

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017

Redovisning av en 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 2017-4-22

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2017

Förord

Detta är fjärde året som Socialstyrelsen redovisar uppgifter om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

Rapporten bygger på nyckeltal som har tagits fram i samarbete med regionala e-hälsosamordnare, 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.

Projektet leddes av utredaren Dick Lindberg och i arbetsgruppen ingick utredarna Kristina Lindholm, Sherko Alemdar, enkätkonstruktören Claes Falck och statistikerna Robert Linder och Björn Tano. Ansvarig enhetschef har varit Elisabeth Wärnberg Gerdin.

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

Nyckeltalen och resultatet från uppföljningen 2017 finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
E-tjänster ökar sakta	7
De flesta kommuner har digitala trygghetslarm	8
Välfärdsteknik av olika slag används	8
Säker roll- och behörighetsidentifikation används främst i hälso- och sjukvården	8
I få kommuner kan personalen läsa och dokumentera mobilt	8
Nationella patientöversikten används mer	9
Strukturerad dokumentation ökar i vissa verksamheter	9
Agenda 2030 för hållbar utveckling	9
Bakgrund	10
Nationella strategier	10
Stimulansmedel	10
Vision e-hälsa 2025 och handlingsplan	10
Tidigare rapportering från Socialstyrelsen	11
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik	11
Uppdraget	12
Metod och genomförande	12
Utveckling av nyckeltal	12
Enkätundersökning	12
Intervjuundersökning	13
Referensgrupper	13
Presentation av siffror	13
Resultat	14
E-tjänster	14
E-tjänster på andra språk	15
Digitalisering av trygghetslarmen	16
Antal och andel digitala trygghetslarm	16
Anslutning av digitala trygghetslarm via fiber eller mobila nät	16
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	17
Tester av larmen	18
Rutiner för att följa upp larmen	20
Tekniska backup-system	21
Antal kommuner som har påbörjat digitaliseringsprocessen	21
När digitaliseringen beräknas vara avslutad	22
Välfärdsteknik	23
Välfärdsteknik i ordinärt boende	23
Välfärdsteknik i särskilda boenden inom äldreomsorgen	24

Välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden)	25
Passiva larm	26
Säker roll- och behörighetsidentifikation.....	27
Privata verksamheter.....	29
Läsa och dokumentera mobilt	30
Hälso- och sjukvårdspersonal.....	31
Privata utförare av hälso- och sjukvård	33
Socialtjänstpersonal	33
Privata socialtjänstverksamheter.....	34
Den nationella patientöversikten	35
Privata utförare	37
Kommunernas styrande dokument	37
Strukturerad dokumentation	39
Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.....	41
Klassifikation av vårdåtgärder	42
Privata utförares avtal med kommunerna	43
Intervjuundersökning	44
Strukturella förutsättningar för kommunerna	44
Kommunens organisation och arbetssätt.....	45
Information och kommunikation	45
Juridik	45
Ekonomi.....	46
Den enskildes roll	46
Diskussion	47
Målen för e-tjänster uppnås inte	47
Trygghetslarm är mestadels digitala.....	48
Nästan bara mobila nät	48
Välfärdsteknik ökar.....	49
Strukturerad dokumentation ökar inom vissa områden, men inte alla .	50
Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik går långsamt.....	51
Kommunerna vill ha mer nationell styrning och samordning	51
Många kommuner saknar strategier för e-hälsa.....	51
Kompetensutveckling behövs på alla nivåer	52
Kommunerna efterfrågar stöd inom juridik och upphandling	52
Referenser	54
Bilaga 1, svarsfrekvenser per län.....	57
Bilaga 2, indikatorer för e-hälsoutveckling.....	58
Bilaga 3. Kvalitetsdeklaration av enkätundersökningen.....	63

Sammanfattning

År 2014 tog Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, fram nyckeltal för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna och har sedan dess gjort årliga uppföljningar genom en enkät till landets samtliga kommuner. I den här rapporten sammanfattas resultaten av uppföljningen som gjordes i januari och februari 2017. Myndigheten gör också vissa jämförelser med tidigare års undersökningar.

Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna är ojämn. Digitaliseringen av trygghetslarmen har gått fort även om kommunerna inte har nått regeringens mål att samtliga trygghetslarm skulle vara digitala vid 2016 års utgång. Även vissa former av välfärdsteknik har utvecklats snabbt men i vissa fall från låga nivåer. Det är framförallt inom äldreomsorgen som kommunerna har dragit nytta av tekniken och där det går att se en snabbare utveckling än inom andra verksamhetsområden.

Resultaten från denna fjärde uppföljning visar en ökning inom de flesta områden som undersökts. Myndigheten konstaterar dock att flera av de mål som uttrycktes i överenskommelsen om stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten mellan regeringen och SKL inte har uppnåtts.

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande låg.
- Andelen digitala trygghetslarm ökar men kommunerna nådde inte målet om att alla larm skulle vara digitala den 31 december 2016.
- Användningen av NPÖ för att läsa information ökar men det är bara en mindre del av kommunerna som kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa det.
- En liten andel av socialtjänstens personal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen personal som kan läsa och dokumentera information mobilt är fortfarande liten.
- Få privata utförare av kommunal hälso- och sjukvård använder NPÖ för att ta del av information och det finns inga privata utförare som producerar uppgifter i systemet.

E-tjänster ökar sakta

Utvecklingen av e-tjänster i kommunerna är svag. De tjänster som ökar är webbaserade biståndsansökningar inom äldreomsorgen, inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar och inom ekonomiskt bistånd. Sedan 2014 har andelen kommuner som har webbaserade ansökningar inom äldreomsorgen ökat från 7 till 22 procent 2017. Inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar har andelen ökat från 7 till 16 procent och inom ekonomiskt bistånd från 3 till 9 procent 2017. Det finns olika förklaringar till att utvecklingen inte nått längre, bl.a. att mindre kommuner inte har resurser och kompetens att utveckla tjänster. Vidare har det visat sig

att tjänster som utvecklats av externa leverantörer ofta är fristående lösningar som inte kan integreras med andra e-tjänster i kommunen och med verksamhetssystemen. De är därför inte attraktiva för kommunerna.

De flesta kommuner har digitala trygghetslarm

Andelen digitala trygghetslarm ökade kraftigt under perioden 2014–2017. I januari 2017 fanns cirka 231 000 trygghetslarm i hela landet.¹ Av dessa var 160 000 digitala (69 procent) och resterande 71 000 trygghetslarm var analoga (31 procent). I januari 2016 var cirka 48 procent digitala jämfört med 27 procent 2015 och 14 procent 2014.

Välfärdsteknik av olika slag används

Användningen av övrig välfärdsteknik ökar i kommunerna, och det gäller främst olika typer av passiva larm och sensorer samt vårdplanering via videokonferens. Användningen av gps-larm och nattillsyn med kamera inom äldreomsorgen ökar också markant, dock från låga nivåer. Det är lite drygt 500 personer som har fått gps-larm och ungefär lika många har nattillsyn med kamera i ordinärt boende. Det är närmare 230 000 personer över 65 år som får någon hemtjänstinsats i ordinärt boende.

Säker roll- och behörighetsidentifikation används främst i hälso- och sjukvården

I en majoritet av kommunerna (93 procent) använder den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen en säker roll- och behörighetsidentifikation. I regel görs detta med en e-legitimation och ett lösenord.

Användningen av säker roll- och behörighetsidentifikation ökar svagt i socialtjänsten. I cirka 48 procent av kommunerna använder all personal inom socialtjänstens myndighetsutövning säker roll- och behörighetsidentifikation. I 18 procent av kommunerna använder all socialtjänstpersonal i utförarledet i kommunala verksamheter säker roll- och behörighetsidentifikation. Detta innebär att 82 procent av personalen inte har åtkomst till verksamhetssystemet och uppgifter om brukare och patienter eller att de har åtkomst till uppgifterna utan att de har loggat in med en säker roll- och behörighetsidentifikation med en sämre datasäkerhet som följd.

I få kommuner kan personalen läsa och dokumentera mobilt

Mobila arbetssätt ökar i den kommunala hälso- och sjukvården. I 17 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa och dokumentera information mobilt i de egna it-baserade systemen,

¹ Detta är en uppräkningsbaserad fråga på att 238 av landets 290 kommuner har besvarat frågan.

t.ex. vid hembesök. År 2015 var andelen 5 procent, och 2016 var den 11 procent.

Inom socialtjänsten är utvecklingen svag och det är bara i 5 procent av kommunerna som all socialtjänstpersonal kan läsa och dokumentera mobilt.

Nationella patientöversikten används mer

Användningen av den nationella patientöversikten (NPÖ) har ökat men fortfarande är det få kommuner som kan producera vårduppgifter till NPÖ. Enligt årets enkätsvar har cirka 90 procent av kommunerna anslutit sina verksamheter till NPÖ så att de kan ta del av andra vårdgivares journaluppgifter om patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. År 2014 var andelen 47 procent, år 2015 75 procent och år 2016 81 procent.

Det är i dag i huvudsak landstingen som kan visa sina journaler i NPÖ. Endast 22 kommuner (8 procent) har möjlighet att dela med sig av journaluppgifter.

Strukturerad dokumentation ökar i vissa verksamheter

En majoritet av kommunerna använder strukturerad dokumentation inom området barn och unga. Även inom verksamhetsområdet vuxna med missbruksproblem är det en relativt stor andel av kommunerna som använder strukturerad dokumentation. Inom andra områden inom socialtjänsten är det en mindre andel kommuner som använder strukturerad dokumentation. Andelen ökar dock inom äldreomsorg och i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar.

Agenda 2030 för hållbar utveckling

Denna rapport ansluter 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, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet.

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 vården och omsorgen [1]. Bland annat togs det fram ny lagstiftning för att garantera integritet och dataskydd. Det gjordes även insatser för en god informationskvalitet och enhetliga termer och begrepp.

Den nationella it-strategin fick en uppföljare 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*[2]. Denna fokuserade på införande, nytta och användning av tekniken snarare än på den tekniska utvecklingen. Skiftet från it-strategi till nationell e-hälsa innebar att även socialtjänsten kom att omfattas. Vidare betonades det att en sammanhållen och välfungerande vård- och omsorgsverksamhet kräver att utvecklingen samordnas i hela vård- och omsorgssektorn hos kommunerna, landstingen och de privata och idéburna utförarna². 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
- vård- och omsorgspersonal
- beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Stimulansmedel

Under perioden 2010 – 2014 avsatte regeringen stimulansmedel för att utveckla e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna. Satsningen uppgick till 20 miljoner kronor för år 2010 och 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 SKL [3] och avsatte totalt 129,5 miljoner kronor för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. För 2014 avsattes lika mycket medel.

Vision e-hälsa 2025 och handlingsplan

I mars 2016 antog regeringen och SKL en vision för e-hälsoutvecklingen i Sverige [4]:

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.

² Med idéburna organisationer avses föreningar, stiftelser, kooperativ och företag som bedriver sin verksamhet där vinsten/överskottet återinvesteras i verksamheten.

I visionen görs det tydligt att arbetet ska fokuseras på målgrupperna individen (patienten, brukaren eller klienten) och vård- och omsorgspersonalen. Vidare ska arbetet vidgas till att avse inte bara hälso- och sjukvården utan även socialtjänsten och tillämpliga delar av tandvården. I visionen uttalas också att välfärdsteknologi ska inbegripas i arbetet.

I januari 2017 följdes visionen av ”*Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025*”[5]. I visionen och i handlingsplanen pekas tre områden ut som utgör nödvändiga grundförutsättningar för en högre takt i e-hälsoutvecklingen; regelverket, enhetligare begreppsanvändning och standarder. Handlingsplanen beskriver hur arbetet med insatser inom dessa områden ska styras och samordnas.

Tidigare rapportering från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen rapporterade om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2014, 2015 och 2016. Myndigheten lämnade dessutom särskilda rapporter om digitaliseringen av trygghetslarm 2014 och 2015.

I 2016 års rapport konstaterade Socialstyrelsen att flera av de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan regeringen och SKL inte hade uppnåtts i kommunerna [6]:

- Användningen av e-tjänster inom socialtjänsten är fortfarande på en låg nivå.
- Andelen digitala trygghetslarm ökar men kommunerna nådde inte regeringens mål, att alla larm skulle vara digitala den 31 december 2016.
- Användningen av NPÖ för att läsa information ökar men en mycket liten andel av kommunerna kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa. Uppföljningen visar också att en liten andel av de privata utförarna av kommunal hälso- och sjukvård använder NPÖ för att konsumera information och inga alls producerar i systemet.
- I en mindre andel av kommunerna har all personal inom socialtjänsten tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen berörd personal som kan dokumentera och komma åt information mobilt är fortfarande låg.
- Den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver ta ett större ansvar för utvecklingen och för att använda de trådburna bredbanden. Det finns behov av att utveckla välfärdsbredband som är anpassade till de krav på informationssäkerhet och kapacitet som socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste ställa.

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

Uppdraget till Socialstyrelsen är att följa upp utvecklingen av e-hälsa och trygghetslarm i kommunerna. I denna rapport har myndigheten valt att förtydliga att uppföljningen avser utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik. Bakgrunden till detta är att vi under 2015 genomförde ett arbete med att definiera begreppen välfärdsteknik och välfärdsteknologi. Flera av de områden som beskrivs i denna rapport faller under definitionen av välfärdsteknik och vi har därför valt att använda denna term. Socialstyrelsen har efter

ett inledande arbete valt att inte göra någon definition av begreppet e-hälsa eftersom myndigheten bedömde att detta är ett alltför allmänt begrepp.

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2016 fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp kommunernas arbete med e-hälsa och trygghetslarm i enlighet med tidigare utarbetad uppföljningsmodell enligt det uppdrag som gavs 2014 (S2014/1397/FST) om uppföljning av arbetet med e-hälsa och trygghetslarm i kommunerna.

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

Hösten 2013 utarbetade Socialstyrelsen nyckeltalen utifrån intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [2] och de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL.

I arbetet med att utveckla nyckeltalen deltog, förutom en intern arbetsgrupp på Socialstyrelsen, representanter från SKL och regionala e-hälsosamordnare från Kalmars, Östergötlands och Norrbottens län. I detta arbete konsulterades också Digitaliseringskommissionen.

Enkätundersökning

Datainsamlingen för 2017 gjordes med hjälp av två elektroniska enkäter. Den ena gick ut till samtliga kommuner den 10 januari och efter tre påminnelser stängdes enkäten den 16 februari. Svarsfrekvensen för den kommunala enkäten var cirka 82 procent. På länsnivå varierade svarsfrekvensen mellan 50 och 100 procent, se bilaga 1.

Den andra enkäten gick till ett urval om 298 av Vårdföretagarnas medlemmar som är aktiva inom områdena äldreomsorg, handikappomsorg och individ- och familjeomsorg. Den totala populationen är 699 företag som är medlemmar i Vårdföretagarna. I urvalet tog Socialstyrelsen inte med företag som arbetar enbart med assistans enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen om assistansersättning (LASS). Svarsfrekvensen för denna enkät var endast cirka 52 procent.

Socialstyrelsen har i denna rapport jämfört resultaten från de enkätundersökningar som gjordes 2014, 2015 och 2016. Vi har gjort jämförelser med de frågor som fanns i enkäterna för dessa år.

Enligt Vårdföretagarna [7] finns cirka 12 000 företag som erbjuder sina tjänster inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. I dessa företag är cirka 170 000 personer anställda, på del- eller heltid. Av Socialstyrelsens enkät framgår att cirka 60 procent av kommunerna har avtal med privata bolag inom socialtjänsten och cirka 14 procent har avtal inom kommunal hälso- och sjukvård.

I rapporten redovisar Socialstyrelsen uppgifter för de privata utförarna och gör vissa jämförelser med motsvarande kommunala verksamheter. Enkätsvaren från de privata vård- och omsorgsbolagen måste dock tolkas med försik-

tighet. Det är ett begränsat antal företag som är anslutna till Vårdföretagarna och svarsfrekvensen bland dessa var relativt låg.

I Stockholms län har inte kommunerna tagit över hemsjukvården i ordinära boenden så Socialstyrelsen har 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.

De som besvarade enkäten till de privata utförarna är till övervägande del (96 procent) vård- och omsorgsföretag (AB, HB eller enskild firma). Övriga 4 procent är ideella organisationer eller stiftelser. Av de som svarade är 88 procent verksamma inom socialtjänst och 35 procent inom hälso- och sjukvårdssektorn. Några företag verkar inom båda fälten.

Intervjuundersökning

En intervjuundersökning gjordes i ett urval kommuner för att samla kommunernas bild av vilka utmaningarna är med att digitalisera vården och omsorgen. Urvalet baserades på de kommuner som i 2016 års enkät sammantaget visat att inte kommit så långt i digitaliseringen inom den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De personer som intervjuades var socialchefer, verksamhetschefer, e-hälsosamordnare, medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetsutvecklare och tjänstemän med liknande uppgifter i kommunerna. Socialstyrelsen gav uppdraget att utföra intervjuundersökningen till RISE som är ett forskningsinstitut för tillämpad informations- och kommunikationsteknik.

Referensgrupper

I arbetet med analysen av enkätsvaren har två referensgrupper anlåtts, en intern där sakkunniga från Socialstyrelsen deltagit och en extern bestående av e-hälsosamordnare från fyra regioner och landsting: Norrbotten, Stockholm, Jönköping och Västra Götaland.

Presentation av siffror

I denna rapport har Socialstyrelsen valt att presentera de resultat som myndigheten kan jämföra med tidigare års undersökningar i form av andelstal, dvs. procentandelar av kommunerna. Uppgifter där jämförelser inte kan göras med tidigare år presenteras med både antal och andel. I webbverktyget E-hälsa i kommunerna som finns på Socialstyrelsens webbplats redovisas både antal och andelar.³

³ <http://opnajokforelser.socialstyrelsen.se/NationellEHalsa/Sidor/default.aspx>

Resultat

E-tjänster

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

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

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

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

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

I enkäten till kommunerna frågade Socialstyrelsen om kommunen har någon form av e-tjänst enligt definitionen ovan. Den vanligaste tjänsten som angavs är att invånare kan lämna synpunkter eller klagomål, och av de kommuner som besvarade frågan var det 74 procent som hade en sådan e-tjänst på sin webbplats. En mindre andel av kommunerna har e-tjänster för ansökningar om bistånd eller insatser, framför allt inom äldreomsorgen (22 procent av kommunerna), i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar (16 procent) och för ekonomiskt bistånd (9 procent).

Socialstyrelsen frågade också om det i kommunerna finns möjlighet att boka tid hos sin handläggare eller utförare digitalt, t.ex. via webbplatsen. Svaren visar att en mycket liten andel av kommunerna ger brukare och patienter möjligheten att boka tid digitalt. Se tabell 1.

I svarsalternativen gick det även att ange fritextsvar. Här kunde kommunerna ange vilka övriga e-tjänster de hade (se kolumn 4 i tabell 1). De vanligaste svaren var:

- beräkning av avgifter inom äldreomsorgen eller verksamheter för personer med funktionsnedsättningar
- ansökan om färdtjänst eller parkeringstillstånd
- preliminärberäkning av försörjningsstöd
- möjlighet att följa sitt försörjningsstödsärende i handläggningen
- ekonomiska och administrativa funktioner, t.ex. att ansöka om autogiro eller att lämna inkomstuppgifter för avgiftsberäkning inom äldreomsorgen eller i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar.
- anmäla intresse som kontaktfamilj, kontaktperson, familjehem.

Tabell 1. Andel kommuner som har minst en e-tjänst inom socialtjänsten, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst (n=238), i %

Verksamhetsområde	Tidbokning hos handläggare eller utförare	Ansökan om bistånd eller insats m.m.	Tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal	Övriga e-tjänster
Barn och unga	2	2	-	14
Ekonomiskt bistånd	1	9	-	11
Familjerätt	2	0	-	4
Familjerådgivning	3	0	-	3
Vuxna med missbruksproblem	0	1	-	3
Personer med funktionsnedsättning	1	16	-	12
Äldreomsorg	1	22	-	17
Kommunal hälso- och sjukvård	1	-	3	7

Jämfört med tidigare år har det skett en ökning när det gäller elektroniska biståndsansökningar inom äldreomsorgen, i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar och inom ekonomiskt bistånd. Andelen kommuner med webbaserade ansökningar inom äldreomsorgen har ökat från 7 procent 2014 till 22 procent 2017. Inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar har det ökat från 7 till 16 procent, och inom ekonomiskt bistånd från 3 till 9 procent 2017. Inom övriga områden går det inte att se någon utveckling.

E-tjänster på andra språk

Det var 11 kommuner (7 procent) som uppgav att de har någon e-tjänst på annat språk än svenska. Det handlar då om minoritetsspråken (finska, jiddisch, samiska, meänkieli och romani) och arabiska och engelska. Den tjänst som finns på andra språk är framförallt synpunkter och klagomål. De flesta kommuner som svarade anger att de har Googles översättningsverktyg på kommunens webbplats.

Digitalisering av trygghetslarmen

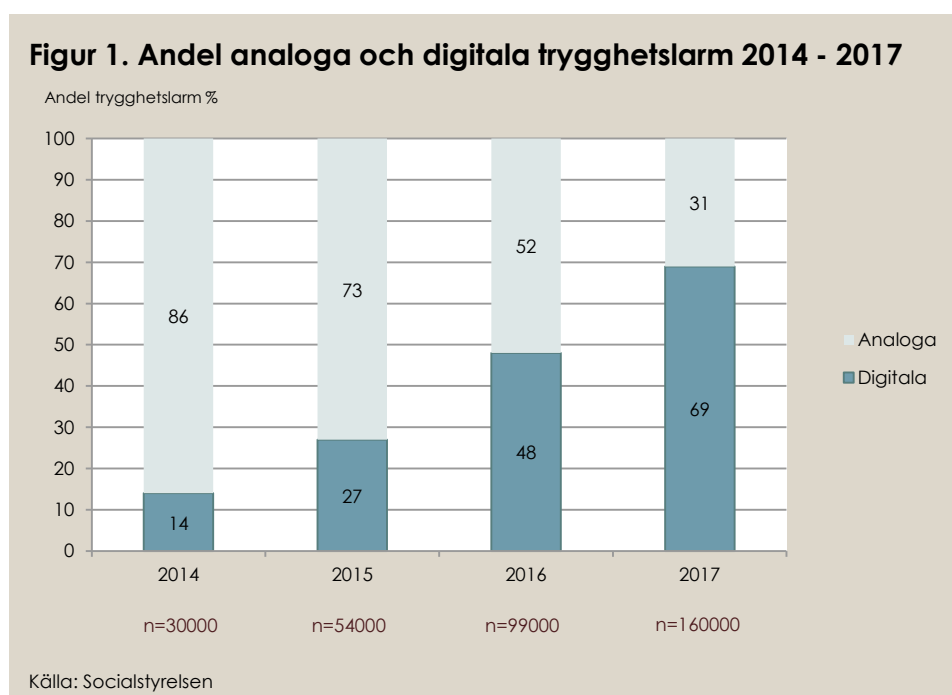
De trygghetslarm som kommunerna erbjuder personer som bor i ordinärt boende har traditionellt byggts på en telefonförbindelse från den enskildes bostad till en larmcentral. Signalerna från larmenheten till larmmottagaren är analoga och tonbaserade. I takt med att kopparledningarna för analog telefontrafik försvinner behöver trygghetslarmen anslutas till digitala nät, mobila eller trådburna. För att personer med trygghetslarm ska ha en fortsatt säker uppkoppling till larmcentralen behöver de analoga trygghetslarmen bytas ut mot digitala.

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

Antal och andel digitala trygghetslarm

Av enkäten till kommunerna i januari 2017 framgår att det då fanns cirka 231 000 trygghetslarm i hela landet.⁴ Av dessa var 160 000 digitala (69 procent). Resterande 71 000 trygghetslarm var analoga (31 procent).

I januari 2016 var cirka 48 procent digitala, 2015 var 27 procent digitala och 2014 var det 14 procent. Antalet och andelen digitala trygghetslarm har således ökat markant under perioden, se figur 1.



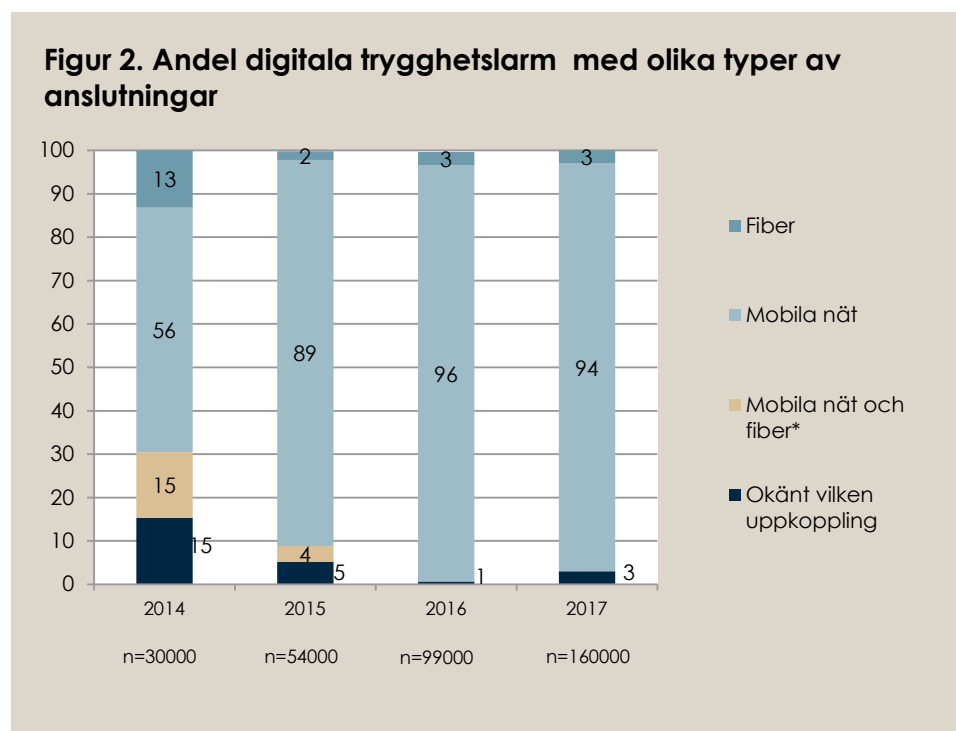
Anslutning av digitala trygghetslarm via fiber eller mobila nät

De digitala trygghetslarmen kommunicerar med larmcentralen genom en mobil uppkoppling eller ett fast bredband. Av enkätsvaren framgår det att 94

⁴ Detta är en uppräknning baserad på att 238 av landets 290 kommuner besvarade frågan.

procent av de digitala trygghetslarmen har anslutits via ett mobilnät och 3 procent via ett fast bredbandsnät. Det är alltså en övervägande andel av kommunerna som väljer att ansluta de digitala trygghetslarmen via mobila nät.

Andelen mobila uppkopplingar har ökat mycket (figur 2). År 2014 var cirka 55 procent av de digitala trygghetslarmen uppkopplade via mobila nät jämfört med 94 procent år 2017.



*Dessa kommuner har angett att de har uppkoppling via både mobila nät och trådburet bredband. Skälet är att öka säkerheten. Om trafiken i ett kommunikationsnät avbryts kan trygghetslarmet automatiskt kopplas över till det alternativa. År 2016 och 2017 ställdes inte denna fråga till kommunerna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

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

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller bland annat för socialtjänstens verksamhetsområden, exempelvis i arbetet med trygghetslarmen. Det handlar om kvalitet i arbetet med att utreda behoven, besluta om insatser, verkställa besluten och följa upp dessa. Socialstyrelsen frågade i enkäten om kommunen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar arbetet med trygghetslarmen. Av kommunernas svar framgår det att 71 procent av kommunerna har detta (166 av 235 svarande kommuner).

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

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

Cirka 87 procent av de kommuner som uppgav att de har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift av trygghetslarm. Totalt 90 procent har tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift och 84 procent har ett system för egenkontroll för att säkra kvaliteten. En hög andel av kommunerna verkar alltså arbeta för att säkra kvaliteten med trygghetslarmen utifrån dessa aspekter. Däremot är det endast 67 procent av kommunerna som har gjort en riskanalys för trygghetslarmen. Andelen ligger på samma nivå som för 2016.

I enkäterna för 2014 och 2015 var frågan ställd på ett annat sätt och jämförelser med dessa år kan därför inte göras.

Tester av larmen

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

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

Av enkätsvaren framgår det att de allra flesta kommunerna har system för att automatiskt testa trygghetslarmen, både de analoga och de digitala. När det gäller analoga trygghetslarm är det 93 procent av kommunerna som testar kommunikationen dagligen (tabell 2), genom en automatisk uppringning från larmcentralen. De digitala larmen testas dagligen i 95 procent av kommunerna. Dessa tester utgörs av en automatisk signal från larmenheten till larmcentralen, vilket kallas för frekvent funktionsövervakning (tabell 3).

Tabell 2. Andel kommuner som gör automatiska tester av de analoga trygghetslarmen, i %

	2014 (n=184)	2015 (n=196)	2016 (n=199)	2017 (n=66)
Dagligen	66	64	86	93
Varje vecka	6	9	8	2
En gång i månaden	22	22	4	5
2-6 gånger per år	2	2	0	0
En gång per år	0	0	0	0
Inga tester	4	3	2	0
Totalt	100	100	100	100

Vid en jämförelse mellan åren blir det tydligt att en större andel av kommunerna testar de analoga trygghetslarmen oftare. År 2014 testade 66 procent av kommunerna larmen dagligen, jämfört med 64 procent 2015, 86 procent 2016 och 93 procent av kommunerna 2017.

Även för de digitala trygghetslarmen ökar andelen kommuner som testar trygghetslarmen en eller flera gånger per dag. År 2014 var det 78 procent av kommunerna som dagligen testade att de digitala trygghetslarmen fungerar, jämfört med 95 procent 2017. Se tabell 3.

Tabell 3. Andel kommuner som testar att de digitala trygghetslarmen fungerar (frekvent funktionsövervakning), i %

	2014 (n=127)	2015 (n=161)	2016 (n=193)	2017 (n=205)
En eller flera gånger per dag	78	86	97	95
Varje vecka	3	5	1	1
En gång i månaden	16	7	2	1
2-6 gånger per år	1	1	0	0
En gång per år	0	0	0	0
Inga tester	2	1	0	1
	100	100	100	100

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

Totalt 57 procent av kommunerna som har analoga larm gör manuella testlarm en gång i månaden och 48 procent av kommunerna testar de digitala trygghetslarmen en gång i månaden. Cirka en fjärdedel, 25 procent, av

kommunerna gör aldrig manuella testlarm av de analoga trygghetslarmen och 33 procent av kommunerna uppger att de aldrig gör manuella tester av de digitala trygghetslarmen. Se tabell 4.

Tabell 4. Andel kommuner som gör manuella tester av trygghetslarmen, 2016 och 2017, i %

	2016		2017	
	Analoga trygghetslarm	Digitala trygghetslarm	Analoga trygghetslarm	Digitala trygghetslarm
Dagligen	3	5	4	6
Varje vecka	4	6	5	4
En gång i månaden	60	52	57	48
2–6 gånger per år	8	5	7	8
1 gång per år	3	3	2	1
Aldrig	22	29	25	33
Totalt	100	100	100	100

Rutiner för att följa upp larmen

När kommunen har testat larmen behöver den granska resultaten för att konstatera att allt fungerar som det ska eller åtgärda eventuella brister som framkommit. I enkäten ställde Socialstyrelsen frågan om kommunen har rutiner för att följa upp testerna. Det var 83 procent av kommunerna som uppgav att de hade sådana rutiner. Här är några exempel på rutiner:

- Den larmansvariga går igenom felmeddelanden dagligen. Vid avvikelser kontakter larmansvarig den enskilde. Om den enskilde inte svarar så åker larmansvarig ut till denne.
- Larmcentralen skickar loggmeddelanden från automatiska testlarm varje dag till larmansvarig eller till hemtjänsten i kommunen.
- Den larmansvariga går igenom loggar och felmeddelanden som inkommit. I vissa kommuner sker detta måndag –fredag.
- Några kommuner får loggar från larmcentralen 2–3 gånger per dag och kontrollerar dessa.
- Om det finns avvikelser i loggarna kontakter larmansvarig eller hemtjänstgruppen den enskilde per telefon och ber honom eller henne att göra ett manuellt testlarm.
- Vid avvikelser gör larmansvarig eller hemtjänsten ett hembesök för att kontrollera utrustningen.
- Om något är fel med utrustningen åtgärdas detta omedelbart av en larminstallatör, larmansvarig i kommunen eller hemtjänsten.
- Om det finns felmeddelande kring larmet så får hemtjänstpersonalen meddelande om detta på sina larmtelefoner. Först kontaktas den enskilde per telefon, och hen får därefter besök av hemtjänstpersonal. Om hemtjänstpersonal inte kan avhjälpa fel på larmet tas kontakt med systemansvarig.

Tekniska backup-system

För att den enskilde ska känna sig trygg med sitt larm är det viktigt att det fungerar med hög tillförlitlighet. Det händer dock att kommunikationen avbryts av olika orsaker. Det kan vara åsknedslag eller andra väderfenomen men det kan också handla om avbrott pga. mänsklig inverkan, t.ex. att elkablar eller fiberkablar grävs av. I enkäten ställde Socialstyrelsen frågan om kommunen har något tekniskt backup-system som automatiskt träder in vid eventuella avbrott i den ordinarie kommunikationen. Det kan handla om batteribackup i larmenheterna eller automatisk vidarekoppling av larmen om den ordinarie anslutningen skulle slås ut. Det kan också handla om att trygghetslarmen som är uppkopplade mot mobila nät har så kallade roamingkort. Dessa söker efter den operatör som fungerar bäst för tillfället. Om en operatörs mobilnät går ner kopplar larmenheten omedelbart över till en annan operatörs nät. Till sist kan det handla om att kommunen installerar trygghetslarm via fiber och kompletterar detta med en mobil uppkoppling i samma enhet.

Av samtliga kommuner som besvarade frågan 2017 var det 58 procent som hade någon form av teknisk automatisk backup för trygghetslarmen. De övriga behöver ersätta trygghetslarmen med regelburna fysiska besök hos den enskilde, alternativt ringa om det finns fungerande telefonledningar.

År 2016 var det 57 procent som uppgav att de hade någon form av tekniskt backupsystem för trygghetslarmen, analoga och digitala. År 2015 var andelen 63 procent och 2014 var den 22 procent.

Antal kommuner som har påbörjat digitaliseringsprocessen

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen 2014 ingick att kartlägga om kommunerna har påbörjat digitaliseringen av trygghetslarmen. Regeringen har uttryckt en målsättning att alla trygghetslarm skulle vara digitaliserade vid 2016 års utgång [8].

I januari 2017 hade cirka 71 procent av kommunerna digitaliserat samtliga trygghetslarm. Detta är en stark utveckling jämfört med 2016 då ca 37 procent av kommunerna hade gått över till digitala trygghetslarm. I enkäten ställde Socialstyrelsen också frågan om hur kommunerna planerar för digitaliseringen. Av tabell 5 framgår, som nämnts, att 71 procent av kommunerna redan hade digitaliserat larmen. Utöver dem hade 28 procent beslutat att göra det eller redan påbörjat digitaliseringen av trygghetslarmen. Några av dessa hade svårt att digitalisera alla larm på grund av att det inte finns mobiltäckning i vissa områden. Tabellen visar också en tydlig utveckling sedan 2014 då endast 9 procent av kommunerna hade gått över till digitala larm. År 2017 har alltså en majoritet av kommunerna digitaliserat trygghetslarmen och en fjärdedel hade beslutat att göra det.

Tabell 5. Kommunens planering för digitala trygghetslarm

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

När digitaliseringen beräknas vara avslutad

Det var 22 kommuner⁵ som i enkäten uppgav att de har beslutat att digitalisera trygghetslarmen. Av dessa uppgav 16 att de skulle göra det under 2017 och övriga planerar att digitalisera senare. Efter 2017 beräknas 6 kommunerna fortfarande inte ha digitaliserat samtliga trygghetslarm.

De kommuner som beräknade att vara klara med digitaliseringen under 2017 eller senare fick möjlighet att ange varför de var sena. De svar som kom in handlade om upphandlingsfrågor. Främst tog de upp att SKL Kommentus ramavtal om trygghetslarm och larmmottagning hade blivit försenat till slutet av 2016, och då många kommuner hade inväntat SKL:s ramavtal innebar detta en försening av kommunernas arbete. Några kommuner svarade att det saknas bredbands- och mobiltäckning i delar av kommunen och de har därför inte kunnat digitalisera fullt ut. Ett par kommuner menade att de har tagit ett större grepp och bygger digitala plattformar för flera digitala tjänster, där trygghetslarmen är en del. Detta har tagit längre tid än planerat. Några kommuner angav att ekonomin har satt gränser för hur snabbt de kan digitalisera trygghetslarmen.

⁵ 22 kommuner uppgav 2017 att de hade beslutat att digitalisera trygghetslarmen och 37 hade påbörjat arbetet med att byta ut dem. Totalt 59 stycken (25 procent).

Välfärdsteknik

Socialstyrelsen publicerade i slutet av 2015 denna definition av begreppet välfärdsteknik i vår termbank:

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

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

Välfärdsteknik i ordinärt boende

Den vanligaste formen av välfärdsteknik, förutom trygghetslarm, som används i hemtjänsten och hemsjukvården är så kallade passiva larm, dvs. larmmattor, dörrlarm, rörelselarm etc. Det är 204 kommuner (86 procent) 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. En annan relativt vanligt förekommande teknik är vårdplanering med hjälp av bildkommunikation (141 kommuner, 59 procent). Den enskilde kan möta biståndshandläggare, omsorgs- eller vårdgivare och eventuellt anhöriga via video- eller webbkamera.

Det har skett en snabb ökning av antalet kommuner som använder tillsynskameror. I årets enkät redovisar 88 kommuner (37 procent) att de använder natttillsyn med kamera i hemtjänsten i ordinärt boende. Kommunerna uppger i enkätsvaren att cirka 513 personer har utrustats med kameror för natttillsyn. Motsvarande antal 2016 var 382. Det har alltså skett en ökning med 34 procent mellan 2016 och 2017. Vidare är det 123 kommuner (52 procent) som anger att de utrustat 509 personer med gps-larm. Detta motsvarar en ökning med cirka 44 procent sedan 2016. Med ett gps-larm kan brukaren larma hemtjänsten eller anhöriga även utanför bostaden. Det går även att med hjälp av gps-koordinater lokalisera var larmet kommer ifrån. Vissa positioneringslarm är utrustade med en så kallad geofencing-funktion som larmar om personen skulle röra sig utanför ett i förväg definierat geografiskt område.

Det är 61 kommuner (26 procent) som har utrustning som kan påminna brukaren eller patienten om att det är dags att ta sin medicin. Denna typ av utrustning kan också portionera ut medicinen enligt ett förinställt schema.

En mindre andel av kommunerna använder kamera för tillsyn och kommunikation under dagen. Detta görs som regel med hjälp av en s.k. giraff – en skärm på en robotliknande kropp som sitter på hjul. Vårdgivaren fjärrstyr giraffen och kan köra runt den i den enskildes bostad. Brukaren kan kommu-

nicera med vård- och omsorgsgivare eller anhöriga på olika platser i bostaden. Det är 8 kommuner (3 procent) som använder denna typ av utrustning i hemtjänsten och i hemsjukvården.

Totalt 22 kommuner (9 procent) har angett att de har andra typer av välfärdsteknik än de som Socialstyrelsen frågade om i enkäten. Det handlar då om epilepsilarm, elektroniska nyckelgömmor för nycklar till hemtjänstens brukare, kommunikationsappar, matlagingsappar, digitala anhörigstöd och kognitiva hjälpmedel. I enkäten hade kommunerna möjlighet att lämna fritextsvar. Ett antal kommuner beskrev där att de har planer för att införa trygghetskameror, gps-larm, elektroniska lås och elektroniska nyckelgömmor för hemtjänstens brukare. Några kommuner planerar att införa vårdplanering och samordnad individuell vårdplanering med videostöd, påminnelsestöd och andra kognitiva hjälpmedel, digitala medicinskåp och påminnare för mediciner.

Tabell 6. Antal och andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende

Typ av välfärdsteknik	2016		2017	
	Antal kommuner (n=236)	Andel kommuner (%)	Antal kommuner (n=238)	Andel kommuner (%)
Passivt larm/sensorer	184	78	204	86
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av bildkommunikation	89	38	141	59
Gps-larm	62	26	123	52
Elektroniska lås till hemtjänstens brukare	.*	-	115	48
Trygghetskamera (natttillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	55	23	88	37
Påminnelse för medicin mm.	41	17	61	26
Dagfillsyn med hjälp av kamera	8	3	7	3
Annat	28	12	22	9

*Frågan ställdes inte 2016

Välfärdsteknik i särskilda boenden inom äldreomsorgen

I särskilda boenden för äldre personer förekommer flera olika typer av välfärdsteknik. Den vanligaste är passiva larm, dvs. olika sensorer såsom dörlarm, fallarm, rörelsedetektorer m.m. 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 majoritet av kommunerna, 231 kommuner (97 procent), använder sig av passiva larm i särskilda boenden. I 144 kommuner (61 procent) erbjuds de boende möjlighet att koppla upp sig på internet via boendets nätverk.

Totalt 121 kommuner (51 procent) uppger att de kan erbjuda vårdplanering med sjukvården, biståndshandläggare och anhöriga med stöd av bildkommu-

nikation, och 111 kommuner (47 procent) kan erbjuda gps-larm för personer som bor i särskilt boende.

Det är 48 kommuner (20 procent) har påminnelseutrustning för mediciner och 27 kommuner (11 procent) som använder trygghetskamera för tillsyn under natten på de särskilda boendena.

Av de svarande är det 32 kommuner (13 procent) som uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik i särskilda boenden. De vanligaste svaren är digitala lås (hotellås) till de boendes lägenheter, surfplattor för utlåning, virtuell cykel, robotkatter, och digital vårdbehovsmätning (VABEMA).

Kommunerna har också kommenterat de boendes tillgång till internet i de särskilda boendena. Omkring hälften av de svarande kommunerna kan redan erbjuda detta, och flera kommuner arbetar för att införa internetanslutningar inom en snar framtid.

Tabell 7. Antal och andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre personer

Typ av välfärdsteknik	2016		2017	
	Antal kommuner (n=236)	Andel kommuner (%)	Antal kommuner (n=238)	Andel kommuner (%)
Passiva larm (dörrlarm, fallarm, rörelselarm mm.)	220	93	231	97
Möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet via wifi eller kabel ⁶	100	42	144	61
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av bildkommunikation	60	25	121	51
Gps-larm			111	47
Utrustning för påminnelse om t.ex. mediciner	27	11	48	20
Trygghetskamera (natttillsyn med kamera, fjärrtillsyn)	15	6	27	11
Annat	21	9	32	3

¹ En egen internetanslutning är inte en välfärdstekniktjänst i sig, men kan möjliggöra kommunikation och användande av andra internetbaserade samhällstjänster.

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

I stöd- och serviceboenden är de vanligast förekommande typerna av välfärdsteknik, passiva larm, dvs. dörrlarm, rörelselarm, fallarm m.m. Det är 206 kommuner (87 procent) som har denna typ av teknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. I 141 kommuner (59 procent) finns möjlighet för de boende att koppla upp sig på internet via det lokala nätet via wifi eller kabel. I 112 kommuner (47 procent) finns möjlighet

att arrangera vårdplaneringsmöten via bildkommunikation för de som bor i stöd- och serviceboenden och i 60 kommuner (25 procent) finns tillgång till påminnelseutrustning för mediciner. Trygghetskamera för nattillsyn i stöd- och serviceboenden finns i 19 kommuner (8 procent).

Totalt 20 kommuner (8 procent) har uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik såsom läsplattor för träning, för kognitiva hjälpmedel och för kommunikation. En del av dessa är förskrivna till enskilda personer enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Andra typer av tekniktjänster som nämns är Pict-o-stat, epilepsilarm, digitala signeringslistor för medicin och påminnelseverktyg för annat än mediciner.

Tabell 8. Antal och andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden)

Typ av välfärdsteknik	2016		2017	
	Antal kommuner (n=236)	Andel kommuner i %	Antal kommuner (n=238)	Andel kommuner i %
Passiva larm (dörrlarm, fallarm, rörelselarm mm.)	190	81	206	87
Möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet via wifi eller kabel ⁷	103	44	141	59
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av bildkommunikation	50	21	112	47
Utrustning för påminnelse om t.ex. mediciner	40	17	60	25
Trygghetskamera (nattillsyn med kamera, fjärrtillsyn)	12	5	19	8
Annat	22	9	20	8

Passiva larm

I enkäten ställdes frågan om vilka typer av passiva larm som kommunen använder i ordinärt boende, 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. Larmmattan kan finnas på golvet, i sängen eller i en stol. Den utlöses när någon stiger på mattan på golvet eller när den enskilde stiger ur sängen eller upp från stolen. Dörrsensorer larmar när en dörr öppnas.

⁷ En egen internetanslutning är inte en välfärdstekniktjänst i sig, men kan möjliggöra kommunikation och användande av andra internetbaserade samhällstjänster.

**Tabell 9. Passiva larm i olika boendeformer.
Andel kommuner, i % (n=227)**

	Ordinärt boende	Särskilt boende för äldre	Boende för personer med funktionsnedsättningar (stöd och serviceboende)
Larmmatta	55	89	62
Dörrsensor	66	84	65
Rörelsesensor	40	77	49
Brandlarm kopplat till trygghetslarm	26	35	19
Fallarm	23	32	24
Epilepsilarm	30	30	53
Annat passivt larm	7	11	8

Några kommuner angav att de har andra typer av passiva larm, t.ex. sänglarm, madrasslarm, passagelarm och röststyrda larm. Flera av dessa torde överlappa andra typer av passiva larm.

Säker roll- och behörighetsidentifikation

I kommunerna finns det som regel ett antal it-baserade system där personuppgifter behandlas. Det handlar om de lokala verksamhetssystemen för socialtjänstens personakter och patientjournaler för den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns också andra fristående system där man lagrar och behandlar uppgifter om personer. Utöver detta brukar kommunens hälso- och sjukvårdspersonal ha tillgång till nationella system, t.ex. kvalitetsregister inom äldreomsorgen, NPÖ eller Pascal⁸. 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 vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner som gör att enbart behörig personal kan få tillgång till uppgifterna.

Med säker roll- och behörighetsidentifikation menas 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 säker roll- och behörighetsidentifikation för att användaren ska få tillgång till personuppgifter. I 25 procent av kommunerna kräver alla system en säker inloggning, enligt 2017 års enkätsvar. I 64 procent av kommunerna kräver en del system en sådan säker roll- och behörighetsidentifikation för inloggning, och i 11 procent av kommunerna har man inga system som kräver en säker inloggning.

⁸ Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, där patienten får sina mediciner fördelade i påsar.

Tabell 10. Andelen kommuner där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver säker inloggning, i %

	2014 (n=199)	2015 (n=233)	2016 (n=233)	2017 (n=235)
Inga	34	12	10	11
Delvis	47	69	66	64
Alla	19	19	24	25
Totalt	100	100	100	100

I förhållande till 2014 och 2015 års undersökningar är det 2017 en något större andel av kommunerna vars samtliga system kräver säker inloggning. Andelen kommuner där en del av systemen kräver säker inloggning är större än 2014 men något mindre än 2016. Andelen kommuner som inte har några system som kräver säker inloggning har inte förändrats sedan 2015.

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. Av tabell 11 framgår det att i en majoritet av kommunerna (93 procent) använder all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunala vårdenheter en säker roll- och behörighetsidentifikation. Denna andel är ungefär densamma som föregående år.

Tabell 11. Andelen kommuner där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder säker roll- och behörighetsidentifikation, i %

	2015 (n=206)	2016 (n=203)	2017 (n=206)
Ingen	0	0	0
Färre än hälften	0	1	1
Ca hälften	0	0	0
Mer än hälften	4	5	6
Alla	96	94	93
Totalt	100	100	100

I 2014 års undersökning⁹ krävde 95 procent av kommunerna att all hälso- och sjukvårdspersonal använder säker roll- och behörighetsidentifikation i kommunala verksamheter.

Socialtjänstpersonalen har inte i lika hög utsträckning som hälso- och sjukvårdspersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation. Inom socialtjänsten är det också skillnad mellan myndighetsutövningen (handläggningen av ärenden) och verksamheter som utför socialtjänst, t.ex. hemtjänstgrupper och särskilda boenden. När det gäller personal i myndighetsutövningen är det 48 procent av kommunerna som anger att all personal använder en säker roll- och behörighetsidentifikation i sitt arbete. Se tabell 12.

⁹ Frågan i 2014 års enkät var ”I kommunal verksamhet. Har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation? Svarsalternativen var bara ja och nej. Jämförelser måste därför göras med försiktighet.

Tabell 12. Andelen kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder säker roll- och behörighetsidentifikation, i %¹⁰

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

Flera kommuner uppger i fritextsvaren att det är skillnad mellan olika verksamhetsområden. Handläggare inom äldreomsorg och funktionshinder använder i högre grad säkra inloggnings jämfört med handläggare inom individ- och familjeomsorg.

I en mindre andel av kommunerna har den utförande socialtjänstpersonalen tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation, och i 18 procent av kommunerna har all personal i socialtjänstens verksamheter tillgång till det, se tabell 13.

Tabell 13 Andelen kommuner där den berörda utförande socialtjänstpersonalen har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation, i %¹¹

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

Sedan 2015 är det något fler kommuner som rapporterar att all utförande socialtjänstpersonal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation (tabell 13).

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

Privata verksamheter

Av tabell 14 framgår hur stor andel av de privata utförarna som har digitala verksamhetssystem och andra it-baserade system som behandlar personuppgifter och som kräver en säker roll- och behörighetsidentifikation. Cirka 56 procent av omsorgsföretagen anger att de har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas, jämfört med 25 procent av kommunerna.

¹⁰ Frågan ställdes inte i 2014 års enkät

¹¹ Frågan ställdes inte i 2014 års enkät

Tabell 14. Andelen privata vård- och omsorgsföretag där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver säker inloggning, i %

	2016 Andel omsorgs- företag (n=66)	2017 Andel omsorgs- företag (n=135)
Inga	18	9
Delvis	28	25
Alla	46	56
Frågan är inte aktuell, saknar digitalt verksamhets-system	8	10
Totalt	100	100

Av tabell 14 framgår att fler företag har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas jämfört med 2016. Andelen vård- och omsorgsföretag som inte har säkrat några system alls har också sjunkit sedan 2016.

Av de vårdföretag som bedriver kommunal hälso- och sjukvård var det cirka 71 procent¹² som uppgav att all legitimerad personal hade tillgång till säkra roll- och behörighetsidentifikation. I de kommunala verksamheterna var motsvarande andel 93 procent.

Situationen är annorlunda när det gäller socialtjänstpersonalen, både i privata och i kommunala verksamheter. I 56 procent av de privata omsorgsföretagen som bedriver socialtjänst har all personal säker roll- och behörighetsidentifikation (se tabell 15). Motsvarande andel för kommunerna är 18 procent.

Tabell 15. Andel av den berörda personalen i de privata omsorgsföretagen som har tillgång till säkra roll- och behörighetsidentifikation, i %

	Andel omsorgs- företag (n=61)	Andel omsorgs- företag (n=132)
Ingen	18	12
Färre än hälften	22	18
Ca hälften	.	2
Mer än hälften	13	11
Alla	47	56
Totalt	100	100

Läsa och dokumentera mobilt

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

Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att det är en liten andel av den mobila personalen som har möjlighet att läsa och dokumentera informa-

¹² Dessa uppgifter redovisas inte i någon tabell.

tion mobilt. Det gäller såväl inom den kommunala hälso- och sjukvården som inom socialtjänsten.

Hälso- och sjukvårdspersonal

I 17 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att läsa mobilt i de egna it-baserade systemen. I 55 procent av kommunerna har ingen av hälso- och sjukvårdspersonalen utrustning för att läsa mobilt.

Tabell 16. Andelen 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)
Ingen	70	62	55
Färre än hälften	22	21	20
Ca hälften	0	2	2
Mer än hälften	3	4	6
Alla	5	11	17
Totalt	100	100	100

Vid 2014 års undersökning hade hälso- och sjukvårdspersonalen i 6 procent av kommunerna möjlighet att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem¹³. År 2015 var motsvarande andel 5 procent, 2016 var den 11 och 2017 var den 17 procent. Av tabell 16 framgår det också att andelen kommuner där ingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till att läsa mobilt har minskat från 70 till 55 procent under de tre senaste åren.

Av tabell 17 framgår att i 16 procent av kommunerna kan all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal dokumentera i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret.

Detta innebär bland annat att flertalet i den mobila personalen måste tillbaka till kontoret för att kunna göra journalanteckningar om besöket hos patienten. I 58 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter utrustning för att dokumentera mobilt.

¹³ I 2014 års enkät fanns bara svarsalternativen ja och nej (alla eller ingen). Jämförelser med uppgifter från 2014 måste därför göras med försiktighet

Tabell 17. Andelen kommuner där den berörda 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)
Ingen	73	62	58
Färre än hälften	19	21	19
Ca hälften	0	2	1
Mer än hälften	3	4	5
Alla	5	11	16
Totalt	100	100	100

Vid 2014 års undersökning framkom det att hälso- och sjukvårdspersonalen i 5 procent av kommunerna hade möjlighet att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet.¹⁴ För 2015 var andelen 5 procent och 2016 var den 11 procent.

När den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen utför arbetsuppgifter utanför kontoret kan de behöva uppgifter från NPÖ för att ta reda på vad andra vårdgivare har gjort, t.ex. en vårdavdelning på sjukhuset. De kan även behöva kontrollera i Pascal vilka mediciner en patient har förskrivna. I 16 procent av kommunerna har all den legitimerade personalen mobil tillgång till NPÖ eller Pascal, se tabell 18.

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

	2015 (n=202)	2016 (n=205)	2017 (n=207)
Ingen	77	66	59
Färre än hälften	16	18	19
Ca hälften	0	3	1
Mer än hälften	4	3	5
Alla	5	10	16
Totalt	100	100	100

Vid 2014 och 2015 års undersökningar¹⁵ framkom att all hälso- och sjukvårdspersonal i 5 procent av kommunerna hade möjlighet att läsa mobilt i nationella system (exempelvis NPÖ eller Pascal). År 2016 var andelen 10 procent och 2017 var det 16 procent. Det är alltså en högre andel kommuner där all personal kan läsa i nationella system 2017 än tidigare år.

Den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen kan också behöva föra in uppgifter i nationella system. I 15 procent av kommunerna har all den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att tillföra uppgifter i nationella system mobilt, se tabell 19. I 63 procent av kommunerna har ingen mobil personal den möjligheten.

¹⁵ I 2014 års enkät fanns bara svarsalternativen ja och nej (alla eller ingen). Jämförelser med uppgifter från 2014 måste därför göras med försiktighet.

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

	2015 (n= 195)	2016 (n=204)	2017 (n=207)
Ingen	77	64	63
Färre än hälften	16	20	15
Ca hälften	0	2	1
Mer än hälften	2	3	6
Alla	5	11	15
Totalt	100	100	100

Vid 2014 års undersökning hade all hälso- och sjukvårdspersonal i 4 procent av kommunerna möjlighet att tillföra uppgifter i nationella system. År 2015 var motsvarande andel 5 procent, och 2016 var den 11 procent.

Privata utförare av hälso- och sjukvård

När det gäller de privata vårdgivarna svarar cirka 13 procent av företagen att all personal har utrustning för att läsa och dokumentera mobilt i verksamhetssystemet. Hos hälften av vårdgivarna finns ingen personal med den möjligheten. Jämförelsevis uppger cirka 16 procent av kommunerna att all den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har utrustning för att läsa och dokumentera mobilt.

Hos cirka 4 procent av de privata vårdgivarna har all personal utrustning för att läsa och tillföra uppgifter mobilt i nationella system (t.ex. NPÖ och Pascal).

Socialtjänstpersonal

Hemtjänstpersonal eller annan mobil socialtjänstpersonal kan behöva uppgifter från kommunens verksamhetssystem när de utför sina uppgifter utanför kontoret. I majoriteten av kommunerna har personalen inte tillgång till mobil utrustning för att komma åt och läsa i verksamhetssystemet när de t.ex. besöker en brukare i hemmet. I 5 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal tillgång till kommunens verksamhetssystem mobilt, se tabell 20.

Tabell 20. Andelen kommuner där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens eller eget verksamhetssystem, i %

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

Vid 2014 års undersökning¹⁶ hade socialtjänstpersonalen i 3 procent av kommunerna möjlighet att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem. För 2015 och 2016 var det 6 procent. Andelen kommuner där ingen socialtjänstpersonal har utrustning för att läsa mobilt har minskat från 55 procent 2015 till 47 procent 2017.

I cirka 5 procent av kommunerna har all mobil socialtjänstpersonal utrustning och möjlighet att mobilt registrera besök eller att dokumentera vad som skett vid besök hos enskilda i kommunens verksamhetssystem eller i andra digitala system. Denna registrering eller dokumentation sker med hjälp av mobiltelefoner, läsplattor, bärbara datorer eller digitala pennor som lagrar information. I 47 procent av kommunerna är det ingen av personalen som har möjlighet att registrera och dokumentera mobilt (tabell 21).

Tabell 21. Andelen kommuner där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, i %

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

Vid 2014 års undersökning¹⁷ hade socialtjänstpersonalen i 8 procent av kommunerna möjlighet att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem. Denna andel minskade till 5 procent 2015 och 2016 var den 7 procent. Andelen kommuner där ingen socialtjänstpersonal kan dokumentera mobilt har minskat från 58 procent 2015 till 47 procent 2017.

Privata socialtjänstverksamheter

I 24 procent av omsorgsföretagen har all personal tillgång till mobil utrustning. Av kommunerna är det endast i 5 procent som all personal har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i verksamhetssystemet, se tabell 22.

¹⁶ I 2014 års enkät fanns bara svarsalternativen ja och nej (alla eller ingen). Jämförelser med uppgifter från 2014 måste därför göras med försiktighet.

¹⁷ I 2014 års enkät fanns bara svarsalternativen ja och nej (alla eller ingen). Jämförelser med uppgifter från 2014 måste därför göras med försiktighet.

Tabell 22. Andelen omsorgsföretag där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i verksamhetssystemet, i %

	2016 Privata omsorgsföretag (n=66)	2017 Privata omsorgsföretag (n=135)
Ingen	56	58
Färre än hälften	16	9
Ca hälften	2	2
Mer än hälften	3	3
Alla	22	24
Vet ej	2	4
Totalt	100	100

I 24 procent av alla omsorgsföretag har all mobil personal tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt, se tabell 23. Av kommunerna är andelen endast 6 procent.

Tabell 23. Andelen omsorgsföretag där den berörda mobila socialtjänstpersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, i %

	2016 Privata omsorgsföretag (n=66)	2017 Privata omsorgsföretag (n=135)
Ingen	59	58
Färre än hälften	14	11
Ca hälften	0	1
Mer än hälften	3	3
Alla	22	24
Vet ej	2	4
Totalt	100	100

Den nationella patientöversikten

I NPÖ kan legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal hos en vårdgivare läsa andra vårdgivares journaler om gemensamma patienter, under förutsättning att patienten ifråga ger sitt samtycke. Detta kräver att vårdgivarna har anslutit sig till NPÖ, dels som konsumenter för att kunna läsa, dels som producenter för att kunna dela information med andra vårdgivare. Samtliga landsting har tidigare anslutit sig till NPÖ och kan dela patientinformation mellan sig och med kommunala och privata vårdgivare. Många kommuner och ett mindre antal privata vårdgivare är också anslutna som konsumenter, men bara ett mindre antal kommuner kan producera information till NPÖ. Inga privata vårdgivare är anslutna som producenter.

För att NPÖ ska bli till nytta för patienterna och vården bli mer effektiv krävs att kommunerna som vårdgivare ansluter samtliga vårdenheter som både konsumenter och producenter, att all legitimerad personal får tillgång

till systemet och att personalen faktiskt använder det. I tabellerna 24–26 belyser Socialstyrelsen dessa faktorer.

Enligt uppgifter från Inera¹⁸ var det totalt 261 kommuner (cirka 90 procent) som i februari 2017 hade anslutit någon eller några vårdenheter till NPÖ. Detta är en ökning med cirka 90 procent sedan februari 2014 då 137 kommuner var anslutna. Användningen av systemet har också ökat markant sedan 2014, men även under senaste året. Antalet unika användare ökade med 66 procent mellan 2016 och 2017. Antalet slagningar i systemet ökade med cirka 83 procent under samma period.

Tabell 24. Användning av den nationella patientöversikten¹⁹

	Feb 2014	Feb 2015	Feb 2016	Feb 2017
Antal uppkopplade kommuner	137	217	235	261
Antal unika användare ²⁰	1313	2216	6822	11308
Antal slagningar	7065	13372	35566	65030
Antal patienter	-	-	19669	34850
Antal slagningar per unik användare	5,38	6,03	5,21	5,75

Källa: Inera

Om en kommun ansluter sig till NPÖ som producent kan de göra journaluppgifterna om de enskilda vårdtagarna tillgängliga också för andra vårdgivare som är anslutna till NPÖ. Det är enligt Inera 22 kommuner (8 procent) som har anslutningar för att dela journaluppgifter vilket är en fördubbling sedan 2016.

För att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunerna ska kunna ta del av informationen från andra vårdgivare genom NPÖ måste de ha behörighet till systemet. Det krävs dels att de har en e-legitimation, dels att de är registrerade i en nationell eller regional katalog där deras professionella roll är angiven. I 82 procent av kommunerna har all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tillgång till NPÖ, se tabell 25. Av tabellen framgår också att andelen kommuner där ingen personal har tillgång till NPÖ har minskat från 24 till 11 procent, mellan åren 2015 och 2017.

¹⁸ Inera är det landstingsägda bolag som har utvecklat och som förvaltar den nationella patientöversikten.

¹⁹ Inera lanserade en ny version av NPÖ i slutet av 2015. Siffrorna avseende unika användare och antal slagningar för 2014 och 2015 är därför inte helt jämförbara med 2016 och 2017. Uppgifter avseende antal patienter saknas för 2014 och 2015.

²⁰ Det totala antalet sjuksköterskor i kommunerna var cirka 17 500 i november 2014, varav cirka 14 300 inom äldreomsorgen, enligt Socialstyrelsen.

Tabell 25. Andelen kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till NPÖ med egen inloggning, i %

Andel av personalen	2015 (n=203)	2016 (n=205)	2017 (n=206)
Ingen	24	16	11
Färre än hälften	2	2	2
Ca hälften	0	0	0
Mer än hälften	6	5	2
Alla	68	77	82
Vet ej/kan ej svara			3
Totalt	100	100	100

För att NPÖ ska bli till nytta för patienterna och vården bli mer effektiv har kommunen ett övergripande ansvar för att den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen använder systemet. Ett sätt är att kommunen tar fram rutiner för hur och när personalen ska använda systemet. Av tabell 26 framgår det att 66 procent av kommunerna har rutiner på plats och att ytterligare 16 procent har startat en process för att ta fram sådana rutiner.

Tabell 26. Andelen kommuner som har rutiner för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ, i %

	2014 (n=195)	2015 (n=225)	2016 (n=212)	2017 (n=206)
Ja	39	55	66	72
Nej	29	25	18	20
Riktlinjerna är under produktion och kommer att sättas i drift inom sex månader	32	20	16	8
Totalt	100	100	100	100

Vid 2014 års undersökning var det 39 procent av kommunerna som hade rutiner för hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ. År 2017 var andelen 72 procent. Det har alltså skett en ökning över åren.

Privata utförare

I 66 procent av de vårdföretag som har anslutit sig till NPÖ har ingen personal tillgång till systemet, och i 16 procent har all legitimerad personal tillgång till NPÖ. Av kommunerna är det 11 procent där ingen personal har tillgång till systemet och i 82 procent har all personal tillgång. De privata vårdgivarna är alltså i lägre grad anslutna till NPÖ.

Kommunernas styrande dokument

En uttalad och dokumenterad strategi är en förutsättning för en planerad och samordnad utveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik. En strategi kan visa att kommunen på någon nivå har tagit beslut om vilken utveckling man vill se när det gäller teknik i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen frågade i enkäten om det finns styrande doku-

ment om införande av eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik inom socialtjänsten eller i den kommunala hälso- och sjukvården. (Styrande dokument kan vara verksamhetsplan, handlingsplan, strategi för it-utveckling m.m.)

Av tabell 27 framgår att 70 procent av kommunerna har tagit fram styrande dokument som har antagits av kommunfullmäktige, en nämnd eller på tjänstemannanivå. Endast 2 procent av kommunerna saknar helt sådana styrande dokument. Det vanligaste är att de styrande dokumenten har antagits på nämndnivå (55 procent).

Utveckling av välfärdsteknik är det område inom vilket flest kommuner, på någon nivå, har tagit fram flest styrande dokument (61 procent av kommunerna).

Tabell 27. Andel kommuner som har styrande dokument för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik, 2017, i % (n=167)

	Kommunfullmäktige	Nämndnivå	Tjänstemannanivå	Saknar styrande dokument	Total andel kommuner
Utveckla e-tjänster (webbtjänster)	28	46	36	2	58
Utveckla välfärdsteknik	26	52	38	2	61
Digitalisera trygghetslarm	20	35	28	1	42
Urusta personalen i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården med säker roll- och behörighetsidentifikation	19	34	29	1	42
Ge personalen i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården möjlighet att dokumentera mobilt	23	43	34	1	53
Utveckla och använda strukturerad dokumentation i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården	24	42	32	1	49
Utveckla infrastruktur, t.ex. bredband	22	32	25	1	37
Annat	2	4	3	0	5
Total andel kommuner	31	55	40	2	70

Strukturerad dokumentation

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form. Det finns dock inte någon allmängiltig definition av *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, dvs. kopplad till den enskilda individens process i vård och omsorg. Denna process löper ofta över organisatoriska gränser.

En insats eller åtgärd måste t.ex. 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.

Strukturerad dokumentation används exempelvis i Äldres behov i centrum (ÄBIC) inom äldreomsorgen [9]. Inom barnområdet finns Barns behov i centrum (BBIC) [10] och inom missbruksområdet finns framför allt Addiction Severity Index (ASI) och Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD). Sedan 2016 används Individens behov i centrum (IBIC), vilket är en utvidgning av ÄBIC och avser såväl äldreomsorgen som verksamheter för personer med funktionsnedsättningar.

I kommunerna används strukturerad dokumentation i varierande omfattning. Av tabell 28 framgår att flest kommuner har infört strukturerad dokumentation i myndighetsutövningen av barnärenden, 88 procent. Den höga andelen beror framför allt på att BBIC är ett etablerat system för att dokumentera utredningar, insatser och uppföljningar för barn och unga. Systemet har funnits i Sverige sedan 2006. Vidare är det 47 procent av kommunerna som använder strukturerad dokumentation i arbetet med vuxna med missbruksproblem. I myndighetsutövningen av insatser för personer med funktionsnedsättningar är det en betydligt lägre andel kommuner som använder strukturerad dokumentation, 26 procent. Inom äldreområdet finns sedan några år ÄBIC som bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [11]. Cirka 41 procent av kommunerna använder ÄBIC i myndighetsutövningen inom äldreomsorgen.

Tabell 28. Andelen kommuner som inom myndighetsutövningen använder en strukturerad dokumentation i verksamhetssystemet, i %

	2014	2015	2016	2017
Barn och unga	88	95	93	88
Ekonomiskt bistånd	26	28	27	23
Familjerätt	27	25	24	23
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	17	18	19	26
Vuxna med missbruksproblem	62	72	71	47 ²¹
Äldreomsorg	19	27	32	41

Av tabell 28 framgår att utvecklingen sedan 2014 ser olika ut beroende på verksamhetsgren. Barn och unga ligger på samma nivå som 2014, och för ekonomiskt bistånd och familjerätt ligger siffrorna också på ungefär samma nivå 2017 som 2014. När det gäller vuxna med missbruksproblem är det färre kommuner som använder strukturerad dokumentation i handläggningen än 2014. Inom verksamhetsområdena för personer med funktionsnedsättningar och äldre har användningen i stället ökat. En förklaring till ökningen inom äldreomsorgen kan vara att Socialstyrelsen har haft ett särskilt uppdrag sedan 2013 att implementera ÄBIC/IBIC i kommunerna. Detta har bland annat inneburit riktade utbildningsinsatser till kommunerna. Av fritextsvaren framgår att en lång rad kommuner är på väg att införa IBIC i verksamhetsutövningen under 2017 i äldreomsorg och för personer med funktionsnedsättningar. Minskningen av strukturerad dokumentation inom områdena barn och unga och vuxna med missbruksproblem torde hänga samman med att frågan var något annorlunda formulerad 2017 än tidigare år och uppgifterna är därför inte helt jämförbara. I socialtjänstens utförlighet är det färre kommuner som använder strukturerad dokumentation än i myndighetsutövningen. Det är 70 procent av kommunerna som har angett att de använder strukturerad dokumentation inom området barn och unga och 26 procent inom missbruksområdet. Ett antal kommuner anger i fritextsvaren att de är på väg att införa IBIC i äldreomsorgen och några inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar.

I verksamheter för arbetsmarknadsinsatser är andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation lägst, 12 procent (tabell 29).

²¹ Socialstyrelsen bedömer att den stora nedgången av strukturerad dokumentation i området vuxna med missbruksproblem handlar om att frågan var annorlunda ställd i 2017 års enkät jämfört med tidigare år.

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

	2014	2015	2016	2017
Barn och unga	76	74	76	70
Familjerätt	19	21	22	18
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	13	14	16	19
Vuxna med missbruksproblem	45	53	57	26
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	10	16	17	23
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	10	15	16	23
Arbetsmarknadsinsatser	--*	7	13	12
Hemsjukvård i ordinärt boende	19	38	35	41
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	20	40	35	42

* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för arbetsmarknadsinsatser

Tabell 29 visar en minskning av andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation i utförarledet inom områdena barn och unga och vuxna med missbruksproblem. Dessa nedgångar kan troligen förklaras med att frågorna var något annorlunda ställda 2017 än föregående år och uppgifterna kan därför inte jämföras.

När det gäller hemsjukvården och hälso- och sjukvården i särskilda boenden har det skett en dryg fördubbling mellan 2014 och 2017 av andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation.

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) innebär ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Det kan användas som verktyg vid bedömning av behov, vid arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering [11].

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

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

	2014	2015	2016	2017
Barn och unga	7	14	18	19
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	10	14	20	23
Vuxna med missbruksproblem	4	7	8	9
Äldreomsorg	14	26	29	37
Ekonomiskt bistånd	*	4	5	7

* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för ekonomiskt bistånd

Sedan 2014 års undersökning har användningen av ICF ökat. Inom t.ex. myndighetsutövning för barn och unga har andelen ökat från 7 procent 2014 till 19 procent 2017. 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 77 respektive 78 procent av kommunerna som använder ICF. Inom socialtjänstverksamheterna är det betydligt färre kommuner som använder ICF (se tabell 31).

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

	2015	2016	2017
Barn och unga	8	14	14
Personer med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning	12	17	18
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamhet	19	20	25
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	72	77
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	72	78

Av tabell 31 framgår att användningen av ICF i socialtjänstens utförarled och i den kommunala hälso- och sjukvården har ökat sedan 2015.

Klassifikation av vårdåtgärder

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) [12] är en klassifikation av åtgärder inom hälso- och sjukvården. Den anger hur en utförd åtgärd ska grupperas (klassificeras), dvs. vilken kategori och grupp den ska tillhöra i en hierarkiskt uppbyggd struktur. Klassifikationen anger också vilken kodbeteckning (åtgärdskod) som ska användas.

Av tabell 32 framgår att 40 procent av kommunerna använder KVÅ i hemsjukvård i ordinärt boende och 40 procent i hälso- och sjukvården i särskilda boenden. Detta är en ökning i förhållande till 2014.

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

	2014	2015	2016	2017
Hemsjukvård i ordinärt boende	35	39	43	40
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	34	41	44	40

År 2014 var andelen kommuner som använde KVÅ i hemsjukvård 35 procent och i hälso- och sjukvården i särskilt boende var den 34 procent. I

2014 års enkät ingick dock även privata verksamheter så dessa uppgifter är inte helt jämförbara.

Privata utförares avtal med kommunerna

Socialstyrelsen frågade om vilken typ av avtal företaget har med kommunen. Det vanligaste svaret var att de säljer enstaka platser till en eller flera kommuner och många vård- och omsorgsföretag har avtal med mer än en kommun. Detta får effekter på vårdföretagets administration eftersom kommunerna har olika verksamhetssystem som vård- och omsorgsföretagen ska förhålla sig till. Cirka 19 procent av företagen angav att de dokumenterar insatserna i både sitt eget och i den beställande kommunens verksamhetssystem och 27 procent bara i det egna. Övriga 54 procent dokumenterar i bara det egna verksamhetssystemet.

Tabell 33. De privata utförarnas avtal med kommunen

	Andel²² (%)
Avtal med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV) för en kommun	23
Avtal med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV) för flera kommuner	22
Avtal på entreprenad för en kommun	12
Avtal på entreprenad för flera kommuner	10
Säljer enstaka platser till en eller flera kommuner	43

²² Summan överstiger 100 procent då respondenterna kunde ange mer än ett svar

Intervjuundersökning

I februari och mars 2017 gjorde Socialstyrelsen en intervjuundersökning i ett urval kommuner som i 2016 års undersökning inte hade kommit så långt med e-hälsoutvecklingen. I urvalet ingick också Stockholm, Göteborg och Malmö trots att de på flera områden visat på en god utveckling inom e-hälsoområdet. Ingen av storstadskommunerna hade dock 2016 påbörjat digitaliseringen av trygghetslarmen.

Resultaten redovisas nedan och svaren har tematiserats i sex områden; strukturella förutsättningar, organisation och arbetssätt, information och kommunikation, juridik, ekonomi och medborgarens och brukarens roll.

Strukturella förutsättningar för kommunerna

Behovet av digitalisering, e-hälsa och välfärdstjänster är uppmärksammat i kommunerna men flera av de intervjuade kommunerna menar att frågorna inte har tillräckligt hög prioritet. Intervjupersonerna säger att frågor kring digitalisering är komplicerade och omfattande, och att de resurser som tillsätts sällan räcker för att skynda på utvecklingen.

Intervjupersonerna anser vidare att det stöd de får regionalt och nationellt inte är tillräckligt omfattande för, eller anpassat till, den enskilda kommunens förutsättningar. Ett antal kommuner vill också ha tydligare krav från nationella aktörer, hjälp med frågor om juridik, etik och upphandlingar, och tillgång till underlag för kravspecifikationer.

Kommunerna har för många leverantörer med lösningar som inte alltid är framtagna enligt standarder, menar intervjupersonerna. Teknikproblem vid införande av nya lösningar gör också att de förlorar tillit till tekniken. Kommunerna vill att lösningar som kommer från olika leverantörer är testade och integrerade så att personalen t.ex. inte behöver mata in samma information i flera system. Intervjupersonerna vill även få tillgång till fler appar som stödjer t.ex. mobilt arbetssätt, vilket ordinarie systemleverantörer inte alltid kan erbjuda. Vissa kommuner menar att de större systemleverantörerna inte kan möta deras behov av utveckling av mobila arbetssätt. Flera kommuner uttrycker att de vill kunna upphandla en plattform som flera lösningar kan kopplas till.

Några intervjupersoner vill att aktörer på nationell nivå ska efterfråga handlingsplaner från kommunerna kring e-hälsa och välfärdsteknik för att höja hastigheten i införandet. Andra önskemål är att det från nationell nivå borde ställas mer krav på kommunerna när medel delas ut så att satsningar kan leda till breddinföranden. Ett par kommuner anser att kommunerna inte ska kunna vägra att delta i digitaliseringen.

Infrastrukturen är fortfarande ett problem i glesbygden för flera kommuner. Intervjuerna visade att det är vanligt att det inte finns bredband i särskilda boenden, vilket gör att kommunerna inte kan införa e-tjänster och välfärdsteknik såsom digitala trygghetslarm.

I intervjusvaren framgick att det pågår många samarbeten lokalt mellan kommuner, men färre samarbeten mellan region och kommuner. Vissa

intervjupersoner svarade att det är svårt att samarbeta med andra kommuner då de kommit olika långt i den digitala utvecklingen. I landsting och regioner pågår upphandlingar av verksamhetssystem som även kommunerna ska använda. Ett par intervjuade kommuner svarade att de inte känner sig inkluderade eller bjuds in i upphandlingarna, trots att de kommer att ha stor påverkan på deras verksamhet.

Kommunens organisation och arbetssätt

Intervjuerna visar att större kommuner har egna organisationer som arbetar med e-hälsa. Vissa större kommuner har också egna förvaltningar som arbetar med serviceutveckling mot invånarna.

De flesta mindre kommuner har utsett en person som hanterar e-hälsa men tjänsten är ofta delad med ordinarie uppdrag i socialtjänsten och relativt lite tid kan ägnas åt digitaliseringsområdet. Flera kommuner har samarbeten kring it och e-hälsa med närliggande kommuner samt med landsting och regioner.

Kommunerna menar att det är relativt lätt att starta piloter men steget till breddinförande är svårt. En respondent menar att kommunerna är vana vid att starta projekt för att på så sätt hantera en aktuell fråga, men att de glömmer bort det strategiska arbetet. Det finns en utmaning i att anpassa arbetsprocesserna parallellt med införandet av ny teknik.

Flera intervjupersoner framförde att ”Politiker måste kliva fram och våga ta beslut. Någon behöver visa med hela handen på vad som behöver göras.”

Information och kommunikation

I intervjuerna framkom att kommunerna saknar information om olika e-hälsolösningar och effekterna av dessa. De försöker, i mån av tid, söka relevant information om utbudet av e-hälsotjänster. De mindre kommunerna har ofta inte möjlighet att prioritera deltagande på relevanta konferenser och mässor och missar då aktuell information och chans att skapa personliga nätverk.

När kommunerna ändå söker information inom området använder de källor såsom SKL (LEDA, dela digitalt, webbplatsen, nyhetsbrev), Myndigheten för delaktighets webbplats och Valfärdssnurrar, Socialstyrelsen (Kunskapsguiden, nyhetsbrev), Inera, Hälsans Nya Verktyg, myndigheter som arbetar med lagstiftning och juridik, IT-universitetet i Göteborg, Västkom och olika leverantörers webbplatser. Många kommuner vill ha information om goda exempel som fungerar ute i landet.

Juridik

Flera av de intervjuade kommunerna beskriver lagstiftning och juridik som ett område som skapar osäkerhet och hinder. Det finns en osäkerhet kring både införandet av tjänster och upphandlingar.

De små kommunerna uttrycker rädsla för att göra fel i olika avseenden. Gps-larm är ett exempel på en tjänst där de inte är säkra på vad lagen tillåter, och tillsynstjänsterna via nätet är ett annat exempel. Samtidigt uttrycker intervjupersoner från små kommuner att de saknar stöd i lagtolkningsären-

den. I dag förlitar sig många kommuner på att leverantörerna har kontroll på lagarna när man inför deras lösningar.

Intervjuerna visade att de stora kommunerna har mer resurser för att hantera juridiska frågor, men ibland sitter fast i gamla avtal som fördröjer införandet, t.ex. av digitala trygghetslarm.

Både stora och små kommuner uttrycker intresse för att öka innovationsupphandlingar och funktionsupphandlingar för välfärdslösningar i stället för normala upphandlingar. De ser det som en möjlighet att inte låsa sig till en specifik lösning som snabbt blir föråldrad. De ser de stora upphandlingarna som löper under lång tid som problematiska.

Ekonomi

Intervjupersonerna menar att kommunerna har en relativt ansträngd budget och att den sällan innehåller en post för införande av e-hälsa eller välfärdstjänster.

Kommunerna bedömer det som kostsamt att införa ny teknik. Många små kommuner vet inte heller vad som bör finnas i en kravspecifikation vid upphandling. Därför missar de flera krav, vilket gör att införandet ofta blir dyrare än beräknat.

Många kommuner nämner att de genomför framgångsrika piloter och är ofta väldigt nöjda när de har provat en specifik tjänst från en leverantör. När breddinförande sedan ska ske måste dock en upphandling göras då lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) kräver att andra leverantörer också ska få vara med i upphandlingen. Det tar lång tid och kan vara resurskrävande för den organisation som genomfört piloten, och det gör ofta att intresset svalnar. En kommun som intervjuades hade misslyckats två gånger med att införa digitala lås då de inte hade avsatt resurser för själva implementeringen.

Den enskildes roll

Kommunerna anser att medborgarna fortfarande är för dåligt informerade om möjligheterna med e-hälsa och välfärdsteknik, vilket leder till låg efterfrågan på välfärdstjänster. Några kommuner menar att om det funnits starka krav från användargruppen skulle kommunerna bli tvungna att skynda på satsningen på e-hälsa och välfärdsteknik. Kommunerna vill gärna se medborgare och brukare som medaktörer. En annan brist enligt intervjupersonerna är att de äldre ofta saknar den teknikvana som behövs för att kunna ta till sig ny teknik.

Ett konkret förslag som nämndes i en intervju är att erbjuda ”digital led-sagning” genom bistånd, där en brukare kan få möjlighet att t.ex. vid fem tillfällen få testa välfärdsteknik och kommunikationshjälpmedel för att öka sin kunskap om tekniken och dess möjligheter.

Flera kommuner svarade att de planerar att digitalisera olika blanketter, vilket efterfrågas av medborgarna. Kopplat till detta nämndes sms-tjänster, såsom att kommunen skickar ett sms när ett bidrag betalas ut. Många medborgare förväntar sig redan denna typ av tjänster, enligt ett intervjusvar.

Diskussion

Resultaten från årets uppföljning visar att utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna är ojämn. Digitaliseringen av trygghetslarmen har gått fort även om kommunerna inte har nått regeringens mål att samtliga trygghetslarm skulle vara digitala vid 2016 års utgång [8]. Även vissa former av välfärdsteknik har utvecklats snabbt, men i vissa fall från låga nivåer.

Denna fjärde uppföljning visar en ökning inom de flesta områden som undersökts. Socialstyrelsen konstaterar dock att flera av målen 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 kommunerna nådde inte regeringens mål att alla larm skulle vara digitala den 31 december 2016.
- Användningen av NPÖ för att läsa information ökar, men bara en mindre del av kommunerna kan visa journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa det.
- En liten andel av socialtjänstens personal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen berörd personal som kan dokumentera och komma åt information mobilt är fortfarande liten.
- En liten andel av de privata utförarna av kommunal hälso- och sjukvård använder NPÖ för att ta del av information och det finns inga som visar uppgifter i systemet.

Målen för e-tjänster uppnås inte

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

Detta är fjärde året som Socialstyrelsen rapporterar om utvecklingen av e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna. När det gäller e-tjänster är det med något undantag svårt att urskilja någon utveckling under dessa år och vi kan därför inte anse att dessa mål är uppfyllda. En ökning ses i webbaserade biståndsansökningar inom äldreomsorgen, i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar och inom ekonomiskt bistånd.

De regionala e-hälsosamordnare som ingår i en referensgrupp menar att det finns några olika förklaringar till att utvecklingen inte nått längre. En är att mindre kommuner inte har resurser och kompetens att själva utveckla tjänster. En annan förklaring är att tjänster som utvecklats av externa leverantörer ofta är fristående lösningar som inte kan integreras med andra e-tjänster

i kommunen och med verksamhetssystemen. De är därför inte attraktiva för kommunerna.

Det är dock sannolikt att uppgifterna i avsnittet E-tjänster inte ger hela bilden av kommunernas utveckling eftersom Socialstyrelsen har efterfrågat ”äkta” e-tjänster, dvs. tjänster som är direkt kopplade till kommunens verksamhetssystem och som ger möjlighet till en digital handläggning. Många kommuner har andra former av tjänster, t.ex. blanketter som kan laddas ned från kommunens webbplats, eller informationstexter. Dessa tjänster förmedlas elektroniskt men har inte efterfrågats i enkäten.

Trygghetslarm är mestadels digitala

Socialstyrelsen konstaterar att cirka 70 procent av alla trygghetslarm är digitala. Regeringens mål att alla trygghetslarm skulle vara digitala vid 2016 års utgång har alltså inte nåtts [8].

Kommunerna ger flera förklaringar till detta, och majoriteten av svaren handlade om upphandlingsfrågor. Många kommuner planerade att göra avrop från SKL Kommentus ramavtal om trygghetslarm under 2015 och 2016. Kommentus hade tecknat ett ramavtal med två leverantörer 2012 och när det skulle förlängas i avvaktan på ett nytt avtal 2015 visade det sig att en av leverantörerna inte kunde leverera enligt avtalet och fick därför inte förlängt avtal. Detta medförde att det bara fanns en leverantör på marknaden och denna hade svårt att leverera digitala trygghetslarmssystem till alla kommuner som efterfrågade detta. Vidare blev det nya avtalet försenat då en av budgivarna som inte fick teckna ramavtal 2016 överklagade beslutet. Rättsprocessen med det nya avtalet blev klar i oktober 2016.

Andra förklaringar till att kommuner inte har digitaliserat är att de saknar ekonomiska möjligheter att snabbt byta alla trygghetslarm utan sprider införandet successivt över flera år. Några kommuner hänvisar till att det inte finns bredband eller mobila nät, vilket gör att de inte kan införa digitala larm i alla områden i kommunen förrän infrastrukturen är på plats.

Nästan bara mobila nät

Antalet digitala trygghetslarm har ökat kraftigt och hela tillväxten handlar om att kommunerna använder mobila nät för sina digitala trygghetslarm. Mobila nät används även på orter där det finns fiberburet bredband trots att de trådburna bredbanden som regel erbjuder högre kapacitet och större driftsäkerhet. De är nämligen mindre känsliga för vädervariationer och nedgång i kapaciteten pga. överbelastning m.m.

Post- och telestyrelsen gör varje år en kartläggning av bredbandstillgången²³ i hela landet [13]. Kartläggningen för 2015 visar att 99,99 procent av alla hushåll hade tillgång till bredband, via mobilt nät eller via trådburet bredband, eller skulle relativt enkelt kunna installera det. Utanför tätorter och småorter var täckningsgraden 99,98 procent. Det betyder att nästan alla hushåll hade tillgång till bredband via någon teknik.

²³ PTS definierar i sin kartläggning bredband som en anslutning till internet som medger en överföringshastighet (nedströms) på minst 1 Mbit/s i genomsnitt.

I riket var det 98,98 procent av hushållen som hade tillgång till trådburet²⁴ bredband. Utanför tätort och småort var andelen 90,97 procent. Denna täckningsgrad avser bostäder där folk är folkbokförda.

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

Kommunerna väljer alltså att ansluta de digitala trygghetslarmen till mobila nät trots att de har lägre kapacitet och en teoretiskt sämre driftsäkerhet. Förklaringarna som ges är att det är billigare att installera trygghetslarm med mobil anslutning. Hemtjänstpersonalen klarar installationen själv och det krävs ingen särskild teknisk kompetens. Att installera trygghetslarm via trådburet bredband kräver däremot fiberdragning och installation av tekniskt utbildad personal.

Regionala e-hälsosamordnare menar att kommunerna har större kontroll över hela larmkedjan, från den enskilda personens larmdosa till larmcentralen, om de digitala trygghetslarmen är anslutna via mobila nät. Trygghetslarmet levereras med ett mobilabonnemang som leverantören tecknar. I dessa abonnemang ingår en högre grad av serviceåtagande från operatören (SLA, service level agreement). Dessutom har de moderna digitala trygghetslarmen med mobil anslutning en batteribackup som räcker i minst två dygn. Larmet fungerar alltså även om strömmen går hos brukaren.

När det gäller trådburet bredband (fiber) är kommunerna aktiva i utbyggnaden. Enligt Stadsnätsföreningen finns det minst 155 stadsnät i landet som täcker cirka 190 kommuner, och det är alltså en majoritet av kommunerna som har stadsnät. Dessa nät drivs i regel i kommunal regi, ofta av kommunala aktiebolag. Socialtjänsten i kommunerna som upphandlar trygghetslarm väljer alltså att bortse från att kommunen själv äger och driver fibernät.

Socialstyrelsen konstaterar att det råder en diskrepans mellan å ena sidan statens satsningar på bredbandsutbyggnad och kommunernas höga aktivitet i att bygga ut fibernäten, och å andra sidan kommunernas val att inte använda dessa nät för de digitala trygghetslarmen. De regionala e-hälsosamordnarna menar också att det finns risk för inläsningseffekter då man ansluter de digitala trygghetslarmen till mobila nät. De mobila näten har inte kapacitet att ansluta andra välfärdstjänster som innebär t.ex. bildöverföring och stora mängder av annan datatrafik för hälsoövervakning.

Välfärdsteknik ökar

Allt fler kommuner anger att de använder olika typer av välfärdsteknik i ordinärt boende, i särskilda boenden för äldre och i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. De vanligaste typerna är passiva

²⁴ Med trådburet bredband menas bredband via kopparaccessnätet (xDSL), kabel-tv-nät och fibernät.

larm (sensorer) som används av över 200 kommuner för personer som bor i ordinarie boende. Vårdplanering med videokonferens används i cirka 140 kommuner. Natttillsyn med kamera i den enskildes hem och användning av gps-larm har ökat under senaste året. Det är dock fortfarande få personer som fått del av tekniken.

Strukturerad dokumentation ökar inom vissa områden, men inte alla

Enkätsvaren visar att en majoritet av kommunerna använder strukturerad dokumentation inom området barn och unga. Även inom verksamhetsområdet vuxna med missbruksproblem är det en relativt stor andel av kommunerna som använder strukturerad dokumentation.

Detta förklaras av att BBIC används i handläggningen av insatser till barn, och Socialstyrelsen och SKL har verkat för att lansera och arbeta in systemet i kommunernas digitala verksamhetssystem. Inom missbruksområdet används ASI som också är ett etablerat system.

Inom andra områden inom socialtjänsten är det en mindre andel kommuner som använder strukturerad dokumentation. Andelen ökar dock inom äldreomsorg och i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar. Förklaringen till ökningen inom äldreomsorgen är troligen att Socialstyrelsen har haft ett särskilt regeringsuppdrag sedan 2013 att verka för att ÄBIC/IBIC implementeras i kommunerna. År 2016 fick Socialstyrelsen ett utökat uppdrag att verka för att IBIC används också i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar. Inom ekonomiskt bistånd och familjerätt har ingen utveckling skett sedan 2014.

Vidare är det ett begränsat antal kommuner som använder klassifikationsystemen ICF och KVÅ, och utvecklingen är svag.

Det finns flera möjliga förklaringar till att inte fler kommuner använder strukturerad dokumentation och att utvecklingen inte är starkare:

- Det finns inga krav i lagstiftning eller föreskrifter på att kommunerna ska använda strukturerad dokumentation i den individbaserade dokumentationen som också kan sammanställas på gruppnivå.
- Det finns inga krav på att kommunerna ska lämna statistik till nationella register eller kvalitetsregister som baseras på individbaserade uppgifter om individens behov, mål, resultat och genomförda/ej genomförda insatser. Det saknas dessutom ofta arbetssätt och stöd för att strukturerat ange sådana uppgifter i den individbaserade dokumentationen för utredning, genomförande eller uppföljning.
- Många verksamhetssystem innehåller inte strukturerad dokumentation (utöver det som ingår i den officiella statistiken för socialtjänsten) och det innebär att det inte går att sammanställa uppgifter, varken på individ- eller på gruppnivå. När det finns möjlighet att hantera vissa strukturerade uppgifter (utöver det som ingår i den officiella statistiken för socialtjänsten) i verksamhetssystemet är de ibland lokalt framtagna, och ibland används de inte av hela socialtjänsten i den kommunen.

- Kommunerna gör som regel egna upphandlingar av verksamhetssystem och går inte ihop med andra kommuner för att ställa gemensamma krav på strukturerade och sammanställningsbara uppgifter inom socialtjänsten. Detta leder till att olika variabler utvecklas i landet och att varje kommun betalar för utvecklingen av verksamhetssystemet.
- Det finns ett begränsat stöd för att implementera och använda strukturerade uppgifter och systematiska uppföljningar inom socialtjänsten, med undantag för BBIC, ÄBIC/IBIC och ASI.
- Det saknas ofta systematisk uppföljning på individnivå inom hela eller delar av socialtjänsten, och då finns heller inga förutsättningar för sammanställningar och systematiska uppföljningar på gruppnivå.

Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik går långsamt

Socialstyrelsen har i tidigare rapporter om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik konstaterat att utvecklingen på flera områden går långsamt. I samband med årets undersökning lät vi göra en intervjuundersökning bland ett urval kommuner för att undersöka svårigheterna med teknikutveckling i den kommunala hälso- och sjukvården och i socialtjänsten [14]. Av intervjuvaren framgår att det finns ett stort engagemang bland kommunerna för dessa frågor, men de intervjuade upplevde att det gick för långsamt med digitaliseringen. Socialstyrelsen har med utgångspunkt i intervjuerna identifierat några områden som kan betecknas som särskilt viktiga när det gäller utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna: nationell styrning och samordning, kommunernas strategier, kompetensutveckling, information och stöd till kommunerna. Dessa områden diskuteras närmare nedan.

Kommunerna vill ha mer nationell styrning och samordning
Kommunerna efterfrågar en tydligare nationell samordning och styrning för att snabba på utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik.

Socialstyrelsen konstaterar att överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en handlingsplan för samverkan vid genomförandet av Vision e-hälsa 2025 [5] innehåller en organisation, och planer på insatser, för att uppnå ett ändamålsenligt regelverk, en enhetligare begreppsanvändning och gemensamma standarder för att möjliggöra en teknisk interoperabilitet. Ett nationellt forum för standardisering inom e-hälsa ska bland annat inrättas. I överenskommelsen beskrivs också hur e-hälsoarbetet ska styras och samordnas. Arbetet kommer att följas upp årligen och uppföljningarna ska omfatta internationella jämförelser.

Många kommuner saknar strategier för e-hälsa

De som besvarade enkäten menade att kommunerna saknar politiskt förankrade och tydliga strategier och handlingsplaner för vad man vill åstadkomma inom e-hälsa och välfärdsteknik.

Regeringen och SKL ingick 2013 och 2014 en överenskommelse om evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. I samband med överenskommelsen för 2014 fördelades 60 miljoner kronor i stimulansbidrag

till kommunerna för att påskynda e-hälsoutvecklingen. Ett av kraven för bidraget var att ”varje kommun i länet ska visa ett beslut från relevant nämnd eller styrelse om att påbörja processen att etablera konceptet trygghet, service och delaktighet i hemmet genom digital teknik inklusive att övergå till digitala trygghetslarm.” I konceptet skulle ingå en långsiktig plan för finansiering, organisation och samverkan inom e-hälso-området. Utvecklingen av e-hälsa skulle bedrivas i nära samverkan med verksamhetsansvariga för socialtjänsten och med regionala stödstrukturer för en evidensbaserad praktik i social-tjänsten. Socialstyrelsen konstaterade i uppföljningen av satsningen att samtliga kommuner uppfyllde detta krav. Kommunerna påbörjade i samband med detta processen med att ta fram handlingsplaner för e-hälso-utvecklingen.

Vidare frågade Socialstyrelsen i årets enkät om kommunerna har styrande dokument för e-hälsoutvecklingen. Totalt har 70 procent av kommunerna någon form av styrande dokument, strategi, handlingsplan eller dylikt. I en tredjedel av kommunerna är de beslutade i kommunfullmäktige medan andra styrande dokument är beslutade på nämnd- eller tjänstemannanivå. Vissa av de styrande dokumenten avser begränsade delar av e-hälsoområdet, t.ex. utveckling av e-tjänster, digitalisering av trygghetslarmen eller strukturerad dokumentation.

Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna har kommit en bit på väg men att det återstår mycket arbete för att alla kommuner ska ha dokument för hela sitt arbete med e-hälsa och digitalisering.

Kompetensutveckling behövs på alla nivåer

Det finns behov av kompetensutveckling på alla nivåer i kommunerna. För beslutsfattare, chefer och utvecklingsledare handlar det om kompetens inom upphandling och juridik. Utvecklingsledare och personal som möter brukare och klienter behöver kunskap om e-hälsa och välfärdsteknik och om hur verksamheten och organisationen bäst kan anpassas för att ta tillvara teknikkens möjligheter.

När det gäller personalen finns ett särskilt behov av kompetens för att skapa tillit, förtroende och positiv attityd till utvecklingen hos brukare och medborgare. Om personalen vet hur en viss teknik fungerar och har lärt sig dess fördelar ökar sannolikheten för att de i sin tur sprider positiv information. De kan vidare vara till stöd för de personer som använder tekniken.

Kommunerna efterfrågar stöd inom juridik och upphandling

Kommunerna menar i intervjuvaren att det behövs mer information om e-hälsans möjligheter och vilka förväntningar som finns från regering och myndigheter. Vidare är det viktigt att nationella aktörer tar ansvar för att informera kommunerna om vad som pågår inom e-hälsa och välfärdsteknik. Många kommuner efterfrågar även information om goda exempel på lösningar som fungerar i andra kommuner. På regional nivå kan man tänka sig att kommuner som kommit längre kan fungera som mentorer åt dem som inte kommit lika långt.

Många kommuner behöver stöd i juridiska frågor för att avgöra vad som gäller vid införandet av olika e-hälso- och välfärdstekniktjänster. Samtidigt

behöver de stöd och råd när det gäller upphandlingar för att kunna göra säkrare införande av e-hälsa och välfärdsteknik. Socialstyrelsen konstaterar att den modell som byggdes upp under 2013 och 2014 där regionala e-hälsosamordnare tillsattes med stöd av statliga medel gav goda effekter på e-hälsarbetet i regionerna. SKL hade ett ansvar för att upprätta ett nationellt nätverk för de regionala e-hälsosamordnarna, och dessa samordnare skapade i sin tur regionala nätverk där kommuner kunde utbyta erfarenheter och lägga grunden för interkommunala och regionala samarbeten. När de statliga medlen för satsningen upphörde var det flera e-hälsosamordnare som inte längre hade finansiering och tjänsterna drogs in. I dag finns ett mindre antal kvar, varav vissa har deltidstjänster. De regionala nätverken har också försvagats då det inte finns centrala medel för finansiering.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att det finns olika typer av stöd från statliga myndigheter och andra nationella aktörer. Vi har bland annat en tjänst för frågor och svar på webbsidan och administrerar Kunskapsguiden där flera webbutbildningar inom området e-hälsa och välfärdsteknik finns att tillgå. Myndigheten för delaktighet har också en webbsida med ett stort utbud av stöd till kommunerna, exempelvis Välfärdssnurren. Upphandlingsmyndigheten erbjuder vidare stöd till kommuner som ska göra upphandlingar. Exempel på andra aktörer som har information och stöd till kommuner är SKL, Inera och Hälsans Nya Verktyg.

Trots det utbud av stöd som finns från nationella aktörer är det många kommuner som uppger att de behöver stöd på närmare håll. Framför allt i att hitta goda exempel, tillgodogöra sig utbudet av nationella stöd och diskutera sina egna förutsättningar och behov av en utvecklad e-hälsa.

Referenser

1. Regeringen. Nationell IT-strategi för vård och omsorg. 2006. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/03/73/9959f31e.pdf>
2. Socialdepartementet. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg 2010:
3. Socialdepartementet. Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - överenskommelse för år 2013. 2012. Hämtad från: http://www.regeringen.se/download/b12f0ef9.pdf?major=1&minor=206845&cn=attachmentPublDuplicator_0_attachment
4. Regeringen. Vision e-hälsa 2025. 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
5. 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>
6. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna – Redovisning av nyckeltal för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2016 2016. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-30>
7. Vårdföretagarna. Privat vårdfakta 2015. 2015. Hämtad från: <https://www.vardforetagarna.se/fakta-och-debatt/rapporter-och-publikationer/privat-vardfakta-2015>
8. 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/>
9. 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>
10. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum - Grundbok BBIC. 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-2/sidor/default.aspx>
11. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversion (ICF-CY) 2010. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-4-26>
12. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). 2015. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/KVA-inledning-version-2-6-150128.pdf>

13. Post och telestyrelsen. Breddbanskartläggning 2015. 2016. Hämtad från: <https://www.pts.se/upload/Rapporter/Internet/2015/PTS-breddbanskartlaggning-2014.pdf>
14. RISE SICS. Rapport till Socialstyrelsen - Varför digitaliseringen går långsamt inom socialtjänsten. 2017.

Bilaga 1, svarsfrekvenser per län

Län	Andel kommuner (%)
01 Stockholms län	88
03 Uppsala län	75
04 Södermanlands län	78
05 Östergötlands län	77
06 Jönköpings län	92
07 Kronobergs län	88
08 Kalmar län	75
09 Gotlands län	100
10 Blekinge län	100
12 Skåne län	76
13 Hallands län	83
14 Västra Götalands län	90
17 Värmlands län	75
18 Örebro län	92
19 Västmanlands län	100
20 Dalarnas län	80
21 Gävleborgs län	50
22 Västernorrlands län	86
23 Jämtlands län	88
24 Västerbottens län	60
25 Norrbottens län	79
Riket	82

Bilaga 2, indikatorer för e-hälsoutveckling

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

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

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

Välfärdsteknik

4. Bildkommunikation mellan brukare, anhöriga och handläggare eller utförare i socialtjänsten
5. E-hemtjänst (tex. natttillsyn via videokamera, gps-larm, meddelandefunktion, påminnelse för tex mediciner etc.)

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.

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 (t.ex. positionering via gps).

NPÖ

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

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, tex NPÖ och Pascal. Vidare kan personalen ha behov av att dokumentera vad som framkommit vid besöket. För att läsa och dokumentera mobilt finns olika lösningar, t.ex. mobiler, surfplattor och bärbara datorer.

- 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, t.ex. 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, t.ex. 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, dvs. kopplad till den enskilda individens process i vård och omsorg. Denna process löper ofta över organisatoriska gränser.

En insats eller åtgärd måste t.ex. 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 utförlarled 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 utförlarled 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 individdokumentationen 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 utförarledet 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 av enkätundersökningen

Undersökningens upplägg

Datainsamlingen genomfördes via en webbenkät under januari–februari 2017. Ett informationsmejl och en länk till enkäten skickades 10 januari till registratorerna i rikets kommuner och stadsdelarna i Stockholm. Därefter följde tre påminnelser till dem som inte hade besvarat enkäten. Påminnelserna skickades ut med en dryg veckas mellanrum och den sist mejlpåminnelsen skickades 7 februari. Därefter gjordes ytterligare påstötningar per telefon.

Efter någon tid beslöt Stockholms kommun att enkäten skulle besvaras för kommunen i dess helhet och att stadsledningskontoret skulle genomföra uppgiften.

Population

Eftersom Stockholm lämnade ett svar för hela kommunen kom populationen att bestå av rikets samtliga 290 kommuner.

Statistiska mått och redovisningsgrupper

Svaren på den aktuella frågan redovisas på riksnivå. Procentsatser beräknas på basis av de kommuner som besvarade frågan.

Det totala antalet larm i riket har skattats eftersom alla kommuner inte har gett någon uppgift. Antagandet är då att de kommunerna har larm i samma proportion till folkmängden som de kommuner som besvarade frågorna om antalet larm, utifrån 2016 års data för åldersgruppen 65 år och äldre.

Ramtäckning

Med ramtäckning avses i vilken utsträckning undersökningen har nått de kommuner som var föremål för mätningen. Samtliga kommuner ingick i undersökningen.

Mätning

I samband med datainsamlingen kan mätfel förekomma, liksom i alla undersökningar som är baserade på frågeformulär. Detta kan ha olika orsaker, t.ex. att en fråga missuppfattats av respondenten, att mätinstrumentet inte är anpassat till de uppgifter som efterfrågas eller att instruktionerna i missivet är oklara.

Bortfall

Svarsfrekvensen uppgår till 82 procent för riket i dess helhet. Samtliga kommuner i Blekinge, Västmanland och på Gotland besvarade enkäten. Lägst svarsfrekvens noterar Gävleborg där enkäten besvarades av hälften av länets kommuner.

En del respondenter besvarade enkäten men lämnade enskilda frågor obesvarade. Fem av kommunerna svarade inte på hur stor andel av den handlägg-

gande personalen (i myndighetsutövningen) i kommunens socialtjänst som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.

Ett antal följdfrågor ställdes till de kommuner som på en tidigare fråga svarade att de har en eller flera enheter för hemsjukvård eller hälso- och sjukvård i särskilda boenden som kommunen driver i egen regi. Fem av dessa kommuner svarade inte på om den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar information i ett digitalt verksamhetssystem inom hälso- och sjukvård i särskilt boende.

Övriga frågor lämnades obesvarade av färre än fem kommuner.

Bearbetning

Fel kan också uppstå vid bearbetningen av materialet. För att minska risken för denna typ av fel finns kontroller vid registrering, granskning och rättning samt vid en slutkontroll av resultatet.

Jämförbarhet och sam användbarhet

Resultaten behöver inte alltid avspegla faktiska förhållanden. Avvikelserna kan bero på mätfel; exempelvis kan frågor och anvisningar ha tolkats annorlunda än vad som avsågs vid enkätkonstruktionen.