personuppgifter behandlas och där systemen kräver en säker roll- och behörighetsidentifikation av användaren. I 19 procent av kommunerna har alla system krav på en säker inloggning. I 11 procent av kommunerna har man inga system som kräver en säker inloggning. Det är alltså en större andel av kommunerna som har säkrat alla sina verksamhetssystem och andra system som hanterar personuppgifter.

Tabell 6. Antalet och andelen kommuner där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver säker inloggning

	Antal	Andel i % *
Ja	44	19 (19)
Delvis	161	69 (47)
Nej	26	11 (34)
Frågan är inte aktuell då kommunen inte har ett digitalt verksamhetssystem	2	1
Totalt	233	100

*siffror inom parentes avser resultat från 2014 års undersökning

I förhållande till 2014 års undersökning är det en lika stor andel av kommunerna (19 procent) där alla system kräver säker inloggning. Andelen kommuner där en del av systemen kräver säker inloggning har dock ökat från 47 procent till 69 och andelen kommuner som inte har några system som kräver säker inloggning har minskat kraftigt, från 34 procent till 11.

Personalens möjligheter att logga in på ett säkert sätt skiljer sig också åt. Hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till säker roll- och säkerhetsidentifikation i större omfattning än socialtjänstpersonalen. Av tabell 7 framgår att i en majoritet av kommunerna (96 procent) använder all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunala vårdenheter en säker roll- och

² Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, där patienten får sina mediciner fördelade i påsar.

behörighetsidentifikation och i 80 procent av kommunerna gör all personal i privata verksamheter det.

Tabell 7. Andelen kommuner där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder säker roll- och behörighetsidentifikation.

	Kommunal drift i %, (n=206)	Privat drift i % (n=45)
Ingen	0	7
Färre än hälften	0	0
Ca hälften	0	0
Mer än hälften	4	13
Alla	96	80
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom att i 95 procent av kommunerna använde all hälso- och sjukvårdspersonal säker roll- och behörighetsidentifikation i kommunala verksamheter, I privata verksamheter var det 82 procent.

Socialtjänstpersonalen har inte i lika hög utsträckning som hälso- och sjukvårdspersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Endast 41 procent av kommunerna anger att all myndighetsutövande personal använder en säker roll- och behörighetsidentifikation i sitt arbete (se tabell 8).

Det pågår en utveckling, om än svag, mot att en större andel av socialtjänstpersonalen får säker roll- och behörighetsidentifikation. Av enkäten framgick att i 55 procent (14 + 41) av kommunerna har över 50 procent av socialtjänstpersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation i kommunala verksamheter.

Tabell 8. Antalet och andelen kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder säker roll- och behörighetsidentifikation.

	Antal	Andel i %
Ingen	16	7
Färre än hälften	67	29
Ca hälften	20	9
Mer än hälften	32	14
Alla	95	41
Totalt	230	100

I en mindre andel av kommunerna har den utförande socialtjänstpersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. I 14 procent av kommunerna har all personal i kommunala verksamheter tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation och i privata verksamheter är det 12 procent (tabell 9).

Tabell 9. Andelen kommuner där den berörda utförande socialtjänstpersonalen har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation, i kommunala och privata verksamheter.

	Andelen kommuner med vårdenheter i egen regi i % (n=201)	Andelen kommuner med vårdenheter i privat regi i % (n=81)
Ingen	12	54
Färre än hälften	62	28
Ca hälften	6	2
Mer än hälften	6	4
Alla	14	12
Totalt	100	100

Mobil dokumentation och tillgång till information

Inom socialtjänsten, framför allt i hemtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården finns det personal som besöker brukare och patienter i hemmet. Vid dessa besök kan personalen ha behov av information från kommunens verksamhetssystem, från kommunens hälso- och sjukvårdsdokumentation eller från nationella system, till exempel NPÖ eller Pascal. Vidare kan personalen ha behov av att dokumentera vad som har kommit fram vid besöket. För att läsa och dokumentera mobilt finns olika lösningar; mobiler, surfplattor, digitala pennor och bärbara datorer.

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

I 5 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i de egna it-baserade systemen. I privat drift är andelen densamma (tabell 10). I 70 procent av kommunerna har ingen av hälso- och sjukvårdspersonalen i de egna verksamheterna utrustning för att läsa mobilt. I 88 procent av kommunerna har ingen av hälso- och sjukvårdspersonalen i privata verksamheter utrustning för att läsa mobilt.

Tabell 10. Andelen kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens, eller eget, verksamhetssystem.

	Kommunal verksamhet i % (n=204)	Privat verksamhet i % (n=43)
Ingen	70	88
Färre än hälften	22	7
Ca hälften	0	0
Mer än hälften	3	0
Alla	5	5
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom att i 6 procent av kommunerna hade all hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem. I 8 procent av kommunerna hade all personal i privata verksamheter detta.

Av tabell 11 framgår att i 5 procent av kommunerna kan all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunens egna verksamheter dokumentera i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret. I 3 procent av kommunerna kan all mobil personal i privata verksamheter dokumentera när de är utanför kontoret.

Detta innebär bland annat att flertalet av den mobila personalen måste gå tillbaka till kontoret för att kunna göra journalanteckningar om besöket hos patienten. I 73 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter utrustning för att dokumentera mobilt. I 93 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade personalen i privata verksamheter sådan utrustning.

Tabell 11. Andelen kommuner där den berörda mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem.

	Kommunal verksamhet i % (n=201)	Privat verksamhet i % (n=68)
Ingen	73	93
Färre än hälften	19	4
Ca hälften	0	0
Mer än hälften	3	0
Alla	5	3
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom att i 4 procent av kommunerna hade all hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet. I 6 procent av kommunerna hade all personal i privata verksamheter detta.

När den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen utför arbetsutgifter utanför kontoret kan de ha behov av uppgifter från NPÖ för att ta

reda på vad andra vårdgivare, till exempel en vårdavdelning på sjukhuset, har gjort, eller att kontrollera i Pascal vilka mediciner en patient har förskrivna. Av tabell 12 framgår att i 5 procent av kommunerna har den legitimerade personalen i kommunala verksamheter tillgång att läsa i NPÖ eller Pascal mobilt. I 3 procent av kommunerna har den legitimerade personalen i privata verksamheter sådan tillgång.

Tabell 12. Andelen kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i nationella system.

	Kommunal verksamhet i % (n=202)	Privat verksamhet i % (n=39)
Ingen	77	89
Färre än hälften	16	8
Ca hälften	0	0
Mer än hälften	4	0
Alla	5	3
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom att i 5 procent av kommunerna hade all hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i nationella system (exempelvis NPÖ eller Pascal). I 3 procent av kommunerna hade all personal i privata verksamheter detta.

Den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen kan ha behov att av föra in uppgifter i nationella system, till exempel i Pascal eller i ett nationellt kvalitetsregister. Av tabell 13 framgår att i 4 procent av kommunerna har den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter möjligheter att tillföra uppgifter i nationella system mobilt. I 2 procent av kommunerna har den legitimerade personalen i privata verksamheter dessa möjligheter.

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

	Kommunal drift (n= 195) (%)	Privat drift (n= 31) (%)
Ingen	77	93
Färre än hälften	16	5
Ca hälften	0	0
Mer än hälften	2	0
Alla	5	2
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom att i 4 procent av kommunerna hade all hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa tillföra uppgifter i nationella system. I inga privata verksamheter kunde personalen göra detta.

Hemtjänstpersonal eller annan mobil socialtjänstpersonal kan ha behov av uppgifter från kommunens verksamhetssystem när de utför sina uppgifter

utanför kontoret. I majoriteten av kommunerna har personalen inte tillgång till mobil utrustning så att de kan komma åt och läsa i verksamhetssystemet till exempel när de besöker en brukare i hemmet. Av tabell 14 framgår att i 6 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal tillgång till kommunens verksamhetssystem mobilt och i 6 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal i privata verksamheter också denna tillgång.

Tabell 14. Andelen kommuner där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens eller eget verksamhetssystem.

	Kommunal verksamhet i % (n=209)	Privat verksamhet i % (n=88)
Ingen	55	81
Färre än hälften	30	8
Ca hälften	3	2
Mer än hälften	6	3
Alla	6	6
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom att i 3 procent av kommunerna hade all socialtjänstpersonal möjlighet att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem. I en lika stor andel av kommunerna hade all personal i privata verksamheter tillgång till verksamhetssystemet mobilt för att ta del av uppgifter.

I cirka 5 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal i egna verksamheter utrustning och möjlighet att mobilt registrera besök eller att dokumentera vad som skett vid besök hos brukare i kommunens verksamhetssystem eller i andra digitala system. I 10 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal i privata verksamheter denna utrustning. (se tabell 15). Denna registrering eller dokumentation sker med hjälp av mobiltelefoner, läsplattor, bärbara datorer eller digitala pennor som lagrar information. I majoriteten av kommunerna är det ingen av personalen som har möjlighet att registrera och dokumentera mobilt.

Tabell 15. Andelen kommuner där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i kommunens eller eget verksamhetssystem.

	Kommunala verksamheter i % (n=208)	Privata verksamheter i % (n=90)
Ingen	58	85
Färre än hälften	28	4
Ca hälften	2	0
Mer än hälften	7	1
Alla	5	10
Totalt	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom att i 8 procent av kommunerna hade all hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem. I 14 procent av kommunerna hade all personal i privata verksamheter denna möjlighet.

Strukturerad dokumentation

I överenskommelsen mellan regeringen och SKL om evidensbaserad socialtjänst fanns inget uttalat mål om strukturerad dokumentation. Socialstyrelsen har dock ett särskilt uppdrag att stötta kommunerna att införa strukturerad dokumentation i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten. Myndigheten har därför ställt några frågor till kommunerna som rör detta område och redovisar resultaten i detta avsnitt.

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som är av betydelse för ärendet. Dokumentationen görs både i löpande journaltext och i strukturerad form. Med strukturerad dokumentation menas att det finns fasta svarsalternativ. Strukturerad dokumentation används i Äldres behov i centrum (ÄBIC) [8] inom äldreomsorgen. Inom barnområdet finns Barns behov i centrum (BBIC) [9] och inom missbruksområdet finns framför allt Addiction Severity Index (ASI) och Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD).

Kommunerna använder strukturerad dokumentation i varierande omfattning. Av tabell 16 framgår att flest kommuner har infört strukturerad dokumentation i myndighetsutövningen av barnärenden, 95 procent. Här handlar det framför allt om att BBIC är ett etablerat system för dokumentation av utredning, genomförande av insatser och uppföljning. Systemet har funnits i Sverige sedan 2006. I myndighetsutövningen av insatser för personer med funktionsnedsättningar är det en betydligt lägre andel kommuner som använder strukturerad dokumentation, 18 procent. Inom äldreområdet finns sedan några år dokumentationssystemet Äldres behov i centrum (ÄBIC). Detta bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [10]. Cirka 27 procent av kommunerna använder ÄBIC i myndighetsutövningen inom äldreomsorgen.

Tabell 16. Andelen kommuner vars personal inom myndighetsutövningen använder en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ i verksamhetssystemet.

	Andelen kommuner som svarat ja i % *	Antalet kommuner som besvarat frågan
Barn och unga	95 (88)	222
Ekonomiskt bistånd	28 (26)	218
Familjerätt	25 (27)	213
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	18 (17)	217
Vuxna med missbruksproblem	72 (62)	219
Äldreomsorg	27 (19)	225

* siffor inom parentes avser 2014

Av tabell 16 framgår att det 2015 är fler kommuner vars personal i myndighetsutövningen använder strukturerad dokumentation inom samtliga verksamheter än 2014 utom familjerätten där det har skett en viss minskning.

I socialtjänstens utförarled är det färre kommuner som använder strukturerad dokumentation än i myndighetsutövningen. I kommunala verksamheter är det 74 procent av kommunerna som har angett att de använder strukturerad dokumentation inom området barn och unga och 53 procent inom missbruksområdet.

I verksamheter för arbetsmarknadsinsatser är andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation lägst, 7 procent (se tabell 17).

Tabell 17. Andelen kommuner vars socialtjänstpersonal i utförarledet inom kommunal verksamhet och i den kommunala hälso- och sjukvården använder en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ i verksamhetssystemet.

	Andel kommuner som svarat ja i % *	Antalet kommuner som har kommunala verksamheter inom området och besvarat frågan
Barn och unga	74 (76)	212
Familjerätt	21 (19)	196
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	14 (13)	215
Vuxna med missbruksproblem	53 (45)	208
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	16 (10)	216
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	15 (10)	218
Arbetsmarknadsinsatser	7 **	183
Hemsjukvård i ordinärt boende	38 (19)	195
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	40 (20)	201

* Siffor inom parentes avser 2014.

** I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för arbetsmarknadsinsatser

Av tabell 17 framgår att det skett en fördubbling mellan 2014 och 2015 av andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation inom hemsjukvården och hälso- och sjukvården i särskilda boenden. Inom socialtjänstens områden har det också med undantag för verksamhetsområdet barn och unga skett en viss ökning, om än inte lika markant.

I de privata verksamheterna är det en mindre andel än i de kommunala som använder strukturerad dokumentation. De områden som flest kommuner rapporterar att de privata verksamheterna använder strukturerad dokumentation inom, är barn och unga (34 procent) och hälso- och sjukvården i särskilt boende (29 procent) (se tabell 18).

Tabell 18. Andelen kommuner där socialtjänstpersonal i utförarledet inom privat verksamhet och i den kommunala hälso- och sjukvården använder en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ i verksamhetssystemet.

	Andelen kommuner som svarat ja i %	Antalet kommuner som har privata verksamheter inom området och besvarat frågan
Barn och unga	34	64
Familjerätt	16	45
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	9	92
Vuxna med missbruksproblem	20	64
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	11	108
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	13	92
Arbetsmarknadsinsatser	6	53
Hemsjukvård i ordinärt boende	26	46
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	29	45

ICF innebär ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Det kan användas som verktyg vid bedömning av behov, vid arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering [10].

Av tabell 19 framgår att ICF används i mellan 4 och 26 procent av kommunerna, i myndighetsutövningen, beroende på verksamhetsområde. Mest inom äldreomsorgen (26 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (4 procent).

Tabell 19. Andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen.

	Andelen kommuner som svarat ja i % *	Antalet kommuner som har kommunala verksamheter inom området och besvarat frågan
Barn och unga	14 (7)	218
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	14 (10)	223
Vuxna med missbruksproblem	7 (4)	217
Äldreomsorg	26 (14)	226
Ekonomiskt bistånd	4 **	216

* Siffor inom parentes avser 2014.

** I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för ekonomiskt bistånd

I förhållande till 2014 års undersökning har det skett en påtaglig ökning i användningen av ICF. Till exempel har andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen använder ICF för barn och unga, ökat från 7 procent 2014 till 14 procent 2015. Även inom övriga socialtjänstområden har användningen av ICF ökat.

I utförarledet i kommunala verksamheter används ICF framför allt inom hälso- och sjukvården. I hemsjukvården i ordinärt boende är det 66 procent av kommunerna som använder ICF och i hälso- och sjukvården i särskilda boenden 69 procent. Inom socialtjänstverksamheterna är det betydligt färre kommuner som använder ICF (se tabell 20).

Tabell 20. Andelen kommuner där socialtjänstpersonal i utförarledet och hälso- och sjukvårdspersonal (inom kommunal verksamhet) använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

	Andelen kommuner som svarat ja i %	Antalet kommuner som har kommunala verksamheter inom området och besvarat frågan
Barn och unga	8	202
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	12	209
Vuxna med missbruksproblem	5	197
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	209
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	19	211
Arbetsmarknadsinsatser	3	189
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	198
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	205

När det gäller privata verksamheter är det framför allt inom hälso- och sjukvården som man använder ICF. I 36 procent av kommunerna används ICF i hemsjukvården i ordinärt boende och i 50 procent av kommunerna används ICF i hälso- och sjukvården i särskilda boenden (tabell 21).

Tabell 21. Andelen kommuner där socialtjänstpersonal i utförarledet i privat verksamhet använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala dokumentationen.

	Andel kommuner som svarat ja i %	Antalet kommuner som har privata verksamheter inom området och besvarat frågan
Barn och unga	0	74
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	2	89
Vuxna med missbruksproblem	0	70
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	7	106
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	10	88
Arbetsmarknadsinsatser	0	56
Hemsjukvård i ordinärt boende	36	44
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	50	48

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en klassifikation av åtgärder inom hälso- och sjukvården [11]. Den anger hur en utförd åtgärd ska grupperas (klassificeras), det vill säga vilken kategori och grupp den ska tillhöra i en hierarkiskt uppbyggd struktur. Klassifikationen anger också vilken kodbe-teckning (åtgärdskod) som ska användas.

Av tabell 22 framgår att 39–41 procent av kommunerna använder KVÅ i de egna verksamheterna för patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. När det gäller privata verksamheter är andelen kommuner något mindre. Där är det 24–36 procent av kommunerna som använder KVÅ.

Tabell 22. Andelen kommuner som använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen.

	Kommunala verksamheter		Privata verksamheter	
	Andelen kommuner i %	Antalet kommuner som har egna verksamheter och som har besvarat frågan	Andelen kommuner i %	Antalet kommuner som har privata verksamheter och som har besvarat frågan
Hemsjukvård i ordinärt boende	39	196	24	38
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	41	202	36	44

År 2014 var andelen kommuner som använde KVÅ i hemsjukvård 35 procent och i hälso- och sjukvården i särskilt boende var den 34 procent. I 2014 års enkät gjordes dock inte uppdelningen på kommunala och privata verksamheter så uppgifterna är inte helt jämförbara.

Diskussion

E-tjänster för brukare och patienter

En mindre andel av landets kommuner har en eller flera e-tjänster som är riktade till patienter, brukare, anhöriga eller allmänheten. Det är framför allt inom den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som kommunerna har infört e-tjänster.

Detta kan jämföras med de mål för e-hälsoarbetet som länsorganisationerna satte upp 2013 och som framgick av de handlingsplaner som de tog fram i samband med ansökan om stimulansbidrag för 2013. Dessa mål finns sammanställda i Socialstyrelsens rapport *Utveckling av e-hälsa i kommunerna – uppföljning av stimulansmedel 2013* [6]. Där framgick att 45 procent av kommunerna hade e-tjänster, eller planerade att införa e-tjänster under 2013. År 2015 planerade 69 procent av kommunerna att ha infört någon eller flera e-tjänster. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna inte ligger i fas med sin planerade utbyggnad av e-tjänster. Den tjänst som kommer i närheten av målet är webbtjänst för klagomål och synpunkter. Den förklaring som ges från kommunerna och de regionala e-hälsosamordnarna till att utvecklingen inte går som planerat är bland annat att kommunerna vill samordna sina e-tjänster inom kommunerna och i länen. De har därför satsat på att utveckla lokala och regionala plattformar och infrastruktur där man ska lansera e-tjänsterna i ett sammanhållet system med delar som kan kommunicera med varandra. Det framgår inte om kommunernas satsning på infrastruktur och plattformar har inneburit att de har reviderat innehållet i sina mål när det gäller att införa e-tjänster, eller om de bara har skjutit måluppfyllelsen på framtiden.

Flera kommuner har infört digitala tjänster inom äldreomsorgen och i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Detta handlar bland annat om natttillsyn med kamera, gps-larm och olika sensorer som installeras i den enskildes hem. Denna typ av utrustning kan vara till stor hjälp för den enskilde och för socialtjänsten i tillsynen av den enskilde. Det finns dock etiska och juridiska överväganden som måste göras när kommunen inför denna typ av utrustning. Detta gäller särskilt för personer med nedsatt beslutsförmåga, det vill säga personer med kognitiva nedsättningar eller med demenssjukdom. Många kommuner uttrycker att de saknar kompetens och efterfrågar vägledning i att hantera denna typ av frågor.

Flera av de digitala tjänsterna är beroende av fungerande kommunikationsnät av hög kapacitet. T.ex. kräver kameratillsynen att signalerna går fram till larmcentralen eller till hemtjänstgruppen som sköter denna tillsyn. På många platser i landet är inte bredbandstäckningen eller mobiltäckningen tillräcklig för att signalerna ska gå fram till avsedd mottagare.

Etiska och juridiska aspekter

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

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) lämnade en rapport den 19 februari 2015 där man hade behandlat frågor om etiska aspekter på robotar och övervakning i vården av äldre [12]. Med övervakningsteknik menar man både kameror för tillsyn i den enskildes hem och gps-sändare som den enskilde ska bära på sig. I rapporten för Smer en diskussion om fördelar och nackdelar med att införa hälsorobotar och övervakningsteknik i vården och omsorgen av äldre personer. Smer menar att när det gäller personer med nedsatt beslutskompetens är det viktigt ”att vårdpersonalen är särskilt noggrann med hur information ges, att det säkerställs att den enskilde förstått informationen, att extra lyhördhet visas och att stöd ges för att möjliggöra ett ställningstagande, innan en robot introduceras i vården”.

Socialstyrelsen instämmer i Smers bedömning att det är viktigt att tillsyn med hjälp av kameror eller gps-larm åtföljs av noggranna etiska överväganden i synnerhet när det gäller personer med nedsatt beslutsförmåga.

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

Kameratillsynen och gps-larmen väcker också juridiska frågor. Det gäller framför allt regeringsformens (RF) regler om skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten (2 kap. 6 § andra stycket RF) men även de krav som följer av socialtjänstlagstiftningen. Det finns ännu inget refererat avgörande i domstol som ger ledning för hur denna bestämmelse i RF ska tolkas när det gäller kameratillsyn och gps-larm. Socialstyrelsen gjorde under 2014 en rättsutredning om övervakning inom socialtjänsten och den kommunala hemsjukvården [13]. I denna redogörs bland annat för det skydd mot övervakning som var och en har rätt till enligt regeringsformen (RF) och de grundläggande krav på verksamheten som följer av den lagstiftning som styr socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I rättsutredningen konstateras bland annat att verksamheter som styrs av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Detta innebär att frivillighet för den enskilde är utgångspunkten för alla insatser. Insatserna enligt dessa lagstiftningar kan sägas grunda sig på samtycke från den enskilde. Det finns dock inte definierat i lagstiftningen eller i de förarbeten som denna grundas på vad som krävs för att ett samtycke ska vara giltigt eller vilka former av samtycken som kan accepteras i olika situationer.

Socialstyrelsen kostaterar att det också finns behov av att följa utvecklingen av de digitala välfärdstjänsterna och bedöma i vilken mån staten behöver

anpassa det regelverk som gäller vården och omsorgen. Detta behov har funnits sedan tidigare vad avser SoL, HSL m.fl. lagar och har nu blivit än viktigare i samband med att patientlagen (2014:821) trätt i kraft. Där finns visserligen uttryckliga regler om samtycke m.m. men det har ännu inte hunnit utvecklas någon praxis angående tillämpningen.

Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver

- påskynda införandet av e-tjänster för brukare, anhöriga och allmänheten
- utveckla kompetensen för att hantera de juridiska och etiska frågorna i samband med införandet av digitala tjänster i äldreomsorgen och i verksamheterna för personer med funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att staten behöver

- utveckla kunskapsstöd till kommunerna till exempel om tillämpliga bestämmelser m.m. och etiska förhållningssätt
- verka för att påskynda utbyggnaden av infrastruktur för kommunikation, bredband via fiber och mobila nät
- göra nationella utvärderingar av effekterna av införande av digitala välfärdstjänster och e-hälsa

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

Det finns cirka 203 000 trygghetslarm i landet varav 54 000 är digitala (27 procent). Vid mätningen 2014 fanns det cirka 30 000 digitala trygghetslarm (14 procent). Det har alltså skett en ökning med 24 000 larm (80 procent).

Andelen kommuner som har enbart digitala larm har också ökat från 9 procent till 16. Det har alltså skett en påtaglig ökning under 2014 men 30 procent av kommunerna har fortfarande inte börjat införa digitala trygghetslarm. Flera kommuner bedömer att de inte kommer att ha uppfyllt regeringens mål att alla trygghetslarm ska vara digitala vid utgången av 2016.

Kommunerna har ansvaret för att trygghetslarmen fungerar och ger den trygghet de är avsedda att göra. Detta innebär att kommunerna måste se till att de har den tekniska kompetens som behövs för att införa och administrera digitala trygghetslarm. Socialstyrelsen konstaterar att många kommuner saknar personal med kompetens för att införa och administrera de digitala trygghetslarmen. Kommunerna måste också se till att de har kompetens när det gäller upphandlingar och avtal så att de inte ingår avtal med leverantörer som hindrar den tekniska utvecklingen. SKL har gett stöd till kommunerna när det gäller upphandlingar genom att teckna ett ramavtal med några leverantörer från vilka kommunerna kan göra avrop. År 2014 var det 250 kommuner som hade anslutit sig till detta ramavtal och cirka 110 kommuner avropade från detta ramavtal under den första avtalsperioden som löpte på två år. Myndigheten för delaktighet och Socialstyrelsen har flera uppdrag med syfte att öka kompetensen i kommunerna. Dessa uppdrag kommer att utmynna i informations- och utbildningsinsatser på en övergripande nivå. De kommer dock inte att fylla alla behov av utbildning i teknik, organisation och juridik som kom-

munerna har. Kommunerna behöver själva ta ansvar för att rekrytera personal med rätt kompetens och att utbilda den befintliga personalen.

Det finns dock faktorer som delvis ligger utanför kommunernas möjligheter att direkt påverka. En av dessa är att det inte finns bredband och mobila nät med tillräckligt god täckning på alla platser. Detta innebär att kommunerna inte kan införa digitala trygghetslarm i den omfattning som de skulle vilja. På många platser stämmer dessutom inte kommunernas egna bedömningar av mobiltäckningen med den bild som mobiloperatörerna hävdar. Socialstyrelsen konstaterar därför att staten behöver vara fortsatt aktiv och verka för att utbyggnaden av infrastruktur för kommunikation, bredband via fiber och mobila nät påskyndas.

Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver

- påskynda införandet av digitala trygghetslarm
- utveckla kompetensen för att installera och hantera de digitala trygghetslarmen
- utveckla upphandlarkompetensen

Socialstyrelsen konstaterar vidare att staten behöver

- verka för att påskynda utbyggnaden av infrastruktur för kommunikation, bredband via fiber och mobila nät

Nationell patientöversikt

Användningen av NPÖ för att läsa information är i tilltagande men en mycket liten andel av kommunerna kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa.

En majoritet (69 procent) av de kommuner som har besvarat årets enkät är anslutna till NPÖ för att kunna ta del av andra vårdgivares hälso- och sjukvårdsdokumentation. I 42 procent av de kommuner som har privata utförare, har samtliga anslutits till NPÖ, enligt kommunerna som besvarat enkäten. Det är alltså en större andel av de kommunala vårdenheterna som är anslutna till NPÖ, än av de privata. Under 2013 års arbete inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKL var anslutningarna till NPÖ ett prioriterat område. Flera län rapporterade att samtliga kommuner var anslutna eller var på väg att anslutas under 2013. Här är det dock uppenbart att regeringens och SKL:s intentioner inte fullt ut nått de privata utförarna under 2014 heller.

Av enkätsvaren framgick vidare att närmare 50 procent av kommunerna inte hade kännedom om de privata utförarna var anslutna till NPÖ eller inte. Socialstyrelsen konstaterar att detta inte är tillfredsställande. Kommunerna har ansvar för att brukare och patienter tillförsäkras god vård och omsorg. För att kunna uppfylla detta krav behöver kommunerna ha kännedom om, och kontroll över, den vård och omsorg som de har uppdragit till privata utförare.

Inera, som har utvecklat och äger NPÖ, tar fortlöpande fram statistik över användningen av NPÖ. Denna visar att sedan oktober 2013 till mars 2015 har

antalet användare ökat från 2 116 till 4 400. Cirka 70 procent av dessa användare är från kommunerna båda åren. Resterande är från landstingen och en liten andel privata vårdgivare. Ineras statistik visar också att användarna har blivit mer aktiva. De sökningar på patienter som gjordes i NPÖ avsåg i oktober 2013 knappt 10 000 patienter och i mars 2015 var de närmare 24 000 patienter.

När det gäller att dela med sig av hälso- och sjukvårdsdokumentation i NPÖ är det endast 5 procent av kommunerna som kan göra detta. Inga privata vårdgivare har anslutit sig för att kunna dela information. Det har varit en mycket liten utveckling sedan förra årets mätning. Enligt enkätsvaren är skälet till att så få kommuner har anslutit sig för att kunna dela information, att det har rått en stor osäkerhet om prisbilden för att ansluta verksamheter till NPÖ för att kunna producera information till systemet. Inera har lett en utveckling av NPÖ och kommunerna har därför valt att avvakta den nya versionen. Den nya versionen av NPÖ kommer att lanseras i september 2015.

Socialstyrelsen konstaterar att det är otillfredsställande att endast ett fåtal kommunala och inga privata vårdgivare kan dela journalinformation. En stor del av hälso- och sjukvården bedrivs idag i den kommunala hälso- och sjukvården och dessa producerar information som kan vara till nytta för andra vårdgivare, inte minst akutsjukvården. Detta medför att det finns risk för att den enskilde får en sämre vård på grund av denna informationsbrist.

Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver

- påskynda införandet av den nationella patientöversikten för att kunna dela patientjournaler med andra vårdgivare
- verka för att användningen av NPÖ ökar hos berörda personalgrupper

Säker roll- och behörighetsidentifikation

Det är stor skillnad mellan hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal i användningen av säker roll- och behörighetsidentifikation. I cirka 96 procent av kommunerna har all hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Motsvarande siffra för socialtjänstens myndighetsutövning är cirka 41 procent och inom utförarledet i kommunala verksamheter är det 14 procent. En förklaring till den stora skillnaden mellan hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal kan vara att landstingens och regionernas gemensamma bolag Inera har utvecklat ett system för landstingen och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver säkra sina verksamhetssystem och ge all relevant personal tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Ur verksamhetssynpunkt är skillnaderna mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och socialtjänstpersonalen inte motiverad.

Mobil dokumentation och tillgång till information

Såväl hälso- och sjukvårdspersonal som socialtjänstpersonal har begränsade möjligheter att dokumentera och komma åt information när de är utanför kontoret. När det gäller hälso- och sjukvården är det mindre än 5 procent av kommunerna där all legitimerad personal kan läsa och dokumentera mobilt både i kommunalt drivna verksamheter och i privata.

Det finns efterfrågan på mobila lösningar inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten i kommunerna. Det handlar framför allt om att personal inom hemtjänsten och hemsjukvården efterfrågar smarta mobiler, läsplattor, bärbara datorer och andra verktyg för att få tillgång till verksamhetssystemen. Det finns dock, enligt de regionala e-hälso-samordnarna, problem med de mobila lösningarna, till exempel erbjuder inte alla leverantörer säkra anslutningar till verksamhetssystemen via de mobila enheterna. Detta innebär att hemsjukvårds- och hemtjänstpersonal inte kan ta del av verksamhetssystem och andra system när de arbetar i den enskilde brukarens eller patientens hem. De kan heller inte göra den nödvändiga dokumentationen på plats utan tvingas att åka tillbaka till kontoret för att komma åt verksamhetssystemet och kunna dokumentera. Detta orsakar tids- och effektivitetsförluster vilket i sin tur kan medföra att patienter och brukare inte får en optimal vård och omsorg.

Strukturerad dokumentation

En strukturerad dokumentation där kommunerna använder den gemensamma informationsstrukturen är en förutsättning för en säker digital dokumentation inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Detta gäller i synnerhet inom områden där den enskilde har kontakt med flera vård- eller omsorgsgivare som behöver kommunicera med varandra. Även ett mobilt arbetssätt för hemtjänst och hemsjukvård kräver en strukturerad dokumentation.

I verksamheter för barn och unga och för vuxna med missbruksproblem används system för strukturerad dokumentation i större utsträckning än inom andra verksamhetsområden. Detta gäller såväl i kommunens myndighetsutövning som i utförandet av åtgärder. Inom övriga delar av socialtjänsten är det inte lika vanligt med strukturerad dokumentation, där handläggare och utförare använder fasta svarsalternativ i dokumentationen. Inom hemsjukvården och inom hälso- och sjukvården i särskilda boenden är användningen av strukturerad dokumentation mer vanligt förekommande. I närmare 70 procent av kommunerna använder den kommunala hälso- och sjukvården Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

Socialstyrelsen har ansvar för att förvalta och vidareutveckla den nationella informationsstrukturen och det nationella fackspråket för vård och omsorg, det som med ett samlande namn kallas gemensam informationsstruktur. I detta ansvar ingår också att ta fram regelverk för användningen av den gemensamma informationsstrukturens olika delar och att ge användarstöd. Re-

gelverket ska omfatta vägledning, rekommendationer och principer för hur en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation ska uppnås. Inom ramen för detta arbete har myndigheten också tagit fram en utvärderingsmodell för att följa implementeringen av den nationella informationsstrukturen inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen har också ett uppdrag att sprida och utveckla ett system för dokumentation inom vård och omsorg om äldre, Äldres behov i centrum (ÄBIC) [8]. Projektet har inneburit ett stöd för att införa ÄBIC i kommunerna. I detta arbete har det utbildats processledare, som i sin tur ska utbilda användare i kommunerna. Socialstyrelsen fick 2015 ett förlängt och utökat uppdrag. Det nya uppdraget ska också omfatta verksamheter för personer med funktionsnedsättningar och för stöd till anhöriga.

Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver fortsätta att utveckla strukturerad dokumentation inom samtliga områden inom socialtjänsten, i myndighetsutövning och i utförande verksamheter samt i den kommunala hälso- och sjukvården.

Behov av kompetensutveckling och utveckling av organisation

I rapporten e-hälsa i kommunerna 2014 konstaterade Socialstyrelsen att det fanns stora behov av kompetensutveckling och organisationsutveckling i kommunerna för att de ska kunna bedriva en utveckling inom e-hälsoområdet. Socialstyrelsen konstaterar i årets rapport att behoven kvarstår och diskussionen i det kommande avsnittet överensstämmer till stora delar med den som fördes för ett år sedan.

Slutsatser

Socialstyrelsen konstaterade i rapporten, *Utveckling av e-hälsa i kommunerna – uppföljning av stimulansmedel 2014*), att de statliga stimulansmedlen har varit viktiga för att hjälpa kommunerna att komma igång med utvecklingsarbetet. Resultaten från denna uppföljning av utvecklingen av e-hälsa i kommunerna visar dock att flera av de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan regeringen och SKL inte har uppnåtts.

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

Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver påskynda utvecklingen inom ovanstående områden för att tillförsäkra brukare och patienter en god vård och omsorg. I detta behöver kommunerna

- påskynda införandet av digitala trygghetslarm
- utveckla kompetensen för att installera och hantera de digitala trygghetslarmen
- utveckla upphandlarkompetensen vad gäller digitala trygghetslarm
- utveckla kompetensen för att hantera de juridiska och etiska frågorna i samband med införande av digitala tjänster
- påskynda införandet av NPÖ för att kunna dela patientjournaler med andra vårdgivare
- verka för att användningen av NPÖ ökar hos berörda personalgrupper
- säkra sina verksamhetssystem och ge all relevant personal inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation
- fortsätta att utveckla strukturerad dokumentation inom samtliga områden inom socialtjänsten, i myndighetsutövning och i utförande verksamheter samt i den kommunala hälso- och sjukvården.

Det finns också behov av ytterligare stöd från staten för att fortsatt utveckla e-hälsoarbetet i kommunerna. De områden som Socialstyrelsen särskilt har identifierat är

- kunskapsstöd till kommunerna till exempel om tillämpliga bestämmelser m.m. och etiska förhållningssätt
- utbyggnaden av infrastruktur för kommunikation, bredband via fiber och mobila nät
- nationella utvärderingar av effekterna av införande av digitala välfärdstjänster och e-hälsa

Referenser

1. Näringsdepartementet. It i människans tjänst – en digital agenda för Sverige. 2011.
2. Regeringen. Nationell IT-strategi för vård och omsorg 2006. Available from: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/03/73/9959f31e.pdf>.
3. Socialdepartementet. Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. 2010.
4. Sveriges Kommuner och Landsting. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2012.
5. Sveriges Kommuner och Landsting. Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2013.
6. Socialstyrelsen. Utveckling av e-hälsa i kommunerna – uppföljning av stimulansmedel i kommunerna. 2013.
7. Socialdepartementet. Uppdrag angående uppföljning av eHälsa och trygghetslarm i kommunerna. 2014.
8. Socialstyrelsen. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF 2013. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-12>.
9. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum – Grundbok BBIC. 2013.
10. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm. 2003.
11. Socialstyrelsen. Åtgärds-koder (KVÅ). 2009.
12. Statens medicinsk etiska råd. Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter. 2015.
13. Socialstyrelsen. Övervakning inom socialtjänsten och den kommunala hemsjukvården 2015, rättsutredning.

Bilaga 1. Svarsfrekvens per län

Andelen kommuner som besvarat enkäten, per län, 2015

	Andelen kommuner i %
01 Stockholms län	92
03 Uppsala län	63
04 Södermanlands län	89
05 Östergötlands län	62
06 Jönköpings län	85
07 Kronobergs län	100
08 Kalmar län	67
09 Gotlands län	100
10 Blekinge län	80
12 Skåne län	82
13 Hallands län	83
14 Västra Götalands län	88
17 Värmlands län	94
18 Örebro län	100
19 Västmanlands län	100
20 Dalarnas län	87
21 Gävleborgs län	60
22 Västernorrlands län	57
23 Jämtlands län	88
24 Västerbottens län	80
25 Norrbottens län	64
Riket	82

Bilaga 2. Nyckeltal e-hälsa

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

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

Motsvarande tabell i rapporten

1	<p>Kommunen har minst en e-tjänst riktad till invånare eller brukare, inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none">• barn och unga• ekonomiskt bistånd• familjerätt• familjerådgivning• personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)• vuxna med missbruksproblem• äldreomsorg• hemsjukvård.	text
2	<p>Kommunen kan erbjuda e-tjänster av följande slag:</p> <ul style="list-style-type: none">• tidbokning hos handläggare• ansökan om bistånd eller insats• bildkommunikation mellan brukare, anhöriga och handläggare eller utförare i socialtjänsten• e-hemtjänst (till exempel natttillsyn via videokamera, meddelandefunktion, påminnelse för till exempel mediciner)• digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal• övriga e-tjänster.	text
3	<p>Kommunen kan erbjuda följande slags e-tjänster på annat språk än svenska:</p> <ul style="list-style-type: none">• tidbokning hos handläggare• ansökan om bistånd eller insats• bildkommunikation mellan brukare, anhöriga och handläggare eller utförare i socialtjänsten• e-hemtjänst (till exempel natttillsyn via videokamera, meddelandefunktion, påminnelse för till exempel mediciner)• digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal• övriga e-tjänster.	text

Digitala trygghetslarm i ordinärt boende

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

4	Andelen trygghetslarm som är digitala.	Diagram 1
5	Kommunen tillämpar ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i arbetet med trygghetslarm i enlighet med SOSFS 2011:9.	1
6	Kommunen har andra tjänster kopplade till digitala trygghetslarm (till exempel positionering via GPS).	text

NPÖ

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

7	Alla vårdenheter i kommunen som utför hälso- och sjukvård är anslutna till NPÖ som konsument.	2
8	All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen har tillgång till NPÖ.	4
9	Kommunen har riktlinjer för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ.	5
10	Alla vårdenheter i kommunen som utför hälso- och sjukvård är anslutna till NPÖ som producent.	3
11	Följande informationsmängder görs tillgängliga i NPÖ från kommunens vårdenheter: a. vårdtagare (personuppgifter) b. uppmärksamhetssignal c. vård- och omsorgstjänst d. läkemedel e. vård- och omsorgskontakt f. vård- och omsorgsdokument g. funktionstillstånd h. vård- och omsorgsplan i. undersökningsresultat.	Redovisas ej, för få svarande

Säker roll- och behörighetsidentifikation

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

12	All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen använder säker roll- och behörighetsidentifikation.	7
13	All berörd socialtjänstpersonal i kommunen använder säker roll- och behörighetsidentifikation.	8, 9

14	Socialtjänstens verksamhetssystem och andra digitala system där personuppgifter behandlas och som har åtkomst via öppna nät kräver säker roll- och behörighetsidentifikation.	6
	<p><i>Dokumentera och komma åt information mobilt</i></p> <p><i>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 eller Pascal. Personalen kan även 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.</i></p>	
15	Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa hälso- och sjukvårdsdokumentationen mobilt i kommunens verksamhetssystem.	10
16	Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa mobilt i nationella system, till exempel NPÖ eller Pascal.	12
17	Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan dokumentera hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.	11
18	Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan tillföra hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i nationella system, till exempel Pascal eller kvalitetsregister.	13
19	Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan läsa socialtjänstdokumentation mobilt i kommunens verksamhetssystem.	14
20	Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan dokumentera socialtjänstsuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.	15
	<p><i>Strukturerad dokumentation</i></p>	
21	Kommunen använder i socialtjänstens verksamhetssystem för handläggning en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ, inom följande områden: <ul style="list-style-type: none"> • barn och unga • ekonomiskt bistånd • familjerätt • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg. 	16
22	Kommunens personal dokumenterar i digital form i socialtjänstens utförlig inom följande områden: <ul style="list-style-type: none"> • barn och unga • familjerätt • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) 	Redovisas ej

	<ul style="list-style-type: none"> • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg • hemsjukvård • hälso- och sjukvård i särskilt boende. 	
23	<p>Kommunen använder i socialtjänstens utförarled en strukturerad dokumentation med fasta svarsalternativ, inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • barn och unga • familjerätt (samarbetsamtal) • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg • hemsjukvård • hälso- och sjukvård i särskilt boende. 	17, 18
24	<p>Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i handläggningen inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • barn och unga • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg. 	19
25	<p>Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i utförarledet inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • barn och unga • personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser) • vuxna med missbruksproblem • äldreomsorg • hemsjukvård i ordinärt boende • hälso- och sjukvård i särskilt boende. 	20, 21
26	<p>Kommunen använder Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i den digitala individdokumentationen inom följande områden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hemsjukvård i ordinärt boende • hälso- och sjukvård i särskilt boende. 	22