E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020

Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Socialstyrelsen

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 2020-5-6779

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2020

Förord

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

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

Projektet har letts av utredaren Dick Lindberg och i arbetsgruppen ingick utredarna Ann-Catrin Johansson, Sherko Alemdar, Peter Gustavsson, enkätkonstruktören Claes Falck samt statistikern My Raquette. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

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

Nyckeltalen och resultatet från uppföljningen 2020 finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Utvecklingen i korthet 7
Hinder och framgångsfaktorer för digital utveckling 7
Privata utförare ser möjligheter i digitaliseringen 8
Många kommuner har inte säkrat sina verksamhetssystem 8
Bakgrund 9
Nationella strategier 9
Stimulansmedel 9
Vision e-hälsa 2025 10
Tidigare rapportering från Socialstyrelsen 11
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik 12
Uppdraget 12
Metod och genomförande 12
Agenda 2030 för hållbar utveckling 14
Utvecklingen i socialtjänsten 15
Privat eller kommunal drift 15
E-tjänster 15
Välfärdsteknik 19
Informationssäkerhet 30
Läsa och dokumentera mobilt 35
Strukturerad dokumentation och klassifikationer 37
Kommunernas styrande dokument och personalresurser för utveckling 41
Framgångsfaktorer och hinder 43
Framgångsfaktorer för digitalisering 43
Hinder för digitalisering 45
Intervjuer med privata omsorgsföretag 49
Dokumentationssystem 49
Informationssäkerhet 50
Välfärdsteknik i omsorgsarbetet 51
Socialstyrelsens sammanfattning 54
Utvecklingen i den kommunala hälso- och sjukvården 56
Kommunala eller privata utförare 56
E-tjänster 56
Välfärdsteknik 56

Läsa och dokumentera mobilt 59
Den nationella patientöversikten 61
Strukturerad dokumentation i den kommunala hälso- och sjukvården 66
Socialstyrelsens kommentarer och analys 68
E-tjänster för ekonomiskt bistånd ökar men få ansökningar behandlas automatiskt 68
Breddinförande av välfärdsteknik för den enskilde går långsamt 68
Teknik för effektivitet ökar 69
Låg användning av säker identifiering av roll- och behörighet 70
Många läser, men få producerar information, i den nationella patientöversikten 72
Hinder och framgångsfaktorer för digitalisering 72
Privata utförare 75
Andra studier 75
Samstämmiga slutsatser om hinder för digitaliseringen 76
Pandemin visar på behov av digitalisering 77
Referenser 78
Bilaga 1. Svarsfrekvens 80
Bilaga 2. Intervjustudien i kommunerna 81
Framgångsfaktorer 81
Hinder 83
Vilken nytta har kommunen av digitalisering i dag? 86
Nytta i framtiden 88
Viktigast att satsa på 89
Bilaga 3. Kvalitetsdeklaration 94
Enkätundersökning 94
E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 R56023-3 94
Omfattning 95
Frågor och variabler 95
Datainsamling 95
Beskrivning av data 97
Bilaga 4. Socialstyrelsens nyckeltal för e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 98

Sammanfattning

Utvecklingen i korthet

- E-tjänster för ekonomiskt bistånd ökar men samtidigt visar forskning på att ett begränsat antal ansökningar behandlas automatiskt.
- Användning av välfärdsteknik ökar i kommunerna men samtidigt har många kommuner svårigheter att breddinföra tekniken.
- Allt fler personalgrupper kan läsa och dokumentera digitalt när de utför arbete externt. Utvecklingen är särskilt tydlig inom hemtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Positivt är att en majoritet av kommunerna (cirka 70 procent) har tagit fram styrande dokument i form av digitaliseringsplaner eller liknande för att kunna bedriva en planerad verksamhetsutveckling med digitalisering. Cirka 74 procent av kommunerna har också avsatt personalresurser för att driva utvecklingen av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering.
- Det som inte visar på en positiv utveckling är användning av säker hantering av identiteter- och behörigheter inom socialtjänsten. Endast en mindre andel av kommunerna (15 procent) har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas.
- Få kommuner ansluter sig till NPÖ för att dela journalinformation trots att användningen ökar, fler användare gör allt fler sökningar i systemet.
- Rapporten visar också att kommuner och privata utförare uttrycker behov av stöd från myndigheter och nationella aktörer exempelvis SKR. Såväl E-hälsomyndigheten som Socialstyrelsen har genomfört analyser med syfte att bättre kunna bidra till nationella stödjande insatser.

Hinder och framgångsfaktorer för digital utveckling

En intervjustudie genomfördes med 13 kommuner där syftet var att identifiera vilka hinder och framgångsfaktorer som kommunerna upplever vid digitalisering inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Hindren kan sammanfattas i följande punkter:

- Bristande ekonomiska förutsättningar
- Brist på kompetens på flera nivåer
- Rädsla och motstånd mot ny teknik hos personalen
- Kommunens organisering och arbetssätt
- Hög personalomsättning
- Brist på teknisk interoperabilitet
- Brist på heltäckande och stabil infrastruktur
- Svårt att hitta stöd från nationella aktörer

I intervjuerna framkom också framgångsfaktorer för en lyckad digitalisering:

- Tillgång till resurser för utvecklingsarbete
- Intresse, dialog och vilja till förändring på alla nivåer
- Kunskap om digitalisering
- Personal som leder den digitala utvecklingen
- Information och utbildning till alla berörda
- Samarbete inom kommunen och med andra aktörer
- Styrande dokument för införande av digital teknik
- Ramupphandlingar och gemensamma upphandlingar

De två perspektiven är i vissa fall olika uttryck för samma fenomen. De två listorna kan därför ses som kompletterande.

Privata utförare ser möjligheter i digitaliseringen

En intervjustudie gjordes med privata vård- och omsorgsgivare. Tio privata företag som driver gruppbostäder och dagverksamheter inom sektorn funktionshinder intervjuades. Intervjustudien visar att det finns ett stort intresse för välfärdsteknik hos de privata omsorgsföretagen som ser möjligheter för både personal och enskilda. Ibland upplever företagen att det blir alltför mycket detaljstyrning, från nationella aktörer och från kommuner, angående verksamhetssystem och dokumentation.

Många kommuner har inte säkrat sina verksamhetssystem

Socialstyrelsen har tidigare kommenterat att en stor andel av kommunerna inte har säkrat sina verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas. Personalen kan i många kommuner komma åt enskildas personuppgifter i verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas utan att använda en så kallad stark autentisering vid inloggning. Det är viktigt att kommunen har en säker hantering av identiteter och behörigheter för socialtjänstens personal. Detta för att minimera riskerna att uppgifter om enskilda personer ska komma på avvägar.

Det finns flera förklaringar till att situationen inte förbättrats, trots att kommunerna är medvetna om att lagstiftningen ställer höga krav på integritet för enskilda. Ett av de problem som blivit tydligt i årets uppföljning är att det saknas en standard för e-legitimationer som garanterar användarens identitet och roll vid arbete i den egna organisationen, och i samarbete med andra organisationer.

Bakgrund

Nationella strategier

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

Den nationella it-strategin fick sedan en uppföljare 2010, nämligen *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [2]. Denna fokuserade på införandet, nyttan och användningen av tekniken snarare än på den tekniska utvecklingen. Skiftet från it-strategi till nationell e-hälsa innebar att även socialtjänsten omfattades. Vidare betonades det att en sammanhållen och välfungerande vård- och omsorgsverksamhet kräver att utvecklingen samordnas i hela vård- och omsorgssektorn, hos såväl kommuner och landsting som privata och idéburna utförare.[1]

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

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

Stimulansmedel

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

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

År 2018 avsatte regeringen 350 miljoner kronor till kommunerna för att investera i välfärdsteknik [4]. Socialstyrelsen fördelade medlen och gjorde en uppföljning av hur kommunerna hade använt pengarna. Uppföljningen redovisades i 2019 års rapport om e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

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

I januari 2020 ingick regeringen en ny överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): *Överenskommelse om äldreomsorgen – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus.* Den innebär bland annat att kommunerna får 168,7 miljoner kronor som stimulansbidrag för att stärka den digitala utvecklingen. Vidare utgår ett bidrag om 15 miljoner kronor till 10 modellkommuner och 16,3 miljoner kronor till SKR för att utveckla ett stöd för digitalisering till kommunerna [5].

Vision e-hälsa 2025

I mars 2016 antog regeringen och SKL en vision för e-hälsoutvecklingen i Sverige [6].

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

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

I januari 2017 följdes visionen av *Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025* [7]. Både i visionen och i handlingsplanen pekas följande tre insatsområden ut som grundförutsättningar för att främja e-hälsoutvecklingen:

- regelverket
- enhetligare begreppsanvändning
- standarder

Handlingsplanen beskriver även hur arbetet med insatser inom dessa områden ska styras och samordnas. Av handlingsplanen framgår bland annat att man årligen ska ta fram en samordningsplan som beskriver initiativ, insatser och åtaganden med koppling till insatsområden som ska göras under året.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner kom under 2019 överens om en strategi för att uppnå målen i visionen. Strategin gäller för perioden 2020-2022.

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

Uppföljningen görs av en arbetsgrupp med representanter för E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SKR och Inera [2] [8].

[2] Inera är Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) bolag för utveckling och drift av digitala system.

Tidigare rapportering från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen rapporterade årligen om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2014–2019. Resultaten från 2019 års uppföljning visade en varierande utveckling [9]:

- Allt fler kommuner tar emot elektroniska biståndsansökningar. Det handlar framför allt om ekonomiskt bistånd men också inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Särskilt stor har ökningen av elektroniska ansökningar av ekonomiskt bistånd varit under senare år.
- Allt fler kommuner inför välfärdsteknik. Socialstyrelsen konstaterar dock att även om andelen kommuner som rapporterar att de använder välfärdsteknik ökar, så handlar det fortfarande till stor del om test- och pilotverksamheter. Ökningen av antalet enskilda som får del av tekniken är inte lika tydlig.
- Trygghetslarmen var tidigare uppkopplade via de analoga tonbaserade telefonnäten. I takt med att kommunikationsnäten digitaliserats behövde larmen bytas ut mot digitala för att säkra att signalerna går fram. 2019 års undersökning visade att cirka 91 procent av alla trygghetslarm är digitala och uppkopplade framför allt via de mobila näten. Antalet trygghetslarm är relativt konstant över åren.
- Cirka 94 procent av kommunerna är anslutna till den nationella patientöversikten (NPÖ) för att ta del av andra vårdgivares patientjournaler, men mindre än var tionde kan göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare.
- En mindre andel av kommunerna kräver en stark autentisering för inloggning i de system där personuppgifter behandlas så att personuppgifterna om de enskilda hanteras på ett säkert sätt. Andelen har knappt ökat sedan 2015.
- I allt fler kommuner kan all mobil personal läsa och dokumentera mobilt i verksamhetssystemen, men detta gäller fortfarande en liten andel av kommunerna. Undantaget är hemtjänsten, för i hälften av kommunerna kan all hemtjänstpersonal läsa och dokumentera mobilt, till exempel när de är på hembesök.
- Strukturerad dokumentation används framför allt inom verksamhetsområdena barn och unga och inom äldreomsorgen där *Barns behov i centrum* (BBIC) respektive *Individens behov i centrum* (IBIC) används. Användningen har främst ökat inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet till följd av Socialstyrelsens och SKL:s (SKR sedan november 2019) uppdrag att stötta kommunerna i att implementera IBIC. Dessutom har användningen av klassifikationer av vårdåtgärder (KVÅ) ökat kraftigt inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

År 2016 tog Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet, SKL, Famna och Vårdföretagarna gemensamt fram en beskrivning av begreppet *e-hälsa*. Det är inte en terminologisk definition utan en beskrivning av begreppet som grundar sig på WHO:s beskrivning: ”*Hälsa* är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. *E-hälsa* är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa”.[3]

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

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

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

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta utveckla nyckeltal för användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, samt följa upp och redovisa resultaten på Socialstyrelsens webbplats. Myndigheten ska även beskriva och analysera resultaten av uppföljningen av nyckeltalen för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 29 maj 2020.

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

Hösten 2013 utarbetade Socialstyrelsen nyckeltalen dels utifrån intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [2], dels utifrån de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL [3].

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

Nyckeltalen har därefter justerats för att bättre beskriva den tekniska utvecklingen inom området.

[3] https://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa

Enkätundersökning

Datainsamlingen för 2020 gjordes med hjälp av en elektronisk enkät. Den gick ut till samtliga kommuner den 8 januari och efter tre påminnelser stängdes enkäten den 14 februari. När enkäten stängdes hade 248 kommuner besvarat den, en svarsfrekvens på cirka 86 procent. Se bilaga 1.

Socialstyrelsen har i denna rapport jämfört resultaten med enkätundersökningar från tidigare år för de frågor som har ställts tidigare år.

I Stockholms län har inte kommunerna tagit över hemsjukvården i ordinära boenden och Socialstyrelsen har därför inte inkluderat dem i den del av enkäten som gäller kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Med ordinärt boende menas att personen bor kvar i sitt eget hem.

Uppgifter från Inera

Socialstyrelsen har inhämtat uppgifter om kommunernas användning av den nationella patientöversikten (NPÖ) från Inera.

Intervjuer

En stor andel av kommunerna har valt att lägga ut utförandet av socialtjänstens insatser på privata aktörer. I 2019 års undersökning gjordes en intervjuundersökning bland företag som hade avtal med kommuner att driva särskilda boenden för äldre och hemtjänst i ordinärt boende.

I 2020 års undersökning gjordes en intervjustudie bland ett urval företag som driver gruppboenden och dagverksamheter med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Syftet med intervjustudien var att beskriva de privata vård- och omsorgsföretagens förutsättningar för att använda e-hälsa och välfärdsteknik i verksamheterna. Teman för frågorna var dokumentation, informationssäkerhet och användning av, och inställning till, välfärdsteknik i arbetet med enskilda personer. Urvalet var fem små företag (17–50 anställda), fyra mellanstora (51–200) och tre stora (201–ca 8 000 anställda i Sverige) och vars huvudsakliga verksamhet är gruppboenden och dagverksamheter med stöd av LSS. Urvalet hämtades från Socialstyrelsens Enhetsundersökning LSS. De små företagen hade verksamhet från Skåne till Västerbotten. De flesta i Stockholms län. Två av de stora företagen har verksamheter i hela landet. Intervjuerna gjordes per telefon i januari och februari.

Ytterligare en intervjuundersökning gjordes i 13 kommuner. Syftet var att få en bild av hinder och framgångsfaktorer relaterade till utveckling av digitala arbetssätt. Elva intervjuer gjordes per telefon och två vid fysiska möten. Urvalet gjordes utifrån 2019 års enkätresultat där intervjukommunerna valdes utifrån hur långt de hade kommit i digitaliseringen. Detta var kommuner som bedömdes inte ha kommit så långt i användning av digitala medel, några i mellanskiktet och övriga som bedömdes ha infört mer välfärdsteknik och digitalisering i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Referensgrupper

I arbetet med analysen av enkätsvaren deltog en extern referensgrupp. Den bestod av regionala digitaliseringssamordnare från Stockholms län, Fyrbodalsregionen, Södermanland, Örebro, Jämtland och en representant för SKR.

En intern referensgrupp från Socialstyrelsen deltog också i analysarbetet.

Presentation av siffror

I denna rapport har Socialstyrelsen valt att använda andelstal för att presentera de resultat som kan jämföras med tidigare års undersökningar, det vill säga procentandelar av kommunerna. När myndigheten inte kunnat göra jämförelser med tidigare år presenterar vi, i de flesta fall, uppgifterna med både antal och andel. Myndigheten redovisar både antal och andelar i webbverktyget ”E-hälsa i kommunerna” på Socialstyrelsens webbplats.[4]

Agenda 2030 för hållbar utveckling

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

[4] http://oppnajamforelser.socialstyrelsen.se/NationellEHalsa/Sidor/default.aspx

Utvecklingen i socialtjänsten

Privat eller kommunal drift

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

Tabell 1. Driftsformer av socialtjänstverksamhet i kommunerna, andel kommuner i %, 2020, (n = 248)

Verksamhetsområde	Kommunen driver all utförarverksamhet i egen regi	Kommunen driver en eller flera utförarverksamheter i egen regi, men inte alla	Kommunen har överlåtit all utförarverksamhet i privat drift
Barn och unga	53,6	43,5	2,8
Arbetsmarknadsinsatser	79,8	17,7	2,4
Familjerätt (t.ex. samarbetssamtal)	77,4	12,5	10,1
Vuxna med missbruksproblem	50,8	47,2	2,0
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	43,5	55,6	0,8
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	54,4	43,1	2,4
Äldreomsorg i särskilt boende	70,2	28,2	1,6
Äldreomsorg, dagverksamheter	88,3	10,5	1,2

E-tjänster

E-tjänster kan stödja och underlätta för enskilda och effektivisera verksamheten. De ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar samt vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten [10].

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

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

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

med till exempel bank-id. Vissa e-tjänster är dock tillgängliga utan säker inloggning.

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

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

En ökande andel kommuner har e-tjänster

I enkäten till kommunerna frågade Socialstyrelsen om kommunen har någon form av e-tjänst enligt definitionen ovan. Den vanligaste tjänsten som angavs är att invånare kan lämna synpunkter eller klagomål, och av de kommuner som besvarade frågan var det 73 procent som hade en sådan e-tjänst på sin webbplats. Alla dessa är inte en e-tjänst enligt definitionen i föregående stycke, så den reella andelen är lägre än detta. Flera kommuner har i fritextsvar angett att det handlar om blanketter som ligger på kommunens webbplats, eller en e-posttjänst där enskilda kan skicka in ett meddelande som går till kommunens huvudregistrator.

Bortsett från e-tjänster för synpunkter och klagomål var det vanligaste svaret att kommunen inte hade någon e-tjänst inom respektive verksamhetsområde (tabell 2). Totalt 66 kommuner (27 procent) uppgav att de inte hade någon e-tjänst på något område inom socialtjänsten, och 33 kommuner (14 procent) hade e-tjänster inom alla områden.

En ökande andel av kommunerna har e-tjänster för att ansöka om bistånd, framför allt ekonomiskt bistånd (40 procent av kommunerna). En mindre andel av dessa kommuner har utöver e-tjänsten också automatiserat handläggningsprocessen så att alla kontroller och övrig handläggning sköts av verksamhetssystemet ända fram till beslutet [11]. Inom äldreomsorgen gällde det 31 procent av kommunerna och inom funktionshinderområdet var andelen 25 procent. Se tabell 2.

De flesta kommuner erbjuder inte enskilda invånare möjligheten att boka tid hos sin handläggare. Det sker dock en viss utveckling framför allt inom familjerätt och familjerådgivning där 6 respektive 8 procent av kommunerna kan erbjuda tidsbokning via kommunens webbsida.

En ökande andel kommuner (12 procent, inom området ekonomiskt bistånd) har möjlighet att kommunicera via säkra kanaler med klienter och brukare, och cirka 6 procent av kommunerna har chattforum där enskilda kan ställa frågor och få svar från en socialarbetare.

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

Tabell 2. Andel kommuner som har minst en e-tjänst inom socialtjänsten, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst, i %, 2020, (n=246)

Verksamhets-område	Tidsbok-ning (%)	Digital an-sökan (%)	Chatt (%)	Säker kommuni-kation (%)	Intresse-anmälan (%)	Övriga e-tjäns-ter (%)	Inga e-tjäns-ter (%)	Vet inte (%)
Barn och unga	2 (1)	2 (4)	6 (6)	9 (4)	38 (33)	14 (9)	48 (59)	2
Ekonomiskt bistånd	2 (1)	40 (29)	3 (3)	12 (6)	3 (4)	8 (8)	48 (63)	2
Familjerätt	6 (5)	3 (3)	2 (3)	6 (3)	4 (5)	6 (5)	74 (82)	6
Familje-rådgivning	8 (6)	1 (3)	2 (2)	4 (3)	2 (2)	4 (1)	74 (86)	8
Vuxna med missbruks-problem	1 (1)	3 (2)	3 (3)	7 (3)	8 (5)	7 (5)	71 (84)	4
Funktionshin-der	1 (0)	25 (23)	2 (2)	4 (4)	21 (14)	14 (12)	53 (58)	2
Äldreomsorg	1 (3)	31 (29)	2 (2)	4 (3)	9 (8)	19 (17)	54 (90)	1

Uppgifter inom parentes avser 2019

Det har varit en svag utveckling av e-tjänster i socialtjänsten sedan Socialstyrelsen började mäta detta, med undantag för digitala ansökningar om bistånd. Under perioden 2016–2020 har det varit en större ökning när det gäller elektroniska biståndsansökningar inom det ekonomiska biståndet, äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Inom ekonomiskt bistånd är det en ökning från 8 till 40 procent. När det gäller det ekonomiska biståndet torde det i de flesta fall handla om försörjningsstöd.

Ekonomiskt bistånd består av två delar: försörjningsstöd och stöd till livsföringen i övrigt.

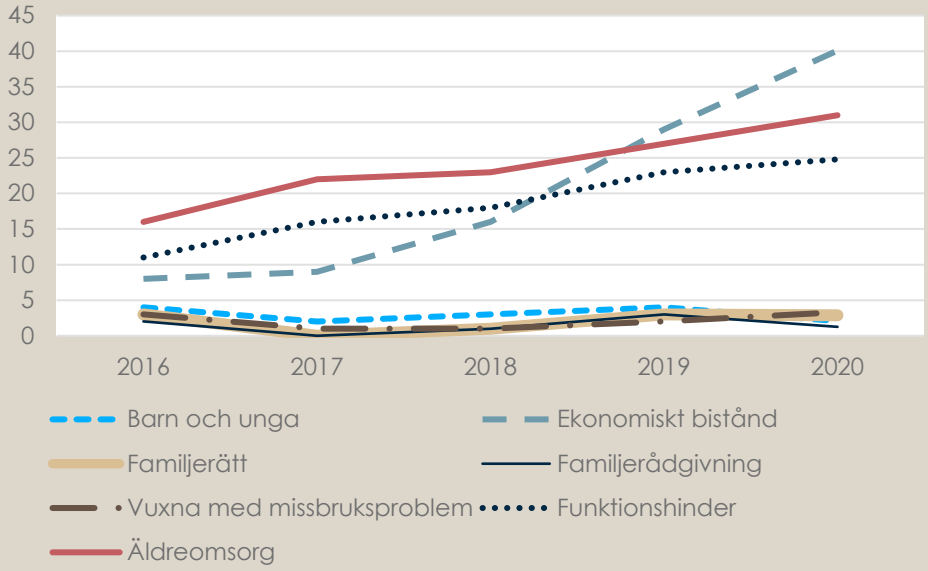
- Försörjningsstöd ska täcka den löpande försörjningen och lämnas för skäliga kostnader för livsmedel, kläder och skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning, telefon och radio- och TV-avgift (riksnorm 2018), samt boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring samt medlemskap i fackförening och arbetslöshetskassa.
- I stödet till livsföringen i övrigt ingår andra nödvändiga utgifter vid sidan av försörjningen, som exempelvis kostnader för barnomsorg, läkarvård, medicin och tandvård.

Enligt Socialstyrelsens statistik utgör försörjningsstödet cirka 90 procent av allt ekonomiskt bistånd. Inom äldreomsorgen har de elektroniska ansökningarna ökat från 7 till 31 procent, och inom funktionshinderområdet från 7 till 25 procent, under perioden. Se figur 1.

Värt att notera när det gäller digitala ansökningar inom äldreomsorgen är att kommunerna har möjlighet att bevilja hemtjänstinsatser utan biståndsprövning sedan 1 juli 2018 (4 kap. 2a § SoL). Denna möjlighet kan ha påverkat kommunernas benägenhet att erbjuda e-tjänster för att digitalt kunna ansöka om hemtjänst.

Sedan 2019 har det varit en synbar utveckling när det gäller säker kommunikation med enskilda, framför allt inom ekonomiskt bistånd. Andelen kommuner fördubblades från 2019. Andelen kommuner som inte har några e-tjänster har också sjunkit mellan 2019 och 2020.

Figur 1. Andel kommuner som tar emot digitala ansökningar om bistånd per verksamhetsområde



I enkäten gick det även att ange fritextsvar. Här kunde kommunerna ange vilka övriga e-tjänster de hade. Se kolumnen ”Övriga e-tjänster” i tabell 2.

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

- orosanmälningar för barn och unga
- faderskapsanmälningar till familjerätten
- tjänst för att beräkna avgifter för äldreomsorgen eller funktionshinderområdet
- ekonomiska och administrativa funktioner, till exempel att ansöka om autogiro eller lämna inkomstuppgifter för avgiftsberäkning inom äldreomsorgen eller inom funktionshinderområdet
- möjlighet att följa sitt ärende om försörjningsstöd, på ”Mina sidor”
- tjänst för att ansöka om färdtjänst

- tjänst för att ansöka om samarbetssamtal eller avtal angående vårdnad, boende och umgänge inom familjerätten
- förenklad ansökning om vissa serviceinsatser så som ”fixartjänster”
- handläggning och behandlingsinsatser för personer med alkoholproblem
- ansökan om bostadsanpassningsbidrag
- dödsboanmälningar
- val av utförare inom hemtjänsten
- anmälningar till aktiviteter och gruppverksamheter
- ungdomsrådgivning på nätet
- anhörigstöd
- månadsrapporter för kontaktpersoner och kontaktfamiljer.

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

Välfärdsteknik

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

> *digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning*
>
> ***Anmärkning:*** *Exempel på välfärdsteknik är digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera och sensorer för påminnelser. Kan användas av personen själv, en närstående, personal eller någon annan i personens närhet. Kan ges som bistånd, 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 ökar

Välfärdsteknik kan delas in i två områden:

- teknik för trygghet och självständighet för enskilda
- teknik till stöd för personalen och omsorgsgivaren.

Alla trygghetslarm är digitala

Trygghetslarmen är den vanligaste formen av välfärdsteknik för enskilda, och de har använts i alla kommuner i årtionden. Antalet trygghetslarm ökar något år från år. I januari 2014 var det enligt Socialstyrelsens statistik cirka 170 000 personer över 65 som hade ett trygghetslarm och i januari 2019 var det cirka 200 000 personer.

Trygghetslarmen var tidigare analoga och signalerna gick via det fasta telefonnätet. I takt med att kommunikationsnäten digitaliserades och de analoga näten togs ur bruk uppstod ett behov av att också digitalisera trygghetslarmen.

Digitaliseringen av trygghetslarmen har på senare år gått fort. År 2014 var 14 procent av trygghetslarmen digitala och 2019 var det 91 procent. Många av de kommuner som i 2019 års enkät uppgav att de inte hade digitaliserat alla trygghetslarm planerade att slutföra digitaliseringen under 2019 och 2020. Socialstyrelsen valde därför att inte ställa frågan i 2020 års enkät.

Fler kommuner använder digital nattillsyn

I årets enkät redovisar 66 procent av kommunerna att de använder digital nattillsyn (65 procent inom äldreomsorgen och 32 procent inom funktionshinderområdet) för personer som bor kvar i sitt eget hem (så kallat ordinärt boende). Det är totalt 2 193 personer som har utrustats med sådana kameror. Av enkätsvaren framgår att de fem kommuner som hade flest kameror hade totalt 485 tillsammans (22 procent av samtliga kameror).

Fler kommuner erbjuder gps-larm

Vidare hade 68 procent av kommunerna gps-larm (65 procent inom äldreomsorgen och 45 procent inom funktionshinderområdet). De hade utrustat totalt 1 529 personer i ordinärt boende med sådana larm. Med ett gps-larm kan den enskilde larma hemtjänsten eller närstående även utanför sin bostad. Det går även att med hjälp av gps-koordinater lokalisera var larmet kommer ifrån.

Gps-larmen kan också vara utrustade med en så kallad ”geofencing”-funktion som innebär att larmet utlöses om personen skulle röra sig utanför ett i förväg definierat geografiskt område.

Av enkätsvaren framgår också att 3 kommuner (1 procent) har utrustat över 100 personer med gps-larm. Dessa kommuner hade tillsammans cirka 660 gps-larm, alltså cirka 51 procent av alla gps-larm i de kommuner som besvarat enkäten. De 3 kommunerna använder gps-larmen i huvudsak som förlängda trygghetslarm för personer som vill känna trygghet när de lämnar hemmet. Dessa beviljas därför med stöd av socialtjänstlagen.

Nästan alla kommuner har passiva larm

I hemtjänsten har också så kallade passiva larm, eller sensorer, varit i bruk i många år, exempelvis larmmattor, dörrlarm och rörelselarm. Det är 93 procent av kommunerna som använder denna typ av utrustning för personer som bor i ordinärt boende (90 procent inom äldreomsorgen och 73 procent inom funktionshinderområdet). Detta innebär att de boende inte behöver larma aktivt. Larmet utlöses av personens aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall.

Många kommuner använde SIP med stöd av video

En annan vanligt förekommande typ av välfärdsteknik är samordnad individuell vårdplanering (SIP) med hjälp av video inför utskrivning från sjukhus. Den enskilda personen kan då, tillsammans med personal på sjukhuset, möta sin biståndshandläggare, omsorgs- eller vårdgivare och eventuellt närstående

via video- eller webbkamera. Cirka 80 procent av kommunerna använder videostöd vid SIP inför utskrivning från sjukhus, 78 procent inom äldreomsorgen och 60 procent inom funktionshinderområdet.

SIP med stöd av video vid andra tillfällen används av 71 procent av kommunerna, 67 procent inom äldreomsorgen och 61 procent inom funktionshinder.

Personalen använder teknik som stöd

När det gäller teknik till stöd för personalen finns flera elektroniska verktyg som har fått stor spridning i kommunerna. Elektroniska planeringsverktyg i form av mobilappar finns i 90 procent av kommunerna (88 procent inom äldreomsorgen och 38 procent inom funktionshinderområdet). Med dessa kan hemtjänsten lägga schema för hemtjänstpersonalens arbete, registrera besöken och göra anteckningar om besöken hos hemtjänstkunderna. I apparna finns också adresser, portkoder och annan viktig information som underlättar hemtjänstpersonalens arbete.

Digitala lås till enskilda hemtjänstmottagares bostäder fanns uppskattningsvis i cirka 50 procent av kommunerna 2019. Andelen kommuner som installerar denna typ av lås ökar. Med sådana lås behöver hemtjänstpersonalen inte hantera några nycklar. Detta underlättar hemtjänstpersonalens arbete och minskar risken att nycklar hamnar på villovägar.

Andra typer av välfärdsteknik

Totalt 18 procent av kommunerna har angett att de har andra typer av välfärdsteknik (16 procent inom äldreomsorgen och 11 procent inom funktionshinderområdet). Det handlar främst om

- digitala lås till brukares bostäder
- tidrapportering för personal
- robotkatter
- inkontinenssensorer
- äthjälpmedel i form av robot
- upplevelsecykel, Bike Around
- distansmöten
- duschrobotar
- intelligenta toaletter.

I fritextsvaren beskrev några kommuner att de under 2020 ska införa välfärdsteknik eller trygghetsskapande teknik. Flera kommuner planerar för att införa digital nattillsyn, digitala inköp, digitala planeringssystem, gps-larm och nyckelfri hemtjänst.

Tabell 3. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende, i %

Typ av välfärdsteknik	2016	2017	2018	2019	2020*	*2020**	*2020**
	Äldreomsorg och funktionshinder					*Äldreomsorg*	*Funktionshinder*
	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)	Andel kommuner (n=197)	Andel kommuner (n=248)	*Andel kommuner (n=242)*	*Andel kommuner (n=246)*
Nattillsyn med digital teknik (Trygghetskamera, nattillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	23	37	46	58	66	*65*	*32*
Gps-larm	26	52	60	62	68	*65*	*45*
Passivt larm/sensorer	78	86	83	86	93	*90*	*70*
Avvikelselarm	-	-	-	-	31	*27*	*15*
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	38	59	71	83	-	-	-
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	-	-	-	-	80	*78*	*60*
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	-	-	-	-	71	*67*	*61*
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	-	-	-	-	37	*27*	*28*
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (t.ex. påminnelser)	-	-	-	-	50	*24*	*45*
Stöd för digitala inköp	-	-	-	-	30	*26*	*14*
Elektroniskt planeringsverktyg för personalen	-	-	82	88	90	*88*	*38*
Annat	12	9	16	26	18	*16*	*11*

- Frågan ställdes inte

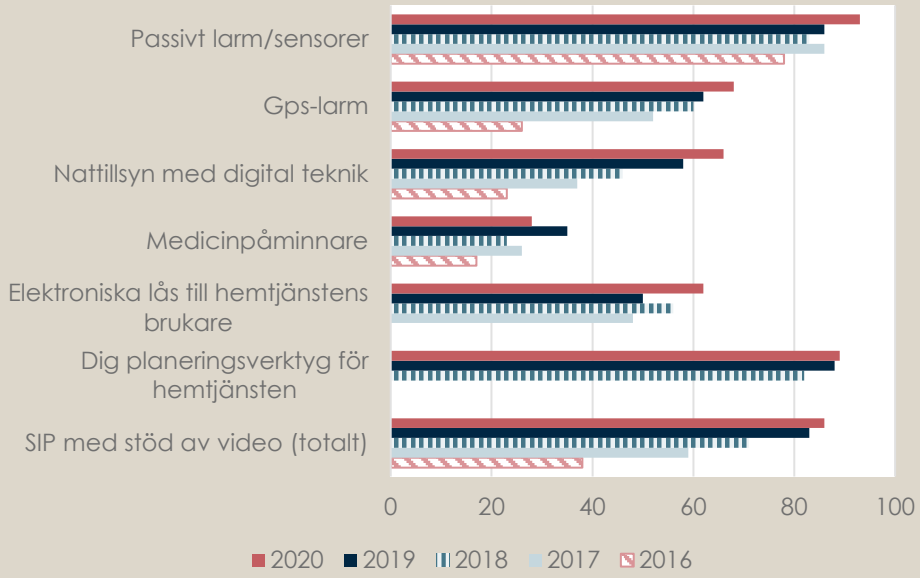
* I 2020 års enkät var frågan om välfärdsteknik i ordinärt boende uppdelad på äldreomsorg och funktionshinder. Resultaten redovisas i tabell 3 i kolumnerna 6 och 7. För att kunna jämföra med tidigare års resultat har en summering av resultaten från de två frågorna gjorts i kolumn 5.

Av tabell 3 framgår att de välfärdstekniker som har utvecklats mest är digital nattillsyn, gps-larm och SIP med stöd av video. Digital nattillsyn kan 2020 erbjudas av nästan 3 gånger så många kommuner som 2016 (66 procent jämfört med 23 procent 2016). Antalet kameror i kommunerna har ökat från 382 stycken 2016 till över 2200 stycken 2020.

Vad gäller gps-larmen, har andelen kommuner som har sådana ökat från 26 procent 2016 till 68 procent 2020. En ökning med 162 procent. Antalet personer som har utrustats med gps-larm har också ökat och det är 1 299 personer som har gps-larm 2020. År 2019 var det 707.[5]

SIP med stöd av video inför utskrivning från sjukhus, eller vid andra tillfällen användes av 86 procent av kommunerna 2020 mot 38 procent 2016 motsvarande en dryg fördubbling i andel kommuner.[6]

Figur 2. Utvecklingen av välfärdteknik i ordinärt boende 2016-2020



I diagrammet framstår det som om medicindispensers har minskat något 2020 i förhållande till 2019. Den troliga förklaringen till denna nedgång är att frågan om medicindispenser ställdes 2020 i den del av enkäten som avsåg kommunal hälso- och sjukvård. Leverantörernas bild är dock att ökningen av medicindispenser har fortsatt under perioden.

Mer välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre

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

[5] Observera att uppgifterna om antalet trygghetskameror och gps-larm baseras på att svarsfrekvensen för enkäten 2019 var 70 procent. Skillnaderna mellan 2019 och 2020 är därför troligen mindre än det redovisas här.

[6] Åren 2016–2019 avsåg frågan om SIP all form av SIP inklusive det som då kallades vårdplanering inför utskrivning. Frågan delades dock upp i 2020 års enkät. Den ena frågan avsåg SIP vid utskrivning och den andra SIP vid andra tillfällen. Svaren från de två frågorna har slagits samman och de 86 procenten avser den sammanslagna andelen kommuner som har SIP med videostöd vid utskrivningar eller vid andra tillfällen.

Totalt 71 procent av kommunerna uppgav att de kan erbjuda samordnad individuell planering (SIP) med video inför utskrivning från sjukhus och 62 procent vid andra tillfällen. Totalt var det cirka 76 procent av kommunerna som använde SIP med stöd av video. Cirka 63 procent kan erbjuda gps-larm för personer som bor i särskilt boende. I 41 procent av kommunerna finns avvikelselarm på särskilda boenden, och 46 procent har elektroniska planeringsverktyg för personalen.

Bland kommunerna är det 44 procent som använder nattillsyn med digital teknik för tillsyn under natten. Se tabell 4.

Av de svarande har 16 procent uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre. De vanligaste svaren är digitala lås (hotell-lås) till de boendes lägenheter, elektronisk signering av mediciner, elektroniska medicinskåp, läsplattor, robotkatter, virtuella spel för stimulans och träning för personer med demens samt virtuella cyklar. Andra produkter som nämns i fritextsvaren är musikdockor, duschrobotar och inkontinenssensorer.

Tabell 4. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre personer, i %

Typ av välfärdsteknik	2016	2017	2018	2019	2020
	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)	Andel kommuner (n=199)	Andel kommuner (n=244)
Passiva larm (dörrlarm, fall-larm, rörelselarm m.m.)	93	97	95	97	100
Gps-larm	-	47	53	57	63
Nattillsyn med digital teknik (Trygghetskamera, natttillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	6	11	18	32	44
Avvikelselarm (inomhuspositionering)**	-	-	34	37	41
Möjlighet för enskilda att koppla upp sig på internet via wifi eller fiber[7]	42	61	64	74	77
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	25	51	57	71	-
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	-	-	-	-	71
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen, med stöd av video	-	-	-	-	62
Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram)	-	-	-	-	30
Digitalt stöd för aktivering av olika slag, t.ex. spel eller virtuell cykel	-	-	-	-	57
Elektroniskt planeringsverktyg för personalen	-	-	30	42	46
Annat	9	13	14	18	16

- Frågan ställdes inte

Användningen av passiva larm i särskilda boenden för äldre ligger kvar på en mycket hög nivå, omkring 100 procent. Övrig välfärdsteknik ökar generellt i särskilda boenden.

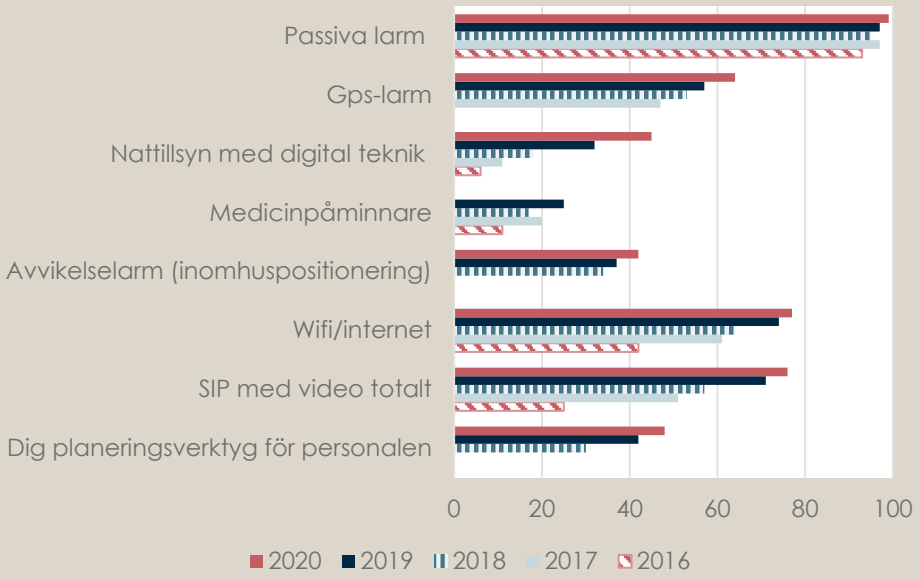
Andelen kommuner som erbjuder möjlighet för enskilda att koppla upp sig på internet i särskilda boenden har ökat med 83 procent mellan 2016 och 2020 (från 42 procent 2016 till 77 procent 2020).

Andelen kommuner som har SIP med stöd av video har tredubblats sedan 2016[8] från 25 procent till 76 procent. Andelen kommuner som erbjuder digital nattillsyn har ökat från 6 procent 2016 till 44 procent 2020.

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

[8] År 2016 avsåg frågan om SIP all form av SIP inklusive det som då kallades vårdplanering inför utskrivning. Frågan delades dock upp i 2020 års enkät. Den ena frågan avsåg SIP vid utskrivning och den andra SIP vid andra tillfällen. Svaren från de två frågorna har slagits samman och de 76 procent avser den sammanslagna andelen kommuner som har SIP med videostöd vid utskrivningar eller vid andra tillfällen.

Figur 3. Utvecklingen av välfärdteknik i särskilda boenden för äldre 2016-2020



Ökning av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden

I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar är passiva larm de vanligast förekommande typerna av välfärdsteknik, det vill säga dörrlarm, rörelselarm, fall-larm med mera. Det är 89 procent av kommunerna som 2020 har denna typ av teknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. Se tabell 5.

Cirka 75 procent av kommunerna angav att de kan erbjuda internetanslutning för personer som bor i stöd- och serviceboenden.

I 65 procent av kommunerna finns möjlighet till samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård för de som bor i stöd- och serviceboenden och 59 procent av kommunerna vid andra tillfällen. Vidare finns det gps-larm för de som bor i stöd- och serviceboenden i 53 procent av kommunerna.

Digital nattillsyn i stöd- och serviceboenden finns i 33 procent av kommunerna.

Totalt 13 procent av kommunerna har uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik, såsom digital signering av läkemedel, läkemedelsautomater, digitala medicinskåp, läsplattor för kommunikation och påminnelseverktyg. Annan välfärdsteknik som nämns är robotkatter, smarta toaletter och appar för teckenspråk.

Tabell 5. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och service-boenden), i %

Typ av välfärdsteknik	2016	2017	2018	2019	2020
	Andel kommuner (n=236)	Andel kommuner (n=238)	Andel kommuner (n=232)	Andel kommuner n=201)	Andel kommuner (n=246)
Passiva larm (dörrlarm, fall-larm, rörelselarm m.m.)	81	87	83	85	89
Gps-larm	-	-	35	44	53
Nattillsyn med digital teknik (trygghetskamera, natt-tillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	5	8	16	24	33
Möjlighet för enskilda att koppla upp sig på internet via wifi eller kabel[9]	44	59	61	75	74
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	21	47	50	61	-
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	-	-	-	-	65
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen, med stöd av video	-	-	-	-	59
Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram)	-	-	-	-	44
Digitalt stöd för aktivering av olika slag, t.ex. spel eller virtuell cykel	-	-	-	-	57
Avvikelselarm	-	-	-	19	23
Elektroniskt planeringsverktyg för personalen	-	-	-	30	34
Annat	9	8	8	11	13

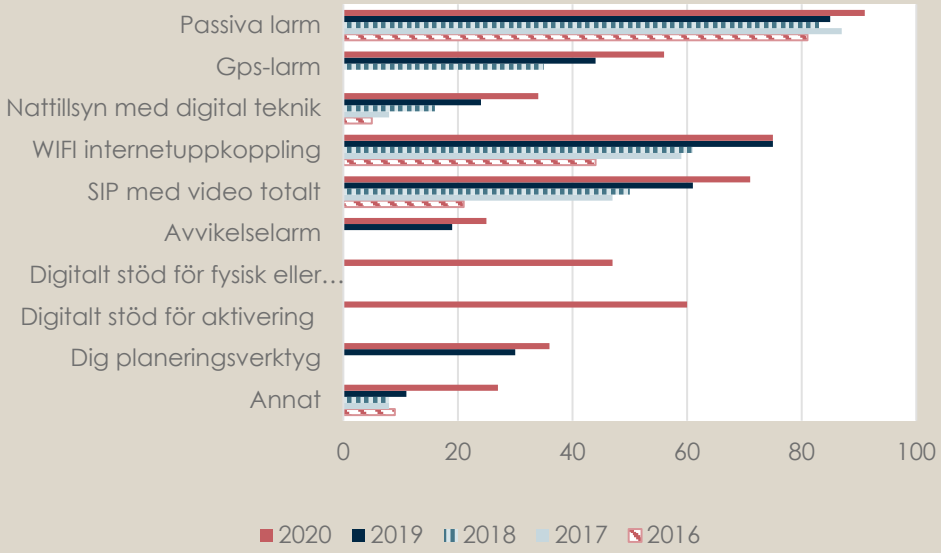
I boenden för personer med funktionsnedsättning har användningen av välfärdsteknik och digitala hjälpmedel utvecklats. Passiva larm är fortsatt en mycket vanlig välfärdsteknik som återfinns i 89 procent av kommunerna. Möjlighet för enskilda att koppla upp sig på internet har ökat från 44 procent 2016, till 74 procent 2020.

Cirka 71 procent[10] av kommunerna kan erbjuda SIP med stöd av video för den som bor i stöd- och serviceboenden, 2016 var andelen 21 procent. Andelen kommuner som har digital nattillsyn i stöd- och serviceboenden har ökat, från 5 procent 2016, till 24 procent 2020.

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

[10] År 2016 avsåg frågan om SIP all form av SIP inklusive det som då kallades vårdplanering inför utskrivning. Frågan delades dock upp i 2020 års enkät. Den ena frågan avsåg SIP vid utskrivning och den andra SIP vid andra tillfällen. Svaren från de två frågorna har slagits samman och de 71 procent avser den sammanslagna andelen kommuner som har SIP med videostöd vid utskrivningar eller vid andra tillfällen.

Fig 4. Utveckling av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden



Ökning av användningen av passiva larm

I enkäten ställdes frågan om vilka typer av passiva larm som kommunen använder i ordinärt boenden, i särskilda boenden för äldre och i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. De vanligaste förekommande typerna av passiva larm är larmmattor och dörrsensorer i särskilda boende för äldre. Se tabell 6. Larmmattan kan finnas på golvet, i sängen eller i en stol. Den utlöses när någon stiger på mattan på golvet, stiger ur sängen eller reser sig upp från stolen. Dörrsensorer larmar när en dörr öppnas.

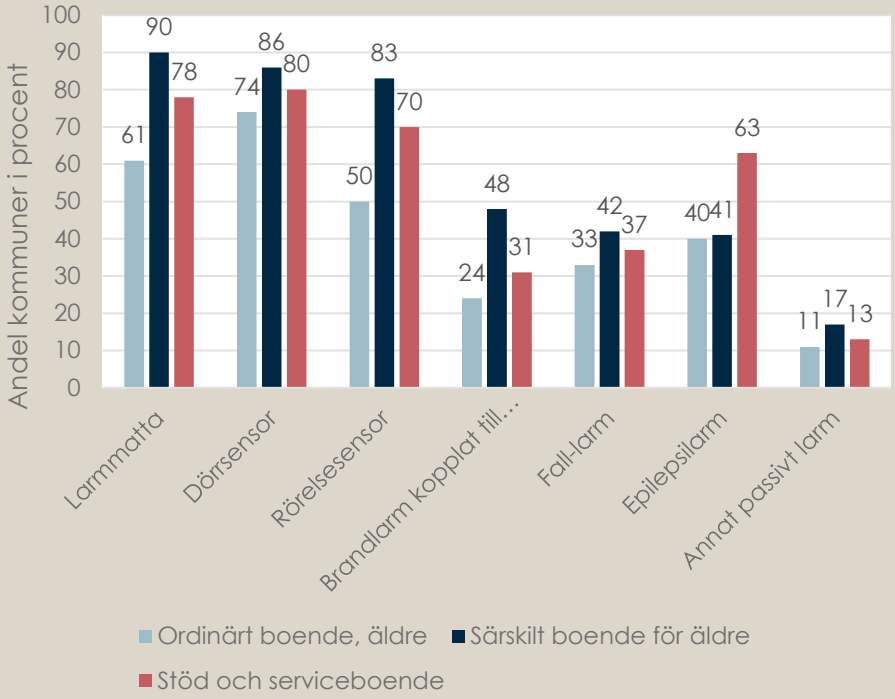
Några kommuner angav att de har andra typer av passiva larm, till exempel sänglarm, röststyrda larm och golvlarm. Flera av dessa kan överlappa med andra typer av passiva larm.

Tabell 6. Passiva larm i olika boendeformer, 2020, andel kommuner, i %

Typ av larm	Ordinärt boende (n=217)	Särskilt boende för äldre (n=242)	Stöd och service-boende (n=220)
Larmmatta	61	90	78
Dörrsensor	74	86	80
Rörelsesensor	50	83	70
Brandlarm kopplat till trygghetslarm	24	48	31
Fall-larm	33	42	37
Epilepsilarm	40	41	64
Annat passivt larm	11	17	13

Av figur 5 framgår att kommunerna använder passiva larm i större utsträckning i särskilda boenden för äldre. Epilepsilarm används dock i större utsträckning i boenden för stöd och service.

Figur 5. Passiva larm i olika boendeformer, 2020



Sedan 2017 har det skett en utveckling av hur sensorer i stöd- och serviceboenden används i kommunerna. Även i ordinärt boende och särskilda boenden för äldre har det skett en utveckling, om än inte lika stor.

Rörelsesensorer är den typ av sensor som har ökat mest under perioden 2017–2020. I ordinärt boende har andelen kommuner som använder rörelsesensorer ökat med 10 procentenheter, i särskilda boenden med 6 procentenheter och i stöd och serviceboenden med 21 procentenheter.

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

Tillgången till internet på särskilda boenden ökar

I enkäten ställdes frågan om kommunen erbjuder uppkoppling till internet i särskilda boenden för äldre och i boenden för personer med funktionsnedsättningar. Av de svarande kommunerna var det 77 procent som uppgav att boende för äldre kunde få tillgång till internet och 74 procent av kommunerna hade wifi eller fiber i boenden för personer med funktionsnedsättningar.

Av fritextsvaren framgick att det varierade mellan olika boenden i kommunen. Framför allt nyare boenden hade fiber eller wifi för de boende. Det varierade också huruvida de boende hade tillgång internet i den egna bostaden eller enbart i gemensamma lokaler. Flera kommuner planerar att utrusta fler boenden med wifi.

I 54 procent av kommunerna får de boende i särskilda boenden för äldre själva stå för abonnemanget och betala för sin uppkoppling. I 63 procent av kommunerna får de boende i stöd- och serviceboenden själva stå för abonnemangskostnaden.

Informationssäkerhet

I socialtjänsten hanteras stora mängder information om enskilda personer, information som är viktig för att verksamheterna ska kunna utföra sina uppgifter och vid behov kommunicera med andra aktörer. Kommunerna har flera lagar att förhålla sig till när det gäller informationssäkerhet och integritet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården:

- EU:s allmänna dataskyddsförordning,[11] GDPR
- patientdatalagen (2008:355), PDL
- socialtjänstlagen, lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
- offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

I dessa lagar finns bestämmelser som kommunerna behöver förhålla sig till i sin hantering av information. Det handlar om att uppgifterna ska vara riktiga och tillgängliga för alla som har behörighet och att konfidentialiteten bevaras.

Uppföljning av risker och behov av utveckling

Informationssäkerheten kan bevakas och upprätthållas på olika sätt. Ett grundläggande sätt är att göra regelbundna uppföljningar av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerheten. Socialstyrelsen ställde i enkäten frågan om kommunen regelbundet (minst en gång per år) följer upp risker och behov av utveckling av informationssäkerheten i socialtjänsten.

Det var 136 kommuner (55 procent) som uppgav att de gör sådana regelbundna uppföljningar. Flera kommuner anger i sina fritextsvar att de gör systematiska uppföljningar och har börjat med detta under de senaste 2–3 åren. Några anger att de planerar att påbörja ett sådant systematiskt arbete under 2020. De kommuner som inte gör regelbundna uppföljningar angav att de gör, eller har gjort, uppföljningar av informationssäkerheten, men inte regelbundet.

Av de 55 procent av kommunerna som uppgav att de gör regelbundna uppföljningar rapporterar, och beslut om åtgärder fattas, på olika nivåer i den kommunala organisationen. I cirka 22 procent av kommunerna görs detta i kommunstyrelsen, i 50 procent på nämndnivå och i 68 procent av kommunerna görs detta på tjänstemannanivå, i förvaltningsledningarna. Cirka 9 procent av kommunerna uppgav att de rapporterar resultaten av uppföljningarna på olika sätt beroende på vad som framkommer och vilka behov av åtgärder

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

som framkommer [12]. Exempel på andra instanser dit uppföljningen rapporteras är till ett it-råd eller en it-strateg och objektägare eller till ett samarbetsorgan för flera kommuner.

Informationssäkerhetsklassning

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

Det var 18 procent av kommunerna som uppgav att de har klassificerat alla objekt, 58 procent har klassat delar av sina objekt och 24 procent har inte gjort någon säkerhetsklassning alls. Av de som gjort någon form av klassning har 71 procent använt SKR:s verktyg KLASSA.[13] 4 kommuner (2 procent) uppgav att de gjort informationsklassning utifrån Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB:s) modell.[14] Andra kommuner har tagit fram egna modeller för klassning eller hänvisar till modeller framtagna av privata företag.

Person med informationssäkerhetsansvar

För att samordna informationssäkerhetsarbetet har en majoritet av kommunerna en anställd person, 73 procent. Av dessa var det 45 procent som hade en heltidsresurs eller mer för detta arbete och 12 kommuner (7 procent) som hade mer än en heltidsresurs. I kommuner som uppgav att de har mindre än en heltidsresurs var det ofta en it-chef eller andra avdelningschefer som hade informationssäkerhetsansvaret som en del i sin tjänst.

Några av kommunerna delar informationssäkerhetsansvaret med andra kommuner, i ett kommunförbund eller kluster av kommuner. I de flesta av kommunerna ligger informationssäkerhetsansvaret centralt, under kommunstyrelsen eller stadsledningskontoret, på den centrala it-avdelningen eller motsvarande. I andra kommuner finns funktionen i räddningstjänsten eller centralt på socialförvaltningen.

Säker hantering av identiteter och behörigheter för socialtjänstens personal

I kommunerna finns lokala verksamhetssystem för socialtjänstens personakter och patientjournaler för den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns också andra fristående system där kommunerna lagrar och behandlar uppgifter om personer.

De personalkategorier som hanterar uppgifter om enskilda personer behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete, och personuppgifterna som behandlas i dessa system skyddas av sekretessregler. Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna. Med detta avses i de flesta fall

[12] Kommunerna kunde ange flera svarsalternativ på frågan, därför överstiger summan 100 procent

[13] https://klassa-info.skr.se/

[14] MSB https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/25602.pdf.

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. Det finns olika sätt att logga in med en stark autentisering. Några exempel på teknik för stark autentisering är SITHS-kort, kommunens eget tjänstekort, Yubikey, bank-id eller kod-dosor.

Av tabell 7 framgår hur stor andel av kommunerna som har digitala verksamhetssystem och andra it-baserade system som kräver en stark autentisering. I 15 procent av kommunerna kräver alla system en stark autentisering och i 2 procent kräver inga system stark autentisering.

I enkäten 2020 ställdes frågan om autentisering när personalen arbetar externt respektive när de arbetar innanför kommunens interna nät. Det visade sig då att i 17 procent av kommunerna kräver alla system en stark autentisering vid inloggning när personalen arbetar internt, innanför kommunens brandväggar. I en lika stor andel kommuner, 17 procent, kräver inga system en stark autentisering. Vid externt arbete, det vill säga när personal behöver åtkomst till systemen utifrån, är det 34 procent av kommunerna som kräver stark autentisering för alla system, och 3 procent som inte kräver stark autentisering.

I fritextsvaren beskriver flera kommuner att stark autentisering krävs för att komma åt verksamhetssystemet utifrån, till exempel via mobila enheter, men det krävs inte när personalen använder den stationära datorn som är uppkopplad i kommunens nätverk. Några kommuner beskriver att de använder VPN-anslutningar vid externt arbete, och då krävs inte stark autentisering. Flera kommuner menar att systemen inom den kommunala hälso- och sjukvården kräver stark autentisering, men inte inom socialtjänsten.

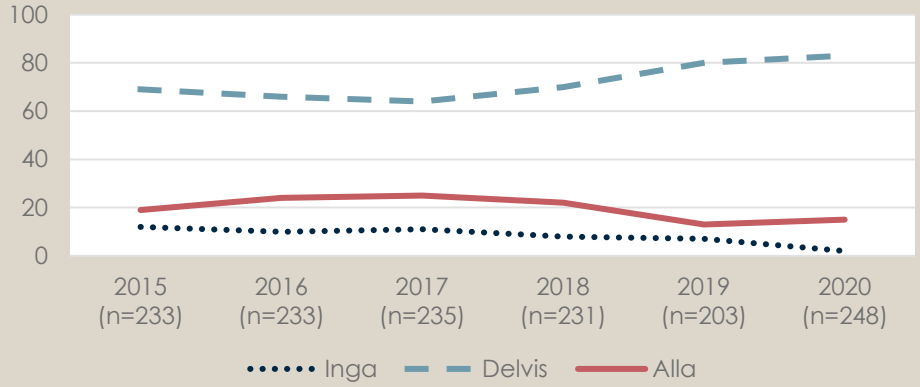
Tabell 7. Andel kommuner där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver stark autentisering för inloggning, i %

	2015 (n=233)	2016 (n=233)	2017 (n=235)	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	*2020 (n=248) Internt arbete*	*2020 (n=248) Externt arbete*
Inga	12	10	11	8	7	2	*17*	*3*
Delvis	69	66	64	70	80	83	*66*	*63*
Alla	19	24	25	22	13	15	*17*	*34*
Totalt	100	100	100	100	100	100	*100*	*100*

Fram till 2017 var det en positiv utveckling i antalet kommuner som använde stark autentisering för att personalen skulle få tillgång till personuppgifterna i verksamhetssystemen och i andra system där personuppgifter behandlas. Från 2018 har denna trend brutits och andelen kommuner ligger sedan dess på en lägre nivå.

Andelen kommuner som inte har säkrat några system har sjunkit stadigt sedan 2015, från 12 procent 2015 till 2 procent 2020. Se figur 6.

Figur 6. Andel kommuner som använder stark autentisering i system som behandlar personuppgifter i socialtjänst och hälso- och sjukvård, 2015-2020



Personalen i myndighetsutövningen

Inom socialtjänsten är det skillnad mellan myndighetsutövningen (handläggningen av ärenden) och verksamheter som utför socialtjänst, till exempel hemtjänstgrupper och särskilda boenden.

I myndighetsutövningen har det sedan 2015 varit en positiv utveckling, då allt fler handläggare använder en stark autentisering. Andelen kommuner där all handläggande personal använder en stark autentisering vid inloggning i verksamhetssystemen ökade, från 41 procent 2015 till 52 procent 2018.

Från och med 2019 års enkät ombeds kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde. Det framgår av tabell 13 att svaren skiljer sig åt beroende på verksamhetsområde.

Inom äldreomsorgen är det 77 procent av kommunerna där all handläggande personal använder stark autentisering. Inom området barn och unga och familjerätt är andelen 49 procent.

En förklaring till att det är så pass stor skillnad mellan äldreomsorg och funktionshinder å ena sidan och individ och familjeomsorg å den andra skulle kunna vara denna: Inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet gör handläggarna en större del av sitt arbete utanför kontoret, vid hembesök, medan handläggarna inom individ- och familjeomsorgen arbetar till större del på kontoret, inom kommunens intranät och brandväggar. Av tabell 7 framgår att kommunerna till större del har säkrat verksamhetssystem med stark autentisering vid externt arbete (34 procent) än vid internt arbete (17 procent).

Familjerätten är det område där störst andel av kommunerna inte utrustar den handläggande personalen med möjligheter till stark autentisering. Av tabell 8 framgår att i 35 procent av kommunerna använder den handläggande personalen inom familjerätt inte stark autentisering.

Tabell 8. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighets-utövningen använder stark autentisering, per verksamhet, 2020, i %

Verksamhetsområde	Antal svar	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla
Barn och unga	241	29	13	4	5	49
Ekonomiskt bistånd	248	29	12	4	4	51
Familjerätt	223	35	10	2	4	49
Vuxna med missbruks-problem	243	27	12	3	5	53
Funktionshinder	246	12	7	2	5	74
Äldreomsorg	244	9	6	3	6	77

I förhållande till 2019 har det skett en viss förändring. I en större andel kommuner använder all handläggande personal stark autentisering 2020, och i en mindre andel använder ingen stark autentisering. Förändringarna rör sig om några enstaka procentenheter. Störst förändring har skett inom familjerätten där andelen kommuner där ingen handläggare använde stark autentisering minskade från 43 procent 2019 till 35 procent 2020.

Personalen i utförande verksamheter

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

Från och med 2019 års enkät ombeds kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde. Det framgår av tabell 9 att svaren skiljer sig åt beroende på verksamhetsområde. Inom äldreomsorgen är det mellan 29 och 33 procent av kommunerna där all handläggande personal använder stark autentisering, och inom området barn och unga är andelen 39 procent.

Det finns också kommuner där ingen personal alls har tillgång till stark autentisering. Av tabell 9 framgår till exempel att i 55 procent av kommunerna använder personalen inom arbetsmarknadsinsatser inte alls stark autentisering.

Tabell 9. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i utförarverksamheterna använder stark autentisering för inloggning i %, (n=246)

Verksamhetsområde	Antal svar	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla
Barn och unga	241	42	12	2	5	39
Arbetsmarknadsinsatser	223	55	12	2	5	26
Vuxna med missbruks-problem	243	45	12	2	5	37
Funktionshinder	246	27	32	3	8	30
Äldreomsorg i ordinärt boende	244	22	34	2	9	33
Äldreomsorg, särskilda boenden	244	26	34	1	8	30
Äldreomsorg, dag-verksamheter	245	36	27	1	6	29

I förhållande till 2019 har andelen kommuner där all personal i utförarverksamheterna använder stark autentisering ökat. Störst har ökningen varit inom området barn och unga där all personal i 32 procent av kommunerna använde stark autentisering 2019 mot 39 procent 2020.

Flera kommuner som tillämpar säkra inloggningar beskriver att vikarier och timanställda inte har tillgång till detta och därmed inte har tillgång till verksamhetssystem och andra system. I någon kommun har man utfärdat reservkort som vikarier kan använda för inloggning i verksamhetssystemet.

Några kommuner har VPN-anslutningar vid externt arbete och då använder de inte en tvåfaktorsinloggning till kommunens system. Ett par kommuner menar att personalen har tillgång till SITHS-kort men det är frivilligt att använda dem vid inloggning till verksamhetssystemet. Ett flertal kommuner anger i fritextsvaren att de är i en process att införa stark autentisering under 2020.

Läsa och dokumentera mobilt

När socialtjänstens mobila personal, framför allt inom hemtjänsten, besöker enskilda personer i hemmet kan de behöva information från kommunens verksamhetssystem. De kan också behöva dokumentera det som har kommit fram vid besöket. För att läsa och dokumentera mobilt finns olika lösningar, till exempel mobiler, surfplattor, digitala pennor och bärbara datorer.

Allt fler kan läsa i verksamhetssystemen mobilt

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

Från 2019 års enkät ombeds kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde och resultatet från 2020 års enkät framgår av tabell 10. I 56 procent av de kommuner som besvarat enkäten har all hemtjänstpersonal möjlighet att läsa mobilt. Inom de andra verksamhetsområdena är det mellan 13 och 23 procent av kommunerna där all personal har denna möjlighet.

Jämfört med 2019 har det skett en ökning av andelen kommuner där hela eller mer än hälften av personalen kan läsa mobilt. Den största ökningen har varit inom hemtjänsten där all personal kunde läsa mobilt i 50 procent av kommunerna 2019 mot 56 procent 2020. Det har också skett en minskning av andelen kommuner där ingen personal kunde läsa mobilt. År 2019 var det mellan 28 och 73 procent beroende på verksamhetsområde. Motsvarande siffror för 2020 var mellan 24 och 58. Störst minskning var det inom områdena barn och unga, arbetsmarknadsinsatser och vuxna med missbruksproblem där minskningen var 13 procentenheter.

Tabell 10. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen kan läsa mobilt i verksamhetssystemet, per verksamhetsområde, 2020, i %

Verksamhetsområde	Antal svar	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla	Ingen mobil personal inom detta område
Barn och unga	241	48	12	4	3	23	10
Arbetsmarknadsinsatser	242	58	10	3	2	13	14
Vuxna med missbruksproblem	243	50	13	2	2	21	11
Personer med funktionsnedsättning	246	34	26	5	7	21	7
Hemtjänst i ordinärt boende	244	24	12	2	2	56	3

Allt fler kan dokumentera mobilt

Vid hembesök och annat arbete utanför kontoret har personalen allt större möjlighet att dokumentera mobilt. Mellan 2015 och 2018 ökade andelen kommuner där all personal kan dokumentera mobilt från 5 till 12 procent. Samtidigt minskade andelen kommuner där ingen i personalen har denna möjlighet, från 58 till 37 procent.

Från 2019 års enkät ombeds kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde och resultaten från 2020 års enkät framgår av tabell 11. I 48 procent av de kommuner som besvarat enkäten har all hemtjänstpersonal möjlighet att dokumentera mobilt. Inom de andra verksamhetsområdena är andelen betydligt mindre, och i en tredjedel av kommunerna kan ingen hemtjänstpersonal dokumentera mobilt.

Tabell 11. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen har utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, per verksamhetsområde, 2020, i %

Verksamhetsområde	Antal svar	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla	Ingen mobil personal inom detta område
Barn och unga	241	51	13	3	2	22	9
Arbetsmarknadsinsatser	242	60	10	3	2	11	14
Vuxna med missbruksproblem	243	54	12	2	2	20	10
Personer med funktionsnedsättning	246	41	24	6	5	17	7
Hemtjänst i ordinärt boende	244	33	12	1	4	48	2

Det har skett en utveckling sedan 2019. Störst ökning har skett inom området barn och unga. År 2019 kunde all personal i 16 procent av kommunerna dokumentera mobilt mot 22 procent 2020. Se tabell 11.

Strukturerad dokumentation och klassifikationer

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

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

Strukturerad dokumentation används exempelvis i *Individens behov i centrum* (IBIC) inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet [12]. IBIC bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [13]. Inom barnområdet finns *Barns behov i centrum* (BBIC) [14].

En strukturerad dokumentation förutsätter att den görs i ett digitalt verksamhetssystem. I dag har alla landets kommuner digitala verksamhetssystem för sin myndighetsutövning, men inte i alla utförarverksamheter. Detta innebär att förutsättningarna delvis är olika för handläggningen och för utförarverksamheterna.

Alla kommuner använder strukturerad dokumentation

Kommunernas användning av strukturerad dokumentation kan skifta beroende på verksamhetsområde och hur kommunen valt att utveckla systemen. Skälet för att använda strukturerad dokumentation är att den ska gå att återanvända utan att den behöver föras in på nytt i alla de system som kommunen använder. Vidare ska informationen kunna användas i kommunens kvalitetsarbete, till exempel för sammanställningar för verksamhetsuppföljningar och i verksamhetsutvecklingen i det systematiska kvalitetsarbetet.

I enkäten till kommunerna i januari 2020 ställdes två frågor om hur kommunerna använder den strukturerade dokumentationen: Om kommunen använder uppgifterna från socialtjänstdokumentationen i aggregerad form i sitt kvalitetsarbete och om de strukturerade uppgifterna används för verksamhetsutveckling i det systematiska kvalitetsarbetet.

Av tabell 12 framgår att mellan 40 och 67 procent av kommunerna använder uppgifterna för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling beroende på verksamhetsområde.

De strukturerade uppgifterna används i störst utsträckning för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling inom området barn och unga.

Tabell 12. Andel kommuner som använder den strukturerade dokumentationen, i %, 2020 (n=248)

Verksamhetsområde	Kvalitetsarbete	Verksamhets-utveckling
Barn och unga	67	62
Ekonomiskt bistånd	41	51
Familjerätt	40	48
Vuxna med missbruksproblem	53	53
Funktionshinder	48	54
Äldreomsorg	51	56

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

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

Av tabell 13 framgår att mellan 16 och 60 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används det inom äldreomsorgen (60 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (16 procent).

Tabell 13. Andel kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder ICF i den digitala individdokumentationen, i %

Verksamhets-område	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Barn och unga	7	14	18	19	18	23	25
Ekonomiskt bistånd	*	4	5	7	10	13	16
Vuxna med missbruks-problem	4	7	8	9	11	15	20
Funktionshinder	10	14	20	23	32	47	56
Äldreomsorg	14	26	29	37	44	58	60

* I enkäten för 2014 efterfrågades inte uppgifter för ekonomiskt bistånd

Sedan 2014 års undersökning har användningen av klassifikationen ICF ökat kontinuerligt. Inom till exempel myndighetsutövning för funktionshinderområdet har andelen ökat från 10 procent 2014 till 56 procent 2020. Inom äldreområdet har användningen ökat från 14 till 60 procent. Även inom övriga socialtjänstområden har användningen ökat.

I utförarledet i kommunala verksamheter används ICF framför allt inom äldreomsorgen och i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar.

I särskilda boenden för äldre används ICF i 48 procent av kommunerna. Se tabell 14.

Tabell 14. Andel kommuner där socialtjänstpersonal i utförarledet använder ICF i den digitala individdokumentationen, i %

Verksamhetsområde	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Barn och unga	8	14	14	13	20	20
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6	8	14
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8	12	18
Funktionshinder	12	17	18	28	39	47
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26	36	45	45
Äldreomsorg, SÄBO	19	20	25	37	46	48
Äldreomsorg, dagverksamheter	-	-	-	-	-	41

Av tabell 14 framgår att användningen av ICF i socialtjänstens utförarled har ökat kraftigt sedan 2015. Största procentuella ökningen har varit inom arbetsmarknadsinsatser där andelen kommuner ökat nästan 5 gånger, dock från låga nivåer.

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI)

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

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

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

Av tabell 15 framgår att mellan 8 och 19 procent av kommunerna har infört KSI i sin dokumentation inom myndighetsutövningen, beroende på verksamhetsområde. Störst andel kommuner använde KSI inom äldreomsorg och lägst andel inom ekonomiskt bistånd.

Tabell 15. Andel kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder KSI i den digitala individdokumentationen, i %

Verksamhetsområde	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)
Barn och unga	7	14	12
Ekonomiskt bistånd	6	10	8
Vuxna med missbruks-problem	6	10	10
Personer med funkt-ionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	7	19	14
Äldreomsorg	10	23	19

Andelen kommuner som använde klassifikationssystemet KSI utvecklades mellan 2018 och 2019. Mellan 2019 och 2020 tycks dock utvecklingen ha avstannat. Orsakerna till detta har inte analyserats närmare. En förklaring kan vara att lokala kodverk för insatser i beslut ofta kopplas till andra system, som avgiftssystem, planeringssystem med flera, vilket gör att införandet av KSI påverkar flera andra lokala system som behöver förändras.

Kommunerna använder KSI i mindre utsträckning inom utförarverksamheterna i socialtjänsten än inom myndighetsutövningen. Mellan 7 och 15 procent av kommunerna har uppgett att de använder KSI 2020, beroende på verksamhetsområde.

Tabell 16. Andel kommuner där personalen i utförarverksamheterna inom socialtjänsten använder KSI i den digitala individdokumentationen, i %

Verksamhetsområde	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)
Barn och unga	4	9	9
Arbetsmarknadsåtgär-der	3	5	7
Vuxna med missbruks-problem	4	7	8
Funktionshinder	5	13	11
Äldreomsorg, hem-tjänst i ordinärt bo-ende	8	17	15
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamheter	7	16	-
Äldreomsorg, SÄBO	-	-	14
Äldreomsorg, dag-verksamheter	-	-	12

Det var en markant ökning av användningen av KSI i utförarverksamheterna mellan 2018 och 2019, framför allt inom funktionshinderområdet där andelen kommuner ökade från 5 till 13 procent. Se tabell 16. Mellan 2019 och 2020 tycks dock utvecklingen ha avstannat något.

Kommunernas styrande dokument och personalresurser för utveckling

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

Många kommuner har styrande dokument för digital utveckling

Enkätsvaren visar att cirka 70 procent av kommunerna har tagit fram något styrande dokument som i sin tur har antagits av kommunstyrelsen, av en nämnd eller på tjänstemannanivå. Vanligast är att styrdokumenten har antagits på nämndnivå (48 procent), därefter av kommunstyrelsen (31 procent) och på tjänstemannanivå (21 procent). Flera kommuner anger i fritextsvar att de har styrande dokument på flera nivåer.

Av fritextsvaren framgår att det kan finnas strategier och planer för till exempel äldreomsorgsnämnden men inte socialnämnden, eller vice versa. I vissa kommuner finns övergripande planer för hela kommunen men inga detaljer för nämnderna. I något län finns en gemensam regional plan för digitalisering. Någon kommun har både en strategi och handlingsplan som är gemensam för äldrenämnden och nämnden för personer med funktionsnedsättning.

En majoritet av kommunerna har särskild personal för digital utveckling

För att driva utvecklingen har en majoritet av kommunerna anställt en resurs för att utveckla e-hälsa, välfärdsteknik och/eller digitalisering. Cirka 74 procent av kommunerna hade en sådan resurs. Av lätt förklarliga skäl finns det fler personer i större kommuner som arbetar med utveckling och digitalisering. Av tabell 17 framgår att de mindre kommunerna, med upp till 15 000 invånare, har i snitt 0,63 personalresurser med uppgift att utveckla digitaliseringen i kommunerna. Storstadskommunerna[15] har i genomsnitt 8,66 personalresurser för utvecklingsarbetet.

[15] Stockholm och Malmö har endast rapporterat personal som arbetar kommuncentralt. Det kan finnas fler personer med liknande uppdrag i stadsdelarna.

Tabell 17. Personalresurser för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i socialtjänsten, andelar av heltidsresurs, 2020

Kommunstorlek i tusental invånare	Antal kommuner	Min	Max	Medel
0–15	64	0	2,20	0,63
15–30	50	0,01	3,00	0,92
30–70	40	0,10	5,00	1,67
70–300	26	0,20	12,00	3,15
Fler än 300	3	3,00	18,00	8,66

Ett annat sätt att jämföra kommunerna är enligt SKR:s kommungrupper. Av tabell 18 framgår hur olika kommuntyper har valt att anställa personalresurser för utveckling av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Där framgår att storstäderna (8,67 tjänster i genomsnitt) och större städer (3,58 tjänster i snitt) avsätter flest resurser för utveckling och digitalisering.

Tabell 18. Personalresurser för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik I socialtjänsten, andelar av heltidsresurs, 2020

		Andel av heltidsresurs			
Kommungrupper enligt SKR:s uppdelning	Antal kommuner	Min	Max	Medel	Median
Storstäder[16]	3	3,00	18,00	8,67	5,00
Pendlingskommun nära storstad	32	0,10	3,00	1,17	1,00
Större stad	20	0,20	12,00	3,58	2,75
Pendlingskommun nära större stad	28	0,10	3,00	0,73	0,55
Lågpendlingskommun nära större stad	21	0,05	2,80	0,94	1,00
Mindre stad/tätort	23	0,01	6,00	1,90	1,50
Pendlingskommun nära mindre tätort	33	0,00	2,20	0,78	0,75
Landsbygdskommun	17	0,05	1,50	0,72	0,75
Landsbygdskommun med besöksnäring	7	0,10	1,60	0,78	0,75

[16] Det är värt att notera att endast Malmö har räknat samtliga resurser, medan Stockholm och Göteborg inte har räknat resurser som finns i stadsdelarna.

Framgångsfaktorer och hinder

En intervjuundersökning genomfördes under januari och februari 2020 i 13 kommuner. Syftet med intervjuerna var främst att identifiera framgångsfaktorer och hinder för införande av digitala arbetssätt i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. Urvalet baserades på resultaten från 2019 års enkät. Kommunerna valdes ut för att ge en spridning beroende på hur långt de kommit i den digitala utvecklingen.

Intervjuerna som tog cirka 1 timme vardera gjordes per telefon i alla fall utom 2. I intervjuerna deltog 1 till 4 personer. Intervjupersonerna var socialchef, avdelningschef, verksamhetschef, utvecklingsledare, it-strateg, enhetschef, utredare, utvecklingschef, systemadministratör, it-samordnare. Här redovisas en sammanfattning av kommunernas svar avseende hinder och framgångsfaktorer. En fullständig sammanfattning av intervjustudien återfinns i bilaga 2.

Framgångsfaktorer för digitalisering

De framgångsfaktorer för digitalisering i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården som identifierades i intervjuerna med representanter från kommunerna sammanfattas i följande stycke:

Intresse, dialog och vilja till förändring på alla nivåer

Utvecklingsarbetet kräver engagemang där alla känner ägarskap och är delaktiga i utvecklingsarbetet. Någon menade att det behövs korta beslutsvägar och förmåga att fatta beslut samt att kommunen har ett tillåtande och inkluderande klimat. Flera intervjupersoner uttryckte att det är viktigt att det finns intresse och vilja från politiker och chefer att driva den digitala utvecklingen, att de är positiva till förändringar i verksamheten. Det behövs en dialog där chefer och personal gemensamt analyserar behoven och möjligheterna till digital utveckling.

Kunskap om digitalisering

Flera intervjupersoner uttryckte att en framgångsfaktor är att det finns en förståelse för teknikens möjligheter och kompetens på alla nivåer: hos beslutsfattare, chefer och medarbetare. En intervjuperson berättade att kommunen har gjort en bedömning av kommunens digitala mognad med stöd av SKR:s verktyg LIKA.

Resurser för utvecklingsarbete

För ett framgångsrikt digitaliseringsarbete krävs att resurser sätts till för utvecklingsarbete och implementering av nya digitala lösningar. Detta kräver resurser i form av personal och andra medel för investeringar och utvecklingsarbete. När det gäller personal handlar det om tillräckliga resurser och stabilitet i personalomsättningen.

Personal som leder den digitala utvecklingen

Flera av de kommuner som intervjuades har inrättat tjänster med ett utpekat ansvar för att leda den digitala utvecklingen. De större kommunerna har inrättat hela enheter som samordnar och driver den digitala utvecklingen. Genom att samla kompetensen på förvaltningen skapas en miljö med kompetens som kan bistå hela förvaltningen med stöd när det gäller utveckling och drift.

Information och utbildning till alla berörda

Alla som berörs av digitaliseringen behöver information om vad denna innebär för just dem, och de behöver förstå nyttan. Inte minst de personalgrupper som ska besluta om och hantera tekniken, till exempel biståndshandläggare och hemtjänstpersonal. Om en biståndshandläggare inte förstår vad tekniken kan bidra med, kan det vara svårt att exempelvis föreslå en digital nattillsyn för en äldre person och besluta om detta som ett bistånd. För att personal inte ska uppleva att tekniken blir en börda behöver de kunna släppa gamla rutiner och våga lita på tekniken. Om personalen inte kan lämna gamla rutiner och arbetssätt kan det bli dubbelarbete med både det gamla och det nya sättet att göra vissa moment.

Samarbete inom kommunen och med andra aktörer

De flesta intervjupersonerna menar att det krävs samarbete på många sätt för att utveckla och införa ny teknik. Inte minst mellan utvecklare och de som ska använda tekniken. Medarbetare i verksamheterna behöver få information om utvecklingsprojekten, och inbjudas till arbetet med dem, för att tekniken ska hamna på rätt nivå och bli förankrad hos de grupper som ska använda den.

Det krävs vidare samarbete mellan förvaltningar, framför allt med kommunens it-avdelningar. Dessa har ansvarsområden som är nödvändiga för utvecklingsarbetet, till exempel it-säkerhet och infrastrukturfrågor. Många utvecklingsprojekt berör också flera fackförvaltningar, som exempelvis social- och äldreomsorgen. Det är därför viktigt att dessa samarbeten underlättas i kommunerna.

Samarbete över kommungränser beskrivs också i intervjuerna som framgångsfaktorer, exempelvis i upphandlingsfrågor och verksamhetsutveckling. (Södertörnskommunerna i Stockholms län har en organisation för gemensamma upphandlingar, Upphandling Södertörn). Även nätverk där kommunerna utbyter erfarenheter är viktiga, även om det inte är något specifikt samarbete kring särskilda projekt.

Samarbete med regionen och samarbete med leverantörer är andra framgångsfaktorer som ibland beskrivs som förutsättningar för ett bra utvecklingsarbete. Ibland görs sådana samarbeten i form av projekt som är finansierade av EU där kommuner från andra länder också deltar.

Ett annat viktigt samarbete som beskrivs är dialogen med brukarorganisationer, för att dessa ska förstå nyttan med digitalisering och kunna hjälpa till i kontakterna med sina medlemmar.

Styrande dokument för införande av digital teknik

Några av intervjupersonerna menar att styrande dokument är viktiga för ett planerat och effektivt införande av digital teknik i verksamheterna. Detta kan vara i form av digitaliseringsplaner, handlingsplaner, implementeringsplaner med mera. Planerna ger en struktur för införandet, där kommunen motiverar varför vissa tekniker ska införas och beskriver hur det ska göras.

Ramupphandlingar och gemensamma upphandlingar

Flera mindre kommuner menar att de har svårt att göra upphandlingar av teknik på egen hand. Stöd med ramupphandlingar är därför en viktig förutsättning för ett framgångsrikt utvecklingsarbete.

SKR/Kommentus ramupphandlingar beskrivs som särskilt viktiga för kommunerna. Där kan de avropa avtal med upphandlade leverantörer utan att själva behöva ta fram en egen upphandling. Det finns också andra grupperingar, regionalt eller mellan en grupp kommuner, där man gör gemensamma upphandlingar av teknik.

Hinder för digitalisering

I intervjuerna efterfrågades också vilka hinder intervjupersonerna upplevde som störst mot införande av digital teknik i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. De hinder för digitalisering som intervjupersonerna lyfte fram var följande:

Ekonomi

Brist på pengar beskrivs av flera kommuner som ett hinder för digitaliseringen. Att införa ny teknik är förknippat med kostnader för personal som arbetar med utveckling. Det krävs personal med rätt kompetens och det krävs ekonomiska ramar för den kompetensutveckling som ofta är nödvändig för införande och handhavande av den digitala tekniken. Någon kommun har infört ett anställningsstopp och stopp för kostsamma utbildningar, vilket intervjupersonen menar riskerar den digitala utvecklingen.

Upphandling och implementering av den digitala tekniken innebär också kostnader. Även om tekniken ofta antas vara kostnadsbesparande och effektiviserande, så är den förknippad med investeringskostnader och tröskelkostnader. Flera intervjupersoner uttrycker en oro för att de dessutom kommer att gå mot kärvare tider, med sparbeting för kommunerna. Särskilt de mindre kommunerna menar att en stramare ekonomi kommer att inverka negativt på utvecklingsmöjligheterna.

Kommunens organisering

Flera intervjupersoner beskriver att kommunen saknar en plan för digitalisering och menar att de olika förvaltningarna och avdelningarna behöver planer på flera nivåer. Det kan finnas en övergripande plan, men denna behöver omsättas i planer för förvaltningar och verksamheter.

Andra brister som beskrivs är att kommunen inte har en organisation som befrämjar utveckling och digitalisering. För detta behövs ofta utvecklade ledningssystem där rutiner, processer, risker och internuppföljning finns beskrivna. Vidare saknas ofta tydliga roller och ansvarsområden är inte tydligt utpekade. De som arbetar med utveckling behöver ha ett uttalat mandat att göra detta.

Oförmågan att hantera projekt och omvandla dessa till ordinarie drift innebär att utveckling och pilotverksamhet görs förgäves och det blir inga kvalitets- och effektivitetsvinster. Personer som arbetat med projekten upplever att de arbetat förgäves och blir frustrerade.

Ytterligare ett hinder för en effektiv utveckling är när de som ansvarar för utvecklingsprojekten arbetar på egen hand utan att involvera personerna som ska använda slutprodukten. Detta kan medföra att personalen i verksamheterna inte är delaktiga i processen och att implementeringen därmed blir mindre effektiv.

Personalomsättning

Flera intervjupersoner uttrycker att stor personalomsättning är ett hinder. Med stor omsättning på chefer, handläggare och annan personal får man sämre förutsättningar att bygga upp kompetens och långsiktigt utvecklingsarbete.

En intervjuperson menar att om kommunen inte satsar på digital utveckling och kompetensutveckling av personalen riskerar de att få svårt att konkurrera om personal. Kommunen behöver en digital utveckling för att vara en attraktiv arbetsgivare.

Flera intervjupersoner menar att det krävs kontinuitet för utveckling. Det kan vara svårt att bygga upp och behålla kompetensen i en mindre kommun, och en stor personalomsättning gör situationen sårbar. Detta gäller såväl medarbetare som chefer.

Brist på kompetens

Flera intervjupersoner menar att det råder brist på kompetens i kommunerna. Det finns behov av kompetensutveckling på alla nivåer, bland beslutsfattare och chefer, men också bland övrig personal. Kompetensbehoven ser olika ut för de olika grupperna och det handlar om flera olika saker:

- förändringsledning
- en allmän förståelse för vilken funktion digital teknik kan ha inom omsorgen och i socialtjänsten
- vilken teknik som finns tillgänglig på marknaden.

Det handlar också om

- kunskaper om regelverk, till exempel vilka ramar som GDPR sätter för informationshanteringen och upphandlingsfrågor
- implementering
- handhavande.

Alla dessa behov av kompetens behöver mötas för att digitaliseringen ska bli framgångsrik.

I mindre kommuner är det dessutom ofta en särskild brist på såväl personal som tid för att bedriva ett utvecklingsarbete. Den personal som ansvarar för utveckling och digitalisering på centrala positioner har ofta flera områden att bevaka.

Rädsla och motstånd

Det finns enligt flera intervjupersoner en rädsla för, och därmed ett motstånd mot, teknikanvändning i socialtjänsten och omsorgen. Detta finns på alla nivåer, hos beslutsfattare, chefer och medarbetare. Rädslan handlar enligt intervjupersoenrna om att man inte är mogen för förändringar eller att man är rädd för att som personal bli kontrollerad.

Motstånd mot nya system

Flera intervjupersoner menar att det finns ett motstånd mot digitalisering då personalen upplever en trötthet på nya system. De har erfarenheter av att det införts system som inte varit anpassade till personalens arbetssituation. Systemen har inte varit intuitiva och enkla, så personalen har upplevt dem som en pålaga på övriga arbetsuppgifter. Detta har bidragit till stress och frustration.

Invånarnas digitala kunskaper behöver förbättras

Invånarna behöver utbildas i att använda sig av e-tjänster och digitala verktyg. Många, framför allt äldre, har inte vuxit upp med mobiler och datorer, och kan därför ha svårare att ta till sig digitala sätt att kommunicera och klara sin vardag.

Systemen kommunicerar inte med varandra

Ett hinder som beskrivs i intervjuerna är att många kommuner har flera olika verksamhetssystem som inte kommunicerar. Detta medför ofta dubbelarbete då personal tvingas skriva in uppgifter i flera system istället för att ett system hanterar alla uppgifter om en person.

Vidare upplevs det som en brist att de egna systemen inte kan kommunicera med andra huvudmäns system. Kommunikationen med regionerna behöver ofta ske med analoga medel: telefon, fax, eller fysiska besök. Stora leverantörer av till exempel verksamhetssystem upplevs som dominerande aktörer i små kommuner, och de är ofta tveksamma till att släppa in och integrera mindre leverantörers system. Det beskrivs därför som svårt att skapa en miljö som är anpassad efter den enskilda kommunens unika behov och önskemål.

Systemen är inte anpassade till varandra så att personalen kan logga in en gång och med detta nå flera system. Personalen är ofta hänvisade till att göra separata inloggningar i olika system vilket upplevs som tidsödande.

Infrastruktur

Tidigare hade många kommuner problem med brister i infrastrukturen. Detta har dock blivit bättre på många håll, och flera intervjupersoner beskriver att mobil- och fibernät har allt bättre täckning och är mer stabila än tidigare. Det finns dock orter där leverantörerna som har fått uppdraget inte kan leva upp

till det de har lovat vad gäller utbyggnad av fibernät. En intervjuperson menar att det är ett ofrånkomligt behov att det finns tillgång till wifi på särskilda boenden, för såväl personal och brukare som för anhöriga.

Svårt att hitta stöd från nationella aktörer

En intervjuperson efterfrågar ett mer tillgängligt stöd från nationella aktörer, till exempel myndigheter och SKR och jämför med Norge där myndigheter och KS (kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner), den norska motsvarigheten till SKR, leder utvecklingsarbetet. I intervjuerna framkommer behov av mer handfast stöd, inte bara vad som ska göras utan också hur kommunen ska gå till väga när de arbetar med verksamhetsutveckling med stöd av digitala hjälpmedel.

Intervjupersonen anser att kommunerna står mer ensamma i Sverige. De förväntas ta initiativ och driva utveckling, men många kommuner saknar förutsättningar för detta. Det handlar ofta om bristande ekonomiska resurser, brist på kompetens om teknikens möjligheter och upphandlingsfrågor och brist på förändringsledning.

Intervjuer med privata omsorgsföretag

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för intervjustudien som genomförts i 10 omsorgsföretag. Urvalet bygger på utförare som har gruppbostäder och daglig verksamhet inom funktionshinderområdet, LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). De intervjuade företagen är 3 små företag (upp till 50 anställda), 1 medelstort (mellan 51 och 200 anställda) och 6 stora företag (över 201 anställda). Det minsta företaget har 9 anställda och bland de stora företagen finns en spridning från 225 till 8 000 anställda. Syftet var att få en bild av de privata utförarnas förutsättningar och roll när det gäller digitalisering av insatserna till personer med LSS-insatser.

De intervjuade företagens avtal ser olika ut. Flertalet arbetar på entreprenad för 2 eller flera kommuner och hälften arbetar både på entreprenad och enligt LOV för 2 eller flera kommuner och säljer dessutom enstaka platser till kommuner. 1 företag arbetar enligt LOV för en kommun och 2 företag säljer endast enstaka platser till kommuner. 7 av företagen har både gruppbostäder och daglig verksamhet, 2 endast gruppbostäder och 1 företag har endast daglig verksamhet. Några av företagen bedriver även assistans enligt LSS och LASS, äldreomsorg, HVB, familjehem, och öppenvård för barn, unga och vuxna med psykosocial och psykisk ohälsa. I enstaka fall skola, primärvård och asylmottagning. Hälften av företagen bedriver verksamheter i ett län och hälften har verksamheter spridda i riket.

Frågorna har inte delats upp för gruppbostad och daglig verksamhet. De som intervjuades var vd eller verksamhetschef i de mindre företagen, och i de större var intervjupersonen verksamhetschef, kvalitetsansvariga och verksamhetsutvecklare.

Dokumentationssystem

När företagen arbetar på entreprenad eller enligt LOV, ska personalen dokumentera i både det egna verksamhetssystemet och i kommunens system. När de arbetar i flera kommuner måste de ibland förhålla sig till flera olika system och hålla reda på många olika lösenord.

Kommunernas tillgång till de privata företagens dokumentation varierar och de har inte automatisk tillgång till den. Information överförs till kommunens system när kommunen begär det. Det handlar oftast om genomförandeplaner eller avvikelserapporteringar, men det kan också vara daganteckningar eller socialjournaler.

Ungefär hälften av företagen uppger att personalen kan läsa och dokumentera mobilt.

6 av företagen arbetar med IBIC, 3 med ICF och 1 arbetar med KSI. Andra dokumentationsformer som nämns i enstaka fall är Supported Employment och PDU (personcentrerad dokumentation om uppföljning).

Hinder och möjligheter

Intervjupersonerna diskuterar både hinder och möjligheter kring dokumentation och digitala arbetssätt. Flera intervjupersoner menar att det först och främst är ett lagkrav att arbeta med dokumentation, men att det finns fördelar med ett gemensamt språk för utförare och handläggare, därför att det skapar struktur, tydlighet och möjlighet för personalen att se ett sammanhang och en helhet.

Dokumentationen kan användas för uppföljning, för att följa enskilda personers utveckling. Flertalet lyfter problemet med att behöva arbeta i flera olika system. När ett system stödjer strukturerad information, och personalen har lärt sig att hantera detta, finns det många fördelar. Samtidigt lyfter flera intervjupersoner problem med att hitta bra system som är anpassade till verksamheten, att kraven på dokumentation ibland är orimliga och att arbetet med dokumentationen tar resurser från själva omsorgsverksamheten.

Informationssäkerhet

Liksom i kommunernas socialtjänst hanterar omsorgsföretagen information om enskilda personer. I intervjuerna ställdes frågor om arbetet med informationssäkerhet ur två olika perspektiv:

- förekomsten och användningen av säkra inloggningar **med stark autentisering** i de system som hanterar personuppgifter
- förekomsten av **informationssäkerhetsklassning** och **uppföljning av risker** som är kopplade till informationssäkerheten.

Vanligt med stark autentisering

Det minsta företaget använder inte stark autentisering, men det är på gång. Övriga svarar att de använder säker inloggning, både i det egna och i kommunens system. Några använder säker inloggning även när systemet inte kräver det. En intervjuperson berättar att all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder tvåfaktorsinloggning. Kommuner har oftast inloggning med Bank-id och lösenord som ändras med regelbundna intervall. I det egna systemet kan det vara unika användarkonton för personalen, lösenord som ändras med jämna mellanrum, internt fjärrskrivbord där personalen loggar in med lösenord eller inloggning med siths-kort och lösenord.

De flesta omsorgsföretagen gör inte informationsklassningar och riskbedömningar

På frågan om arbete med informationssäkerhet nämner de flesta att de arbetar med hantering av personuppgifter enligt GDPR som trädde i kraft 2018. 3 av de stora företagen har en egen it-sektion eller avdelning som arbetar med informationsklassning och riskanalyser. Ett medelstort företag som bedriver daglig verksamhet har en särskild grupp som arbetar med riskanalyser. De hjälper kunder att söka jobb och skickar uppgifter om personer till arbetsgivare. Andra uppger att de har rutiner för personuppgiftshantering, hur de hanterar och lagrar data. Krypterad kommunikation används ibland vid hantering av personuppgifter.

Välfärdsteknik i omsorgsarbetet

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

Blandad inställning till välfärdsteknik

De privata omsorgsföretagen är överlag positivt inställda till välfärdsteknik och ser stora möjligheter om tekniken är anpassad till verksamheten och till kundens behov. De har en positiv bild av teknik och digitala lösningar som sparar tid och förenklar arbetet för personalen. Exempel på sådan teknik är lösningar för att kunna läsa och dokumentera mobilt och digitala planeringssystem. Digitala möten kan vara effektiva och spara tid.

> *Vi använder det framför allt till det basala, som dokumentation och vi går mot mobila system.*

Flera av intervjupersonerna menar dock att det ibland ställs orimliga krav på dokumentation. Tekniken skapar många möjligheter för företagens kunder, men det är inte alla som vill ha teknik och hjälpmedel. Både personal och kunder blir ibland stressade när de ska lära sig något nytt och tekniken är inte alltid lätt att använda.

> *Det är viktigt att vi ser till vad den enskilde behöver, inte bara för att vi tror att något är användbart. Det ska inte bli tvång att använda tekniken. Vissa brukare blir stressade om de måste vara beroende av personalen för att kunna använda tekniken. Då blir det brukaren som ska anpassa sig, istället för tvärtom.*

Kommunernas krav på teknik varierar

Kommunernas krav på användandet av teknik varierar med upphandlingar och avtal. De vanligaste kraven är att företagen ska dokumentera i kommunens system, använda planeringsverktyg och att det ska finnas larm vid boenden.

> *Det ser väldigt olika ut. När det gäller digital teknik så har kommunerna inte kommit så långt, så de ställer sällan krav på teknik. Det kommer nog mer, vad vi ser i upphandlingar. Kommunerna ser gärna att vi jobbar med digital teknik, men det är inte specificerat.*

Företagen kan i stor utsträckning själva välja teknik, men vid upphandlingar ska de ibland redovisa vilken teknik de använder.

> *När det handlar om verksamhet utanför LOV så bestämmer vi själva. I varje upphandling som omfattas av LOV, styr kommunen extremt hårt.*

Låg användning av välfärdsteknik

Personalen använder främst digitala dokumentationssystem och mobil dokumentation. Mobiltelefoner, surfplattor, e-signering av läkemedel, digital

tidredovisning, schematavlor och digitala möten som Skype och videosamtal är annan teknik som nämns. En intervjuperson menar att de saknar tillgång till mobil information från hälso- och sjukvårdsdokumentationen.

För enskilda kan välfärdstekniken handla om larm vid boenden, sensorer som känner av om någon stiger upp på natten eller ett dörrlarm. Annan teknik som nämns är digitala lås, surfplattor, datorer, digitala nattkameror och rörelsedetektorer. Det finns olika appar. Några som beskrivs är kommunikationsappar som hjälper kunden att kommunicera med personalen, appar för att planera matsedel och inköp av mat samt appar för påminnelser, dagbok och anteckningar. En av intervjupersonerna som även bedriver äldreomsorg säger

> *Vi håller på att köpa in en del teknik för flera boenden. Det är mer vanligt inom äldreomsorgen.*

Enstaka kunder vid boenden har själva valt att installera en tillsynskamera i bostaden. Vid en daglig verksamhet som hjälper personer att söka arbete finns databaser och digitala tv-skärmar. De har också samarbeten med olika dataspelsföretag om spelutveckling och datautveckling.

Efterfrågan på teknik från kunder och anhöriga är främst tillgång till wifi. Ibland kan det finnas efterfrågan på Ipad, AKK[17], schema-appar eller digitala scheman. De yngre kunderna vid daglig verksamhet har arbetat med teknik i skolan och då kan det finnas efterfrågan på olika dataprogram. Flertalet företag önskar att de hade kommit längre i utveckling av digital teknik, men att det kostar pengar och att utvecklingen tar tid.

Främst större företag kompetensutvecklar personal

Kompetensutveckling i välfärdsteknik varierar bland företagen. Ungefär hälften av företagen besöker mässor, deltar i konferenser, seminarier eller nätverk för välfärdsteknik. Ett av de större företagen besöker årligen MVTe-mässan. De besöker också Hjälpmedelsmässan, Öppen Innovation och deltar i frukostseminarier med Begripsam.

Ett stort företag har ett 40-tal utbildningar som är webbaserade, bland annat för dokumentation. En intervjuperson säger att vid en daglig verksamhet satsar de mycket på utbildning för personalen. De har många högutbildade inom företaget som är vana vid datorer.

Ett annat stort företag som bedriver verksamheter inom flera olika områden har en stödfunktionsnivå för kompetensutveckling och företagets utvecklingschef ingår i programrådet för Vitalis. Andra har interna webbutbildningar och utbildningssystem. De mindre företagen har oftast inte samma möjligheter att satsa på kompetensutveckling.

Stöd för att utveckla digital teknik

På frågan om företagen behöver stöd för att bli bättre på att arbeta med digital teknik menar flera av intervjupersonerna att de skulle behöva stöd när det gäller val av leverantör. Många leverantörer saknar kunskap om verksamheten och tekniken är inte anpassad för den. Flera intervjupersoner uttrycker

[17] AKK betyder Alternativ Kompletterande Kommunikation. Det kan vara insatser som stödjer kommunikation, till exempel om en person har svårt att förstå eller använda tal, exempel bilder eller datorer.

också behov av att enkelt hitta samlad information om vilka olika system som finns inom området, med betyg och omdömen. De menar vidare att lagstiftningen är viktig, men det måste vara en balansgång, så det inte ställs orimliga krav på system och användandet av teknik från Socialstyrelsen och andra nationella aktörer.

Privata omsorgsföretag får inte alltid ta del av satsningar med exempelvis stimulansmedel. Det kostar pengar att utveckla digital teknik och det är bra om företagen kan få ersättning från kommunerna när de måste investera i ny teknik.

> *När det görs satsningar på digitalisering, så satsas det på kommuner. Vissa kommuner kan välja att behålla medel för sig själva, och det är inte alltid så att privata aktörer får ta del av SKR:s medel. Det bromsar utvecklingstakten. Det är viktigt att komma ihåg att det finns privata utförare som har stort intresse och som har kommit långt i utvecklingen av digitalisering.*

Det är få företag som uppger att de hämtar stöd hos exempelvis någon myndighet när det gäller att arbeta bättre med välfärdsteknik. Det som nämns är webbutbildningar hos Myndigheten för delaktighet (MFD), branschorganisationen Svensk vård för social dokumentation och IBIC, Socialstyrelsen och SKR. Ett litet företag menar att de små enskilda företagen inte har resurser att bedriva egen internutbildning och att kommunen inte bjuder in dem till sina utbildningar.

Hinder och framgångsfaktorer

Intervjupersonerna diskuterar både hinder och framgångsfaktorer för införandet av välfärdsteknik.

Hinder

Företagen lyfter flera olika hinder och det som flest nämner är svårigheten att hitta system som är anpassade för verksamheten. Företagen som arbetar på entreprenad och enligt LOV för två eller flera kommuner, måste ibland hantera flera olika verksamhetssystem.

Kostnaden är ett annat hinder, exempelvis för att köpa in nya system, annan teknik och för att utbilda personal. Privata omsorgsföretag får inte alltid ta del av utbildningar eller satsningar med exempelvis stimulansmedel för att utveckla digital välfärdsteknik.

Det handlar också om personalens inställning, intresse och kunskap för teknik. Alla är inte intresserade av teknik och många tycker att det är besvärligt att lära sig något nytt. Någon menar att personalomsättningen utgör ett hinder för utvecklingen, eftersom det är svårt att hinna introducera all ny personal till utvecklingen.

Tekniken är inte alltid användarvänlig, vare sig för personal eller brukare. Det kan vara problem med tekniken i sig, uppkoppling till bredband och tillgång till wifi.

Även om intervjupersonerna överlag är positiva till digital teknik, så upplever flera att det ställs alltför höga krav på att använda vissa verksamhetssystem och på dokumentation.

Några menar att det finns en osäkerhet i tolkningen kring GDPR, vilket ibland försvårar användningen av digitala hjälpmedel.

Framgångsfaktorer

Företagen lyfter också flera olika framgångsfaktorer varav en är att det finns ett intresse för välfärdsteknik hos ledningen och hos personalen. Det är viktigt att det förankras i ledningen och att det ges mandat att satsa på digital utveckling.

En annan framgångsfaktor är att det finns personal i verksamheterna som är intresserade av teknik och villiga att testa nya saker, och som sedan hjälper sina kollegor. Några kallar dem för ambassadörer eller superanvändare. Intern kompetens lyfts som en viktig framgångsfaktor för utveckling.

Ytterligare framgångsfaktorer som nämns är att hitta bra leverantörer och samarbetspartners – att samverka med andra utförare: kommuner, regioner, funktioner och it-avdelningar.

> *Få ta del av utvecklingen i samverkan med kommuner för att driva projektet framåt. En ökad samverkan mellan olika aktörer, vara med och utveckla.*

Flera intervjupersoner uttrycker behov av samlad information och erfarenhetsutbyten med andra verksamheter, till exempel om vilka system som används, istället för att alla utvecklar egna lösningar.

Det är också viktigt att förstå vikten och betydelsen av att använda digitala verktyg. Det gäller att kunna koppla ihop tekniken med behoven, att förstå att det underlättar för personal eller brukare.

> *Det vore toppen att ha någon som är kunnig internt, att vi kan se effekten av tekniken, att det finns effekt, då får man alla med på tåget.*

Stimulansmedel kan bidra till utveckling genom exempelvis kompetensutvecklingsinsatser och möjligheter att göra studiebesök.

Någon menar att den digitala tekniken driver upp effektiviteten; att orka hänga med kan utlösa stress. Det kan löna sig att dra ned på kraven.

> *Vi ska handskas med mycket information. Vi kan inte gå tillbaka till att använda papper och penna, men man kan inte överlasta oss med krav på system och dokumentation.*

Socialstyrelsens sammanfattning

Intervjustudien visar att det finns ett stort intresse för välfärdsteknik hos de privata omsorgsföretag som ser möjligheter för både personal och kunder. Ibland upplever företagen att det blir alltför mycket detaljstyrning, från nationella aktörer och från kommuner, angående verksamhetssystem och dokumentation.

Det är svårt, menar en del, att hitta bra leverantörer som kan erbjuda verksamhetsanpassade system och teknik. Flera intervjupersoner lyfter att det finns ett behov av att på ett enkelt sätt hitta samlad information, dels om vilka system som finns, med betyg och omdömen, och dels vilken teknik som finns inom verksamhetsområdet.

Ungefär hälften av företagen uppger att personalen kan läsa och dokumentera mobilt.

Stark autentisering vid inloggning används i system som hanterar personuppgifter i samtliga företag utom i det minsta, där det är på gång. Endast några av de stora företagen har särskilda avdelningar eller grupper som arbetar med informationsklassning och riskanalyser. Samtliga företag arbetar med personuppgiftshantering enligt GDPR, och samtliga uppger att de har rutiner för att säkra hantering och lagring av data.

Samverkan och samarbete med andra utförare, kommuner, regioner, it-avdelningar och leverantörer är viktigt för utvecklingen av välfärdsteknik.

Privata omsorgsföretag får inte alltid ta del av satsningar med stimulansmedel och de små privata företagen står utanför kommunens utbildningar och utveckling av välfärdsteknik.

För att utveckla välfärdstekniken i omsorgsföretagen är det viktigt att det finns engagemang hos ledning och personal, att det finns mandat för utveckling av teknik och att det förankras i styrelsen.

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

Utvecklingen i den kommunala hälso- och sjukvården

Kommunala eller privata utförare

I enkäten till kommunerna ställdes frågan i vilken utsträckning de har lagt ut den kommunala hälso- och sjukvården på privata utförare. Detta kan ske genom entreprenadavtal eller avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV-avtal). Svaren visar att 1 procent av kommunerna har lagt ut all hälso- och sjukvård på privata utförare. Cirka 79 procent av kommunerna driver all hälso- och sjukvård i egen regi, och 21 procent av kommunerna har lagt ut delar av hälso- och sjukvården på privata aktörer.

E-tjänster

E-tjänster kan stödja och underlätta för brukaren 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 [10]. E-tjänsterna får däremot inte innebära en försämring för den stora grupp människor som inte använder internet.

I den del av enkäten som avsåg den kommunala hälso- och sjukvården ställdes frågan om enskilda genom en e-tjänst kan komma åt och läsa sin hälso- och sjukvårdsjournal. Endast 5 kommuner (2 procent) uppgav att de hade en sådan tjänst.

Välfärdsteknik

Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården

I den kommunala hälso- och sjukvården är tekniken delvis densamma som inom socialtjänsten och delvis är det andra produkter. De teknikprodukter som används i flest kommuner är nyckelfria lås till hemsjukvårdens patienter som används i 64 procent av kommunerna och epilepsilarm som används i 60 procent av kommunerna. Se tabell 19. I enkäteten ställdes en särskild fråga om hur många medicindispensers[18] som kommunen har i den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunerna anger att det totalt finns 587sådana i bruk.

[18] Läkemedelsdispenser är ett digitalt hjälpmedel som påminner patienten när det är dags att ta medicinen, fördelar medicinen och signalerar till vårdgivaren om det sker avvikelser.

Tabell 19. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, 2020 i %

Välfärdsteknik	Andel kommuner i %
Digital läkemedelssignering	50
Läkemedelsdispenser	28
Möjlighet till läkarkonsultation via video	26
Elektroniskt planeringsverktyg för personal	56
Epilepsilarm	60
Nyckelfria lås till hemsjukvårdens patienter	64
Inkontinenssensorer	22
Annan medicinteknisk utrustning	4
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	26
Annat	9

9 procent av kommunerna uppgav att de hade annan digital teknik. Exempel som anges i fritextsvaren är

- digitala medicinskåp
- digital nattillsyn
- GPS-larm
- kognitiva hjälpmedel
- Tovertafel
- MobiMed
- ultraljudsscanner
- handdatorer till personer med neuropsykiatriska diagnoser.

I andra kommentarer menar flera kommuner att de planerar att införa läkemedelsdispensers under 2020, och flera kommuner nämner att de planerar att införa digital läkemedelssignering. Andra nämner läkarkonsultationer med video och nyckelfria lås till hemsjukvårdens patienter.

Säker hantering av identiteter och behörigheter för den kommunala hälso- och sjukvårdens personal

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

Utöver detta brukar kommunens hälso- och sjukvårdspersonal ha tillgång till nationella system, till exempel kvalitetsregister inom äldreomsorgen, NPÖ eller Pascal. Pascal är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, där patienten får sina mediciner fördelade i påsar. De personalkategorier som arbetar med brukare och patienter behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete, och personuppgifterna som behandlas i dessa system skyddas av lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter.

I 3 kap. 15 § HSLF-FS 2016:40 anges att om vårdgivaren använder öppna nät vid behandling av personuppgifter, ska denne ansvara för att överföring

görs på ett sådant sätt att inte obehöriga kan ta del av dem och att elektronisk åtkomst eller direktåtkomst till uppgifterna föregås av stark autentisering. Om en vårdgivare gör uppgifter om patienter tillgängliga över öppna nät, exempelvis för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna utföra arbetsuppgifter på distans, måste det göras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan nå uppgifterna. I praktiken innebär det bland annat att uppgifter om patienter måste överföras genom en krypterad förbindelse eller genom att kryptera uppgifterna. Teknikutvecklingen medför att krypteringsmetoderna hela tiden kan behöva förbättras för att minimera risken för obehörig åtkomst. För att en behörig användare ska få tillgång till personuppgifter via öppna nät måste vårdgivaren se till att åtkomsten föregås av en så kallad stark autentisering. Det innebär i praktiken att vårdgivaren använder inloggningslösningar som ställer krav på att identiteten kontrolleras på *minst två olika sätt*, exempelvis med hjälp av

- något som användaren **kan** − till exempel lösenord eller pinkod
- något som användaren **har** − till exempel kodbox, certifikat, smart-kort, engångskoder eller mobiltelefon
- **användaren själv** – till exempel fingeravtryck eller avläsning av iris [16].

Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna. För åtkomst till personuppgifter i den kommunala hälso- och sjukvården krävs en stark autentisering. Med detta avses i de flesta fall att medarbetaren har en e-legitimation (i de flesta fall SITHS kort) 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.

Nästan all kommunal hälso- och sjukvårdspersonal kan logga in med stark autentisering

Hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till stark autentisering i större omfattning än socialtjänstpersonalen. Av tabell 20 framgår att det är en majoritet av kommunerna (94 procent) där all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder en stark autentisering vid inloggning i verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas.

Tabell 20. Andel kommuner där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal använder stark autentisering för inloggning, i %

Andel kommuner	2015 (n=206)	2016 (n=203)	2017 (n=206)	2018 (n=210)	2019 (n=203)	2020 (n=246)
Ingen	0	0	0	2	3	1
Färre än hälften	0	1	1	1	0	0
Cirka hälften	0	0	0	0	1	0
Mer än hälften	4	5	6	5	3	5
Alla	96	94	93	92	93	94
Totalt	100	100	100	100	100	100

I 2015 års enkätundersökning använde mer än hälften eller all hälso- och sjukvårdspersonal säker identitets- och behörighetsidentifikation i 100 procent av kommunerna. Sedan 2016 ligger nivån någon eller några procentenheter under detta.

Läsa och dokumentera mobilt

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

Allt fler kan läsa och dokumentera mobilt i kommunens system

Det har sedan 2015 skett en påtaglig utveckling av andelen kommuner där personalen kan *läsa* mobilt i kommunens system. I 5 procent av kommunerna var det då möjligt för samtlig mobil hälso- och sjukvårdspersonal att läsa mobilt. År 2020 var det 43 procent. Andelen kommuner där ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till att läsa mobilt har minskat från 70 till 30 procent under samma period. Se tabell 21.

Tabell 21. Andel kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att läsa mobilt i kommunens verksamhetssystem, i %

Andel kommuner	2015 (n=204)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)	2020 (n=226)
Ingen	70	62	55	43	37	30
Färre än hälften	22	21	20	26	19	15
Cirka hälften	0	2	2	0	3	4
Mer än hälften	3	4	6	7	7	8
Alla	5	11	17	24	34	43
Totalt	100	100	100	100	100	100

Av tabell 22 framgår att all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i 42 procent av kommunerna har möjlighet att *dokumentera* i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret. I 31 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter den utrustning som krävs för att dokumentera mobilt.

Tabell 22. Andel kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, i %

Andel kommuner	2015 (n=201)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)	2020 (n=226)
Ingen	73	62	58	45	36	31
Färre än hälften	19	21	19	27	21	16
Cirka hälften	0	2	1	2	3	4
Mer än hälften	3	4	5	3	7	7
Alla	5	11	16	23	32	42
Totalt	100	100	100	100	100	100

Det har således skett en utveckling i kommunerna också när det gäller att dokumentera mobilt sedan 2015. Då var det i 5 procent av kommunerna som all mobil hälso- och sjukvårdspersonal kunde dokumentera mobilt. År 2020 var det 42 procent. Andelen kommuner där ingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möjlighet att dokumentera mobilt har minskat från 73 till 31 procent under samma period.

Allt fler kan läsa och dokumentera mobilt i nationella system

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

Det har varit en positiv utveckling av användningen av mobil utrustning för att läsa i nationella system under mätperioden. År 2015 hade all mobil hälso- och sjukvårdspersonal i 5 procent av kommunerna möjlighet att läsa i nationella system (NPÖ och Pascal), och 2020 var det 42 procent av kommunerna. Det är alltså en betydligt högre andel kommuner där all personal kan läsa i nationella system 2020 än tidigare. Se tabell 23.

Tabell 23. Andel kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har utrustning för att läsa mobilt i nationella system, i %

Andel kommuner	2015 (n=202)	2016 (n=205)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)	2020 (n=226)
Ingen	77	66	59	48	38	31
Färre än hälften	16	18	19	26	20	14
Cirka hälften	0	3	1	1	3	3
Mer än hälften	4	3	5	3	8	9
Alla	5	10	16	22	31	43
Totalt	100	100	100	100	100	100

Den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen kan också behöva föra in uppgifter i nationella system.

Det har även varit en positiv utveckling när det gäller möjligheten att dokumentera mobilt i nationella system under mätperioden. År 2015 kunde all mobil hälso- och sjukvårdspersonal i 5 procent av kommunerna läsa i nationella system (NPÖ och Pascal) medan motsvarande andel för 2020 var 37 procent. Andelen kommuner där ingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möjlighet att dokumentera mobilt i nationella system har minskat från 77 till 40 procent under samma period. Se tabell 24.

Tabell 24. Andel kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen kan tillföra uppgifter i nationella system mobilt, i %

Andel kommuner	2015 (n=195)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)	2020 (n=226)
Ingen	77	64	63	51	42	40
Färre än hälften	16	20	15	26	20	12
Cirka hälften	0	2	1	1	3	4
Mer än hälften	2	3	6	2	8	7
Alla	5	11	15	20	27	37
Totalt	100	100	100	100	100	100

Den nationella patientöversikten

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

Samtliga regioner är anslutna till NPÖ och kan därmed dela patientinformation, såväl mellan sig som med kommunala och privata vårdgivare. De flesta kommuner och ett antal privata vårdgivare är också anslutna som konsumenter. Enligt Ineras statistik är det 26 kommuner och 37 privata rådgivare som kan producera material i NPÖ. Det är således en mindre andel av kommunerna som kan producera i NPÖ[19].

Av tabell 25 framgår att det totalt var 273 kommuner (cirka 94 procent) som i januari 2020 hade anslutit någon eller några av sina vårdenheter till NPÖ. Detta är en ökning med nästan 100 procent sedan februari 2014 då 137 kommuner var anslutna.

[19] https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/Nationell-patientoversikt/anslutna-vardgivare-i-npo/

Tabell 25. Användning av den nationella patientöversikten[20]

	feb-14	feb-15	feb-16	feb-17	feb-18	feb-19	jan-20
Antal kommuner som kan läsa i NPÖ	137	217	235	261	272	272	273
Totalt antal unika användare	1 313	2 216	6 822	11 308	16 643	22 786	30 053
Varav i kommuner			3 281	4 568	6 241	7 613	8569
Totalt antal slagningar	7 065	13 372	39 535	66 983	114 865	188 234	281 805
Varav i kommuner			26 711	38 974	62 138	86 776	116 397
Totalt antal slagningar per unik användare	5,4	6	5,8	5,9	6,9	8,3	9,4
Varav i kommuner			8,14	8,5	10	11,4	13,6
Totalt antal patienter	-	-	19 669	34 850	55 231	90 442	131 914
Varav i kommuner			10 812	15 483	22 153	29 968	36 771

Källa: Inera

Antalet användare har ökat

Användningen av systemet har ökat markant sedan 2014. Det totala antalet unika användare ökade med en faktor 23 mellan 2014 och 2020. År 2020 var över 30 000 unika användare registrerade i NPÖ. Av dessa var drygt 8 500 i kommunerna. Detta kan jämföras med antalet anställda personer i vården. I november 2017 fanns det cirka 32 000 läkare anställda i regioner och landsting, och cirka 68 000 sjuksköterskor. I kommunerna fanns cirka 15 000 sjuksköterskor.

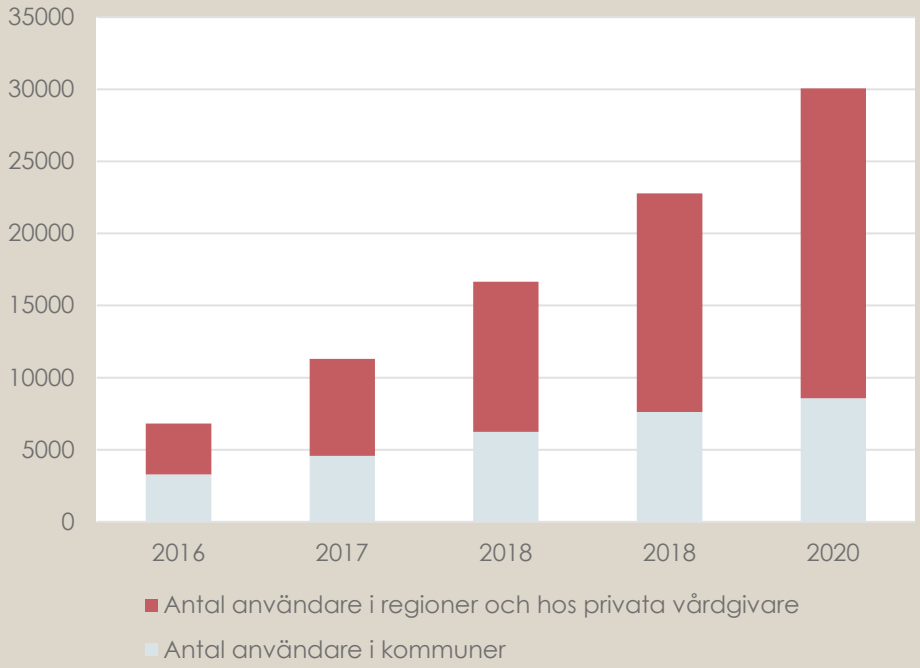
Det finns dessutom en lång rad andra yrkeskategorier som också kan tänkas ha nytta av NPÖ: barnmorskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter med flera.

En grov uppskattning ger att andelen anslutna användare utgör cirka 30 procent av antalet läkare i regionerna och sjuksköterskor i regioner och kommuner. Det är med andra ord en mindre andel av hälso- och sjukvårdspersonalen som är ansluten till NPÖ.

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

I figur 5 illustreras ökningen av antalet användare av NPÖ i kommuner respektive regioner och privata vårdgivare under perioden 2016 till 2020.

Figur 7. Antal unika användare av NPÖ



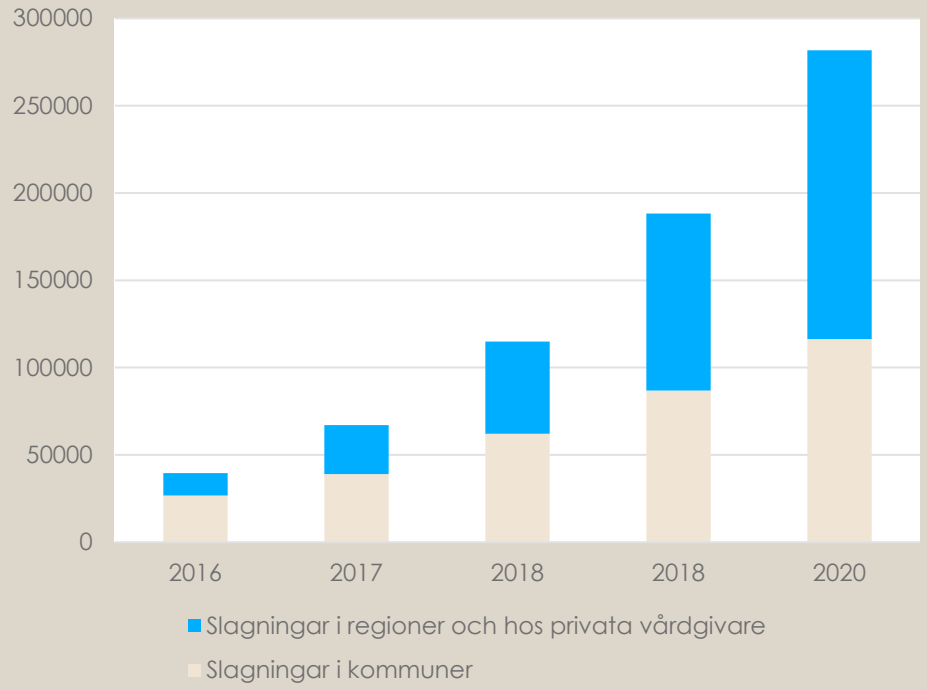
Antalet slagningar i NPÖ har ökat

Antalet slagningar i systemet ökade med en faktor 40 under samma period.

Av tabell 24 framgår att det görs fler slagningar (sökningar) i kommunerna per unik användare än i regionerna. De kommunala användarna gjorde 13,6 slagningar per användare i januari 2020, medan användare i regioner och hos privata vårdgivare gjorde 7,8 slagningar per användare.

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

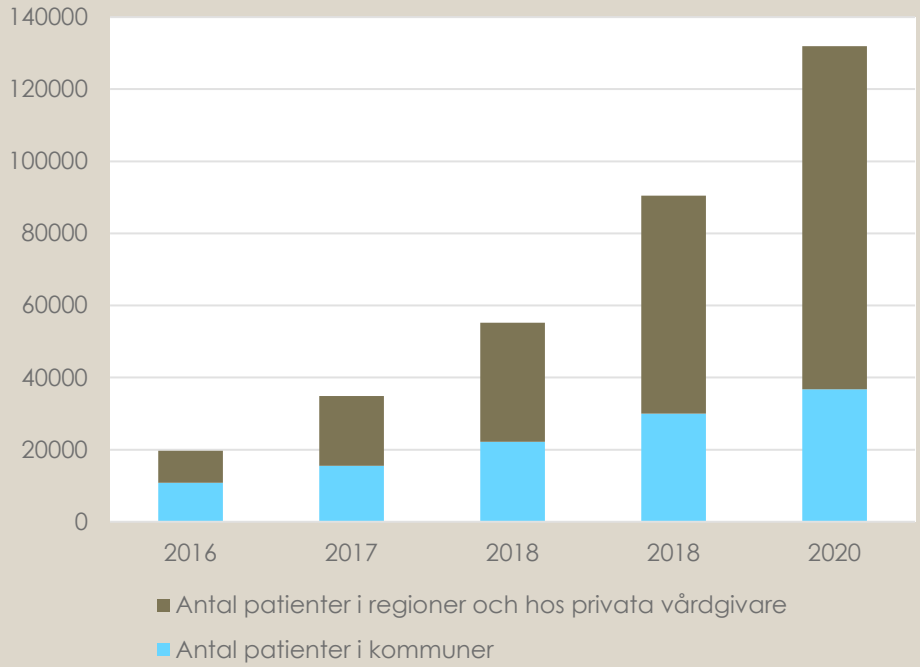
Figur 8. Antal slagningar i NPÖ



Antalet patienter har ökat

Personalen i regionerna, hos de privata vårdgivarna och i kommunerna söker på allt fler patienter. Antalet patienter som varit föremål för slagningar har ökat från cirka 20 000 år 2016 till över 130 000 år 2020. Se figur 7.

Figur 9. Antal patienter



Strukturerad dokumentation i den kommunala hälso- och sjukvården

Inom den kommunala hälso- och sjukvården dokumenterar personalen uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form. Det finns inte någon allmängiltig definition av begreppet ”strukturerad dokumentation” men Socialstyrelsens beskrivning utgår ifrån behovet av att på ett systematiskt sätt kunna återanvända information som dokumenterats om patienten eller brukaren. Detta handlar om att dokumentationen i hälso- och sjukvårdsjournalen behöver vara strukturerad på ett sådant sätt att den vid senare tillfällen kan återsökas och tillgängliggöras i sitt sammanhang.

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

Alla kommuner använder strukturerad dokumentation

Socialstyrelsen bedömer att alla kommuner använder strukturerad dokumentation sina verksamhetssystem i dag. Den kan skifta mellan kommunerna beroende på verksamhet och hur kommunen valt att utveckla systemen. Skälet för att använda strukturerad dokumentation är att den ska gå att återanvända utan att den behöver föras in på nytt i alla de system som kommunen använder. Vidare för att informationen ska kunna användas i kommunens kvalitetsarbete, till exempel för sammanställningar för verksamhetsuppföljningar och i verksamhetsutvecklingen i det systematiska kvalitetsarbetet.

I enkäten till kommunerna i januari 2020 ställdes två frågor om hur kommunerna använder den strukturerade dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården:

- om kommunen använder uppgifterna från socialtjänstdokumentationen i aggregerad form i sitt kvalitetsarbete
- om de strukturerade uppgifterna används för verksamhetsutveckling i det systematiska kvalitetsarbetet.

Av tabell 26 framgår att inte alla kommuner använder uppgifterna för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. Det är också en viss skillnad mellan hemsjukvården i ordinärt boende och hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre. De strukturerade uppgifterna används i störst utsträckning för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården i särskilda boenden.

Tabell 26. Andel kommuner som använder den strukturerade dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården, i %, 2020 (n=226)

Typ av boende	Kvalitetsarbete	Verksamhets-utveckling
Hemsjukvård i ordinärt boenden	59	56
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	65	61

De flesta kommuner använder 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. Klassifikationen kan användas som verktyg vid bedömning av behov, arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering.

I den kommunala hälso- och sjukvården har ICF varit i bruk i en stor andel av kommunerna sedan Socialstyrelsen började med dessa sammanställningar. För hemsjukvård i ordinärt boende har andelen kommuner ökat mellan 2015 och 2020, från 66 till 83 procent. För hälso- och sjukvård i särskilda boenden har ökningen gått från 69 till 91 procent under samma period. Se tabell 27.

Tabell 27. Andel kommuner där ICF används i den digitala individdokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården, i %

Typ av boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	72	77	75	82	83
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	72	78	76	82	91

Socialstyrelsens kommentarer och analys

E-tjänster för ekonomiskt bistånd ökar men få ansökningar behandlas automatiskt

Andelen kommuner som har e-tjänster för att enskilda ska kunna göra ansökan om ekonomiskt bistånd (försörjningsstöd) via kommunens webbplats har ökat kraftigt de senaste åren. Detta betyder att den som söker det ekonomiska biståndet inte behöver besöka socialkontoret för att göra sin ansökan. I en del kommuner krävs dock att personen gör ett fysiskt besök om det är första gången hen gör en ansökan. När ansökan har kommit in till kommunen via e-tjänsten ska den handläggas och ett beslut ska fattas. I de allra flesta kommuner sker handläggningen manuellt.

Enligt en forskningsrapport från 2019 [11] är det endast cirka 5 procent av kommunerna som har kopplat e-tjänsten till en automatisering (robotisering)[21] av handläggningsprocessen. Automatiseringen innebär att hela handläggningen inklusive kontroller med Försäkringskassan, CSN, Arbetsförmedlingen och så vidare görs automatiskt av ”roboten”. Besluten fattas därefter av handläggaren. Kommunallagen (KL) medger inte automatiserade beslut.

Av samma forskningsrapport framgår att mellan 30 och 85 procent av biståndsansökningarna i de aktuella kommunerna kommer in till kommunerna via e-tjänsterna. Det är med andra ord ett begränsat antal biståndsansökningar som behandlas automatiskt.

Breddinförande av välfärdsteknik för den enskilde går långsamt

Användning av välfärdsteknik i ordinärt boende, i särskilda boenden för äldre, i stöd- och serviceboende och i den kommunala hälso- och sjukvården har ökat under senare år. En majoritet av kommunerna uppgav i enkäten 2020 att de har olika former av välfärdsteknik och annan digital teknik. När Socialstyrelsen i enkäterna 2019 och 2020 frågade i vilken utsträckning enskilda individer har fått tillgång till välfärdsteknik som digital nattillsyn, gpslarm och medicindispenser, var det var få personer som hade fått detta. Det kan finnas anledning att anta att samma förhållande gäller för fler välfärdsteknikområden.

[21] Ett begrepp som används för datadriven automatisering är RPA (Robotic Process Automation). I vissa sammanhang kallas detta för svag AI.

Socialstyrelsen har inte frågat hur många personer som har fått trygghetsskapande insatser med passiva larm och sensorer, SIP med stöd av video, digitalt stöd för fysisk träning, digitalt stöd för dagliga aktiviteter, stöd för digitala inköp och så vidare. Uppgifterna om andelen kommuner som erbjuder dessa välfärdstekniker ger troligen en bild av att tekniken är mer i bruk än vad den är när det kommer till de enskilda användarna.

Vid intervjuer med kommuner och andra kontakter framkommer flera förklaringar till att tekniken inte har införts i ordinarie drift (breddinförts). Det är många kommuner som har ett litet antal av de nämnda teknikerna i pilotprojekt för att testa tekniken. Dessa testperioder kan bli långa och kommunerna har svårt att införa tekniken i ordinarie drift.

Det finns olika förklaringar till att kommunerna har svårigheter att breddinföra tekniken och dessa varierar mellan olika kommuner. I vissa kommuner saknas en plan för digitalisering. Det behövs planer både på övergripande nivå och mer verksamhetsnära för att beslutsfattare, chefer, utvecklare och personal ska veta hur de ska planera och genomföra ett effektivt utvecklingsarbete som utmynnar i ett införande i ordinarie verksamhet. Detta är ett arbete som innebär att kommunen ser över inte bara teknikanvändningen utan arbetsformerna generellt. Andra hinder kan vara att kommunen inte har en organisation som befrämjar utveckling och digitalisering. För detta behövs ofta utvecklade ledningssystem där rutiner, processer, risker och internuppföljning finns beskrivna. Vidare saknas ofta tydliga roller och ansvarsområden är inte tydligt utpekade. De som arbetar med utveckling behöver ha ett uttalat mandat att göra detta.

Oförmågan att hantera projekt och omvandla dessa till ordinarie drift innebär att utveckling och pilotverksamhet görs förgäves och kvalitets- och effektivitetsvinsterna uteblir.

I vissa kommuner anförs bristande ekonomiska medel som ett skäl till att man inte inför teknik. Dessa kommuner upplever att utveckling och upphandling innebär alltför stora initiala kostnader som kommunen med sina ettåriga budgetperioder inte kan hantera.

Teknik för effektivitet ökar

Socialstyrelsen har tidigare år konstaterat att allt fler kommuner ger personalen möjlighet att läsa och dokumentera mobilt i verksamhetssystemet. Andelen ökade från 5 procent av kommunerna 2015 till 14 procent 2018. Dessa uppgifter var en sammanvägning från samtliga verksamhetsområden och i 2019 och 2020 års enkäter ställdes frågan om situationen i de olika verksamhetsområdena. Det framgår då att utvecklingen varit särskilt markant inom hemtjänsten och inom den kommunala hälso- och sjukvården. Inom hemtjänsten var det 56 procent av kommunerna där all personal kunde läsa i verksamhetssystemet mobilt och inom den kommunala hälso- och sjukvården var det 42 procent av kommunerna. En av flera tänkbara förklaringar till ökningen kan vara det statsbidrag som gick till kommunerna 2018 och som enligt återrapporteringarna till en stor del användes till att utveckla mobila arbetssätt.

En stor andel av kommunerna, 90 procent, redovisar att personalen använder elektroniska planeringsverktyg i arbetet, i regel i form av mobilappar. Med dessa har den mobila personalen dagens schema i mobilen, portkoder till brukarna, möjligheter att göra anteckningar, läsa genomförandeplaner med mera.

Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video har ökat kraftigt under senare år. I 2020 års enkät var det 80 procent av kommunerna som använde detta vid utskrivning från sjukhus och 71 procent vid andra tillfällen.

Gemensamt för dessa teknikområden är att de framför allt innebär tydliga vinster för kommunen. Detta i form av ökad effektivitet för kommunen men också i form av en förbättrad arbetsmiljö för personalen.

Låg användning av säker identifiering av roll- och behörighet

En mindre andel av kommunerna har säkrat sina system som behandlar personuppgifter. Endast 15 procent av kommunerna har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas. I enkäten delades frågan upp i två:

Åtkomst till system vid

- externt arbete
- arbete inom kommunens interna nätverk.

Det visade sig då att 34 procent av kommunerna kräver en säker roll- och behörighetsidentifikation (stark autentisering) i samtliga system när personalen arbetar utanför kommunens interna nät. Cirka 3 procent av kommunerna har inte säkrat några system där personuppgifter behandlas vid arbete utanför kommunens nät. Flertalet kommuner har säkrat delar av sina system.

Vid arbete inom kommunens interna nät och brandväggar ser det annorlunda ut: 17 procent av kommunerna har säkrat alla sina system där personuppgifter behandlas och där personalen har åtkomst vid internt arbete, och 17 procent har inte säkrat några system. Dessa skillnader tyder på att en del kommuner bedömer att systemen inte behöver samma skydd vid inloggningar när de är tillgängliga endast inifrån kommunens interna nät.

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

Det finns en rad förklaringar till att kommunerna inte säkrar verksamhetssystemen och andra system. En av dessa är att arbetet med att säkra roll- och behörighetsidentifikationen i kommunerna är en process som berör flera förvaltningar och arbetet är därmed omfattande, komplext och förknippat med stora kostnader. Kommunerna har många verksamheter som behandlar uppgifter med olika krav på säkerhet, och socialtjänstens behov beaktas inte alltid i de kommungemensamma lösningarna.

Dagens lösningar för stark autentisering upplevs dessutom ofta som stela och svåra att applicera i alla situationer, till exempel i mobila lösningar. Den vanligaste lösningen bygger på Ineras Siths-kort som är kopplade till en HSA-katalog[22] där roller och behörigheter finns definierade. Siths-korten är anpassade för hälso- och sjukvårdens personalgrupper, men det finns inga generella alternativ som ger samma nivå på säkerheten också för socialtjänstens personal. Det finns säkra lösningar, men de är svåra att använda i alla delar av socialtjänstens verksamheter.

Olika leverantörer har ofta egna lösningar på säkerheten i sina system, vilket medför att personalen behöver förhålla sig till flera olika inloggningsrutiner i olika appar. I en del kommuner tvingas personalen att använda sin personliga e-legitimation (bank-id) för att kunna identifiera sig med en stark autentisering.

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

SKR och DIGG gjorde tillsammans med Infrastrukturdepartementet under 2019 en enkätundersökning bland myndigheter, regioner och kommuner där de kartlade användningen av e-legitimationer. I SKR:s rapport [17] beskrivs att för handläggare inom en kommun eller region innebär vardagen ofta en lösning i den egna organisationen och en annan i omsorgen för att se vårddokumentation. För kontakter med andra myndigheter behöver de ta med sin privata e-legitimation till jobbet. I dag finns inga fungerande gemensamma lösningar för exempelvis verifiering av roll och organisation och samtidig kontroll av att den som loggar in har korrekt behörighet.

I de avslutande reflektionerna konstaterar SKR att ”E-legitimation i tjänsten är det område som tydligast träder fram som utmaning för kommuner och regioner men även myndigheter inom e-legitimationsområdet. Det saknas en sammanhållande infrastruktur som gör att myndighetens egna tjänstelegitimationer går att använda både internt inom myndigheten men även mot andra myndigheter.”

Socialstyrelsen konstaterar att frågan om stark autentisering och säkra inloggningar är komplex. Kommunerna råder inte över hela den infrastruktur som behövs för att enskildas personuppgifter inom socialtjänsten ska skyddas, samtidigt som personalens arbetssituation ska vara smidig.

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

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

En större andel av personalen i regioner och kommuner ansluts som användare till NPÖ, och de använder systemet allt oftare. Antalet personer som läser i NPÖ har ökat markant under de senaste åren. Dessa användare har också blivit mer aktiva, vilket visar sig i att antalet slagningar per användare har ökat.

Inera beskriver i rapporten Nyttorna med Nationell patientöversikt [18]

> *att kommunens personal kan läsa i NPÖ innebär också att de får stöd att göra bättre bedömningar om patientens behov av sjukhusvård. Fler patienter kan besparas betungande resor till akutmottagningar och sjukhus, och istället vara kvar i tryggheten hemmavid. I sin tur innebär det också att regionerna besparas kostnaderna för transport och akutbesök, som de annars skulle ha haft.*

Samtliga regioner är anslutna för att producera journalmaterial till NPÖ. De producerar dock inte så mycket som de skulle kunna. Enligt statistik från Inera är regionerna anslutna för att producera ungefär hälften av alla informationsmängder som är möjliga. Kommunerna har inte anledning att ansluta lika många informationsmängder och andelen är därför lägre där.

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

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

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

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

Hinder och framgångsfaktorer för digitalisering

De hinder för en framgångsrik digitalisering som identifierades i intervjuundersökningen bland kommunerna kan summeras på följande sätt:

- bristande ekonomiska förutsättningar
- brist på kompetens på flera nivåer

- rädsla och motstånd mot ny teknik
- kommunens organisering och arbetssätt
- hög personalomsättning
- brist på teknisk interoperabilitet
- brist på heltäckande och stabil infrastruktur
- svårt att hitta stöd från nationella aktörer.

I intervjuerna framkom också en rad framgångsfaktorer för en lyckad digitalisering:

- resurser för utvecklingsarbete
- intresse, dialog och vilja till förändring på alla nivåer
- kunskap om digitalisering
- personal som leder den digitala utvecklingen
- information och utbildning till alla berörda
- samarbete inom kommunen och med andra aktörer
- styrande dokument för införande av digital teknik
- ramupphandlingar och gemensamma upphandlingar.

De två perspektiven är i vissa fall olika uttryck för samma fenomen. De två listorna kan därför ses som kompletterande. Ett försök till en sammanställning av en lista för förutsättningarna för en god digitalisering skulle därför kunna se ut på följande sätt:

- Det behövs ekonomiska resurser och en medveten finansiering av digitaliseringen. Detta får effekt på möjligheten att göra investeringar i teknik, och att satsa på personal med rätt kompetens.
- Det finns behov av kompetens på flera nivåer i kommunen, beslutsfattare, chefer, handläggare, utvecklare och utförarpersonal.
- Det behövs en organisation som befrämjar nytänkande och utveckling. I detta ingår planer för verksamhetsutveckling med stöd av digitala arbetssätt, strategiska satsningar. Vidare behövs utvecklade ledningssystem där rutiner, processer, risker och internuppföljning finns beskrivna. Personalen behöver tydliga roller och ansvarsområden utpekade i utvecklingsarbetet.
- Samarbete inom kommunen, med andra kommuner, regionen och andra aktörer är en annan förutsättning för att kommunen ska kunna bedriva ett framgångsrikt utvecklingsarbete. Ett exempel är gemensamma ramupphandlingar av digitala tjänster.
- Det behövs tillgängligt stöd från nationella aktörer. Det är flera myndigheter som bidrar med olika perspektiv och kommunerna har ibland svårt att orientera sig i utbudet. De får inte alltid svar på sina specifika frågor.
- Det behövs en fungerande infrastruktur då mycket av välfärdstekniken och tekniken till stöd för personalen är beroende av täckande och stabila nät för digital kommunikation.
- De system som tas fram behöver en högre grad av interoperabilitet. Det behövs standarder som medger säker och smidig kommunikation mellan system i kommunen och med andra aktörers system.

Socialstyrelsens analys

I sammanställningen ovan identifieras en rad förutsättningar för att kommunerna ska kunna genomföra en framgångsrik digitalisering i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. Frågorna i intervjuerna var ställda utifrån det kommunala perspektivet, därför kom generella, samhälleliga, förutsättningar bara fram i begränsad omfattning i intervjuerna. Ett sätt att analysera materialet är att se vilka faktorer som kommunerna själva rår över och vilka de inte rår över. I listan över förutsättningar ovan finns det fler där kommunen själv kan påverka och färre som kan betecknas som generella och därmed utanför den lokala socialtjänstens påverkansmöjligheter. Bland de generella finns samarbete med andra aktörer, stöd från nationella aktörer, fungerande infrastruktur och interoperabilitet. Dessa förutsätter att andra aktörer bidrar.

Här kan också nämnas det arbete som pågår inom ramen för Vision e-hälsa 2025 med standarder. För att tekniskt kunna utbyta information med säkerställd kvalitet och säkerhet behövs standarder. Det kan till exempel handla om gemensamma nationella specifikationer och tjänster för säker behörighet och processer [6].

Infrastruktur i form av fiber och mobila nät är också områden där socialtjänsten inte är huvudansvarig i alla delar. Fiberdragningar är till viss del ett kommunalt ansvar, men det är många aktörer som agerar på marknaden när det gäller fasta bredband. Nätägare, operatörer, ägare av byalagsnät och fastighetsnät har alla delar av ansvaret när det gäller infrastrukturen. Detta innebär att kommunerna, och de företag som levererar tjänster till vården och omsorgen, behöver förhålla sig till flera aktörer för att få till en säker anslutning från vård- och omsorgsgivaren till brukaren i dennes bostad.

När det gäller mobilnäten kan en operatör i regel ta ansvar för hela kedjan från den enskilda patienten till vård- eller omsorgsgivaren. Detta innebär att kommunerna ofta väljer att använda mobila anslutningar till exempelvis de digitala trygghetslarmen. Nätägarna och operatörerna gör marknadsmässiga bedömningar av utbyggnad av näten. Regeringen har i sin digitaliseringsstrategi från 2017 uttryckt att *hela Sverige bör ha tillgång till infrastruktur som medger snabbt bredband, stabila mobila tjänster och som stödjer digitalisering* [19].

Arbetsgruppen *Infrastruktur för digitalisering* inom Bredbandsforum uttrycker i sin rapport från 2019 att det finns behov av insatser för att hela landet ska få tillgång till tillförlitliga och robusta bredband. De förslår bland annat att ett nationellt samverkansforum för infrastruktur för välfärdens digitalisering etableras, och de föreslår uppdrag till myndigheter som syftar till att förtydliga roller och ansvar för samtliga aktörer [20].

I betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14) ansluter sig utredaren till överväganden och förslag som lämnades i Bredbandsforums rapport [21].

När det gäller infrastruktur i form av wifi, till exempel på särskilda boenden för äldre så är det ett beslut som tas inom socialtjänsten.

När det gäller ekonomiska resurser för utveckling så styr kommunerna inte helt och hållet över sina ekonomiska möjligheter, men inom socialtjänstens område kan kommunen ta ansvar för hur de prioriterar olika insatser.

Kommunens storlek har en betydelse när det gäller möjligheterna att utveckla digitala arbetssätt, men detta ligger naturligtvis utanför socialtjänstens möjlighet att direkt påverka. Kommunen behöver förhålla sig till kommunstorlek och andra yttre förutsättningar. De är till exempel i olika grad beroende av samarbete med grannkommuner.

Klart är dock att många av de faktorer som beskrivs som behov kan socialtjänsten själv utveckla. Detta handlar intresse, dialog och vilja till förändring på alla nivåer. Det handlar också om kunskap om digitalisering, resurser som avsätts för utvecklingsarbete, personal som leder den digitala utvecklingen och information och utbildning till olika intressenter.

På samma sätt kan kommunen mer eller mindre påverka de faktorer som kan utgöra hinder: kommunens organisering, personalomsättning, personalens rädsla och motstånd samt invånarnas digitala kunskaper.

Privata utförare

De hinder och framgångsfaktorer som identifierades vid intervjuer med de privata vård- och omsorgsgivarna samstämmer till stor del med bilden från kommunerna. Flera hinder hänger dock till stor del samman med att de arbetar på uppdrag av kommunerna.

De privata utförarna behöver ofta förhålla sig till flera olika verksamhetssystem om de arbetar i flera kommuner. Detta innebär att dokumentationen upplevs som tyngre. Andra hinder som framkommer i dessa intervjuer är personalens inställning till ny teknik, personalomsättning, teknik som inte är användarvänlig, sviktande uppkopplingar med mobila nät och en osäkerhet om regelverket, till exempel hur de ska tolka och tillämpa GDPR.

De privata utförarna uttrycker också att nödvändiga framgångsfaktorer är intresse för utveckling hos ledning och personal, tillgång till kompetens i organisationen och att det finns möjligheter till samverkan med kommuner, regionen, och leverantörer av systemen.

Andra studier

Det har gjorts flera andra studier där kommunerna har tillfrågats om hinder och utmaningar för införande av digital teknik i socialtjänsten:

- **Socialstyrelsen** gjorde en intervjuundersökning 2017 i 20 kommuner som bedömdes inte ha kommit så långt med att digitalisera socialtjänsten.
- Under 2018 gjorde **E-hälsomyndigheten** en intervjustudie bland 30 kommuner för att kartlägga kommunernas behov av stöd i att digitalisera socialtjänsten.
- **Socialstyrelsen** gjorde inom ramen för projektet *Nya vägar till innovation – ett samarbetsprojekt* en analys av vilka hinder som finns för innovation i kommunerna och lämnade ett PM 2020-01-23[23]. Socialstyrelsen lämnade 2018 en delrapport om projektet där hinder och utmaningar i kommuner och regioner beskrevs [22].

[23] Diarienr 31526/2017

- **Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen** (S 2018:11) lämnade sitt betänkande den 11 mars 2020[21]. Utredningen träffade bland annat ett antal kommuner i sitt arbete.

De 4 undersökningarna och sammanställningarna av behov, problem och hinder i förbindelse med digitalisering i socialtjänsten ger en tämligen likartad bild trots att de är gjorda vid olika tidpunkter under tre års tid och med delvis olika syften. Den första undersökningen gjordes i början av 2017 och den senaste i början av 2020.

Socialstyrelsens undersökning 2017 gjordes för att utröna vilka hindren var bland kommuner som bedömdes inte ha kommit så långt i digitaliseringen.

E-hälsomyndighetens undersökning hade syftet att kartlägga behov av stöd för digitalisering.

Socialstyrelsens samverkansprojekt om innovation syftade till att främja förmågan till innovation och undanröja hinder för innovation inom socialtjänsten genom att socialtjänsten tillsammans med Socialstyrelsen samskapar nya vägar till innovation.

Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen var inriktad på äldreomsorg och hade som syfte att utmynna i förslag på stöd och lagändringar för att förbättra förutsättningarna för digitalisering inom äldreomsorgen.

Slutligen hade Socialstyrelsens intervjuundersökning 2020 till syfte att som ett led i den årliga uppföljningen av utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik peka på och analysera hinder och framgångsfaktorer för digitalisering inom socialtjänsten. Urvalen i de olika undersökningarna var också olika, beroende på syftet för respektive undersökning.

Samstämmiga slutsatser om hinder för digitaliseringen

I 3 av de 4 sammanställningarna beskrevs att kommunernas **ekonomiska förutsättningar** var ett hinder för utveckling. Som ett svar på dessa behov har regeringen och SKR gjort en överenskommelse som bland annat innebär stimulansmedel till kommunerna för digitalisering och välfärdsteknik inom äldreomsorgen, 2020–2022, med 168 mkr per år.

Kompetensfrågor återkommer i samtliga sammanställningar med lite olika inriktning. Det handlar om information och kunskap om möjligheter, teknisk kompetens i kommunen, juridisk kompetens särskilt med avseende på integritetsfrågor, sekretess och upphandling. Andra kompetensbrister handlade om förändringsledning, implementeringsledning, nyttorealisering, upphandlingskompetens med mera. I Socialstyrelsens intervjuundersökning framgick att flera kommuner beskrev rädsla och motstånd från personalen inför en digitalisering av arbetet. Denna rädsla och detta motstånd kan till stor del härledas till bristande kunskap och förståelse för den digitala tekniken.

Samverkan och samarbete mellan kommuner och med andra aktörer beskrivs som en nödvändighet för ett framgångsrikt digitaliseringsarbete. Det handlar om samverkan inom kommunen till exempel med it-avdelningen,

med andra kommuner i nätverk, gemensamma projekt och gemensamma upphandlingar, med regioner och med nationella aktörer.

Kommunens organisering är en annan aspekt som ofta återkommer. Det handlar om intresse och engagemang från alla nivåer i kommunen, politiker, chefer, handläggare och annan personal. Det handlar också om prioriteringar, styrande dokument, förmåga att arbeta proaktivt snarare än reaktivt, hur kommunen tillsätter resurser för utveckling, samarbetsformer inom kommunen och hur kommunen rekryterar rätt personal som kan leda utvecklingsarbetet.

Pandemin visar på behov av digitalisering

Den pågående coronapandemin visar på behoven och möjligheterna att vissa insatser kan göras digitalt inom vård och omsorg. Digitala vård- och omsorgsinsatser kan minska behovet av fysiska möten mellan enskilda och personalen och därmed minskar risken för smittspridning. Ett exempel är digital fjärrmonitorering av multisjuka äldre personer som bor hemma. Vårdgivaren kan hålla koll på viktiga parametrar och vid behov kommunicera via videosamtal med patienten. Inom äldreomsorgen kan digitala trygghetstjänster som digital nattillsyn och olika former av passiva larm och sensorer användas för att reducera de personliga kontakterna.

Genom att kommunerna använder e-tjänster och digital kommunikation kan de fysiska kontakterna mellan socialtjänstens personal och enskilda minskas. Kommunikation med vården, omsorgen och anhöriga kan göras via digitala kanaler, videosamtal, chattar, telefonsamtal med mera.

Många äldre upplever ensamhet även i tider när inte besöksrestriktioner föreligger. Om de har möjlighet att använda digitala kommunikationskanaler kan ensamheten och isoleringen brytas och därigenom få en förbättrad livskvalitet. Genom de digitala kommunikationsverktygen kan de upprätthålla kontakten med anhöriga och vänner.

Flera kommuner har infört digitala inköp, där man kan göra inköpen via webben och få varorna levererade till dörren.

Socialstyrelsen konstaterar att risken för smittspridning kan minska när vård- och omsorgspersonal använder digital teknik i de fall det är möjligt och lämpligt.

Datainsamlingen till denna rapport gjordes i januari och februari 2020, innan covid-19 var ett faktum i Sverige. Kartläggning och analyser av hur pandemin har påverkat kommunernas digitala arbete inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården kommer att göras i samband med uppföljningen 2021.

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. Hämtad från: http://www.nationellehalsa.se/Content/Cms/img/temp/b38c1b84.pdf
3. SKL. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2012. Hämtad från: http://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2013/01/s20128764fst/
4. Socialstyrelsen. Redovisning av 2018 års statsbidrag till kommuner för investeringar i välfärdsteknik inom omsorgen (S2018/03799/FST (delvis). 2019. Hämtad från:
5. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. 2020. Hämtad från: https://www.regeringen.se/490869/contentassets/cc9ac166afe34da8a6edc2a6a1dd237b/godkannande-av--overenskommelse-mellan-staten-och-skr-om-aldreomsorg---teknik-kvalitet-och-effektivitet-med-den-aldre-i-fokus.pdf
6. Regeringen. Vision e-hälsa 2025. 2016. Hämtad från: http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/
7. Regeringen. Handlingsplan för samverkan vid genomföande 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
8. Vision_E-hälsa_2025. Uppföljningsrapport 2018. 2018. Hämtad från: https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2019/03/Uppföljningsrapport-2018-Vision-e-hälsa-2025-1.pdf
9. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. 2019. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-5-10.pdf
10. 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
11. Svensson, L. Tekniken är den enkla biten - Om att implementera digital automatisering i handläggningen av försörjningsstöd. 2019. Hämtad från: https://www.soch.lu.se/sites/soch.lu.se/files/rrsw_2019-12.pdf
12. Socialstyrelsen. Individens behov i centrum - behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. 2016. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf
13. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. 2003. Hämtad från:

http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf#1
14. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum - Grundbok BBIC. 2013. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-2/sidor/default.aspx
15. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) 2015. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-6
16. Socialstyrelsen. Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. 2017. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2017-3-2.pdf
17. SKR. Rapport enkät e-legitimationer. 2020. Hämtad från: https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-823-4.pdf?issuusl=ignore
18. Inera. Nyttorna med Nationell patientöversikt. 2019. Hämtad från: https://www.inera.se/kundservice/dokument-och-lankar/tjanster/nationell-patientoversikt/nyttorna-med-nationell-patientoversikt/
19. Regeringen. För ett hållbart digitaliserat Sverige –en digitaliseringsstrategi. 2017. Hämtad från: http://www.regeringen.se/49adea/contentassets/5429e024be6847fc907b786ab954228f/digitaliseringsstrategin_slutlig_170518-2.pdf
20. Bredbandsforum. Infrastruktur för digitalisering. 2019. Hämtad från: https://bredbandsforum.se/media/1251/slutrapport-infrastruktur-foer-digitalisering.pdf
21. Regeringen. SOU 2020:14 Framtidens teknik i omsorgens tjänst. 2020. Hämtad från: https://www.regeringen.se/494156/contentassets/576aa4588db340b0ad052537ae90511d/framtidens-teknik-i-omsorgens-tjanst-sou-2020_14.pdf
22. Socialstyrelsen. Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg, Underlagsrapport till Socialstyrelsens strategi för att främja innovation i hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2018. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/bilaga-mojligheter-och-hinder-for-innovation-i-vard-och-omsorg.pdf

Bilaga 1. Svarsfrekvens

Antal och andelen kommuner som besvarat enkäten, per län, 2020

Län	Totalt antal kommuner i länet	Antal svarande kommuner	Andel svarande kommuner
01 Stockholms län	26	21	80,8
03 Uppsala län	8	7	87,5
04 Södermanlands län	9	5	55,6
05 Östergötlands län	13	10	76,9
06 Jönköpings län	13	12	92,3
07 Kronobergs län	8	8	100,0
08 Kalmar län	12	11	91,7
09 Gotlands län	1	1	100,0
10 Blekinge län	5	5	100,0
12 Skåne län	33	30	90,9
13 Hallands län	6	6	100,0
14 Västra Götalands län	49	45	91,8
17 Värmlands län	16	15	93,8
18 Örebro län	12	11	91,7
19 Västmanlands län	10	9	90,0
20 Dalarnas län	15	10	66,7
21 Gävleborgs län	10	9	90,0
22 Västernorrlands län	7	6	85,7
23 Jämtlands län	8	6	75,0
24 Västerbottens län	15	10	66,7
25 Norrbottens län	14	11	78,6
Totalt	290	248	85,5

Bilaga 2. Intervjustudien i kommunerna

En intervjuundersökning genomfördes under januari och februari 2020 i 15 kommuner. Syftet med intervjuerna var främst att identifiera framgångsfaktorer och hinder för införande av digitala arbetssätt i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. Urvalet baserades på resultaten från 2019 års enkät. Kommunerna valdes ut beroende på hur långt de kommit i den digitala utvecklingen. Intervjuerna som tog cirka en timme vardera gjordes per telefon i alla fall utom två. I intervjuerna deltog 1 till 4 personer. Intervjupersonerna var socialchef, avdelningschef, verksamhetschef, utvecklingsledare, it-strateg, enhetschef, utredare, utvecklingschef, systemadministratör och it-samordnare.gå till

Följande kommuner intervjuades:

- Dals Ed
- Skinnskatteberg
- Lomma
- Lessebo
- Ängelholm
- Östersund
- Höganäs
- Dorotea
- Nordmaling
- Östhammar
- Botkyrka
- Boden
- Haninge
- Varberg
- Nässjö

Framgångsfaktorer

I intervjuerna beskrev intervjupersonerna vad de upplevde som framgångsfaktorer i utvecklingen av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering.

Intresse, dialog och vilja till förändring på alla nivåer

Flera intervjupersoner uttryckte att det är viktigt att det finns intresse och vilja från politiker och chefer att driva den digitala utvecklingen – att de är positiva till förändringar i verksamheten. Det behövs en dialog där chefer och personal gemensamt analyserar behoven och möjligheterna till digital utveckling. Utvecklingsarbetet kräver engagemang där alla känner ägarskap och är delaktiga i utvecklingsarbetet. Någon menade att det behövs korta beslutsvägar och förmåga att fatta beslut samt att kommunen har ett tillåtande och inkluderande klimat.

Kunskap om digitalisering

Flera intervjupersoner uttryckte att en framgångsfaktor är att det finns en förståelse för teknikens möjligheter och kompetens på alla nivåer: hos beslutsfattare, chefer och medarbetare. Någon intervjuperson berättar att kommunen har gjort en bedömning av kommunens digitala mognad med stöd av SKR:s verktyg LIKA.

Resurser för utvecklingsarbete

För ett framgångsrikt digitaliseringsarbete krävs att resurser sätts till för utvecklingsarbete och implementering av nya digitala lösningar. Detta kräver resurser i form av personal och andra medel för investeringar och utvecklingsarbete. När det gäller personal handlar det om tillräckliga resurser och stabilitet i personalomsättningen.

Personal som leder det digitala utvecklingen

Flera av de kommuner som intervjuades har inrättat tjänster med ett utpekat ansvar för att leda den digitala utvecklingen. De större kommunerna har inrättat hela enheter som samordnar och driver den digitala utvecklingen. Genom att samla kompetensen på förvaltningen skapas en miljö med kompetens som kan bistå hela förvaltningen med stöd när det gäller utveckling och drift.

Information och utbildning till alla berörda

Alla som berörs av digitaliseringen behöver information och utbildning om vad denna innebär för just dem så att de förstår nyttan. Detta gäller inte minst de personalgrupper som ska besluta om och hantera tekniken, till exempel biståndshandläggare och hemtjänstpersonal. Utan en ordentlig förståelse för vad tekniken kan bidra med för en enskild invånare kan en biståndshandläggare känna sig tveksam att föreslå till exempel en digital nattillsyn för en äldre person och besluta om detta som ett bistånd.

För att personal inte ska uppleva att tekniken blir en börda behöver de kunna släppa gamla rutiner och våga lita på tekniken. Om personalen inte kan lämna gamla rutiner och arbetssätt kan det bli ett dubbelarbete, med både det gamla och det nya sättet att göra vissa moment.

Samarbete inom kommunen och med andra aktörer

De flesta intervjupersonerna menar att det krävs samarbete på många sätt för att utveckla och införa ny teknik. Inte minst mellan utvecklare och de som ska använda tekniken. Medarbetare i verksamheterna behöver få information om, och inbjudas till att arbeta i, utvecklingsprojekten för att tekniken ska hamna på rätt nivå och bli förankrad hos de grupper som ska använda den.

Det krävs vidare samarbete mellan förvaltningar, framför allt med kommunens it-avdelningar. Dessa har ansvarsområden som är nödvändiga för utvecklingsarbetet, till exempel it-säkerhet och infrastrukturfrågor. Många utvecklingsprojekt berör också flera fackförvaltningar, social- och äldreomsorg med mera, och det är därför viktigt att dessa samarbeten underlättas i kommunerna.

Samarbete över kommungränser beskrivs också i intervjuerna som framgångsfaktorer. Detta kan gälla till exempel upphandlingsfrågor och verksamhetsutveckling. (Södertörnskommunerna i Stockholms län har en organisation för gemensamma upphandlingar, Upphandling Södertörn). Även nätverk där kommunerna utbyter erfarenheter är viktiga, även om det inte är något specifikt samarbete kring särskilda projekt.

Samarbete med regionen och samarbete med leverantörer är andra framgångsfaktorer som ibland beskrivs som förutsättningar för ett bra utvecklingsarbete. Ibland görs sådana samarbeten i form av projekt som är finansierade av EU där kommuner från andra länder också deltar.

Ett annat viktigt samarbete som beskrivs är dialogen med brukarorganisationer, för att dessa ska förstå nyttan med digitalisering och kunna hjälpa till i kontakterna med sina medlemmar.

Styrande dokument för införande av digital teknik

Några av intervjupersonerna menar att styrande dokument är viktiga för ett planerat och effektivt införande av digital teknik i verksamheterna. Detta kan vara i form av digitaliseringsplaner, handlingsplaner, implementeringsplaner med mera. Planerna ger en struktur för införandet, där kommunen motiverar varför vissa tekniker ska införas och beskriver hur det ska göras.

Ramupphandlingar och gemensamma upphandlingar

Flera mindre kommuner menar att de har svårt att göra upphandlingar av teknik på egen hand. Stöd med ramupphandlingar är därför en viktig förutsättning för ett framgångsrikt utvecklingsarbete. SKR/Kommentus ramupphandlingar beskrivs som särskilt viktiga för kommunerna. Där kan de avropa avtal med upphandlade leverantörer utan att själva behöva ta fram en egen upphandling. Det finns också andra grupperingar, regionalt eller mellan en grupp kommuner, där man gör gemensamma upphandlingar av teknik.

Hinder

I intervjuerna efterfrågades också vad intervjupersonerna upplevde som största hindren mot införande av digital teknik i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Ekonomi

Brist på pengar beskrivs av flera kommuner som ett hinder för digitaliseringen. Att införa ny teknik är förknippat med kostnader för personal som arbetar med utveckling. Det krävs personal med rätt kompetens för ett utvecklingsarbete, och det krävs ekonomiska ramar för den kompetensutveckling som ofta är nödvändig för införande och handhavande av den digitala tekniken.

Någon kommun har infört ett anställningsstopp och stopp för kostsamma utbildningar, vilket intervjupersonen menar riskerar den digitala utvecklingen. Upphandling och implementering av den digitala tekniken innebär också kostnader.

Även om tekniken ofta antas vara kostnadsbesparande och effektiviserande så är den förknippad med investeringskostnader och tröskelkostnader. Flera intervjupersoner uttrycker en oro för att de dessutom kommer att gå mot kärvare tider, med sparbeting för kommunerna. Särskilt de mindre kommunerna menar att en stramare ekonomi kommer att inverka negativt på utvecklingsmöjligheterna.

Kommunens organisering

Flera intervjupersoner beskriver att kommunen saknar en plan för digitalisering och menar att de olika förvaltningarna och avdelningarna behöver planer på flera nivåer. Det kan finnas en övergripande plan men denna behöver omsättas i planer för förvaltningar och verksamheter.

Andra brister som beskrivs är att kommunen inte har en organisation som befrämjar utveckling och digitalisering. För detta behövs ofta utvecklade ledningssystem där rutiner, processer, risker och internuppföljning finns beskrivna. Vidare saknas ofta tydliga roller och ansvarsområden är inte tydligt utpekade. De som arbetar med utveckling behöver ha ett uttalat mandat att göra detta.

Oförmågan att hantera projekt och omvandla dessa till ordinarie drift innebär att utveckling och pilotverksamhet görs förgäves, och det blir därmed inga kvalitets- och effektivitetsvinster. Personer som arbetat med projekten upplever att de arbetat i onödan och blir frustrerade.

Ytterligare ett hinder för en effektiv utveckling är när de som ansvarar för utvecklingsprojekten arbetar på egen hand utan att involvera personerna som använda slutprodukten. Detta kan medföra att personalen i verksamheterna inte är delaktiga i processen och att implementeringen därmed blir mindre effektiv.

Personalomsättning

Flera intervjupersoner uttrycker att en stor personalomsättning är ett hinder. Med stor omsättning på chefer, handläggare och annan personal får man sämre förutsättningar att bygga upp kompetens och långsiktigt utvecklingsarbete.

Någon intervjuperson menar att om kommunen inte satsar på digital utveckling och kompetensutveckling av personalen riskerar de att få svårt att konkurrera om personal. Kommunen behöver en digital utveckling för att vara en attraktiv arbetsgivare.

Flera intervjupersoner menar att det krävs kontinuitet för utveckling. Det kan vara svårt att bygga upp och behålla kompetensen i en mindre kommun och en stor personalomsättning gör situationen sårbar. Detta gäller såväl medarbetare som chefer.

Brist på kompetens

Flera intervjupersoner menar att det råder brist på kompetens i kommunerna. Det finns behov av kompetensutveckling på alla nivåer, bland beslutsfattare och chefer men också bland personalen. Kompetensbehoven ser olika ut för de olika grupperna. Det handlar dels om en allmän förståelse för vilken

funktion digital teknik kan ha i omsorgen och i socialtjänsten och vilken teknik som finns tillgänglig på marknaden. Dels handlar det om kunskaper om regelverk, till exempel vilka ramar som GDPR sätter för informationshanteringen och upphandlingsfrågor. Slutligen handlar det om implementering och handhavande. Alla dessa behov av kompetens behöver mötas för att digitaliseringen ska bli framgångsrik.

I mindre kommuner är det dessutom ofta en särskild brist på personal och tid för att bedriva ett utvecklingsarbete. Den personal som finns på centrala positioner och som ansvarar för utveckling och digitalisering har ofta flera områden att bevaka.

Invånarnas digitala kunskaper behöver förbättras

Invånarna behöver utbildas i att använda sig av e-tjänster och digitala verktyg. Många, framför allt äldre, har inte vuxit upp med mobiler och datorer och de kan ha svårare att ta till sig digitala sätt att kommunicera och klara sin vardag.

Rädsla och motstånd

Det finns enligt flera intervjupersoner en rädsla för, och därmed ett motstånd mot, teknikanvändning i socialtjänsten och omsorgen. Detta finns på alla nivåer, hos beslutsfattare, chefer och medarbetare. Rädslan handlar om att man inte är mogen för förändringar eller att man är rädd för att som personal bli kontrollerad. Det beskrivs som en fråga om mental omställning; biståndshandläggare behöver se på handläggningen på ett annat sätt. De behöver bli mindre kontrollerande och anlägga ett mer tillitsfullt förhållningssätt gentemot medborgarna som ansöker om bistånd.

Motstånd mot nya system

Flera intervjupersoner menar att det finns ett motstånd mot digitalisering då personalen upplever en trötthet på nya system. De har erfarenheter av att det införts system som inte varit anpassade till personalens arbetssituation. Systemen har inte varit intuitiva och enkla, så personalen har upplevt dem som en pålaga på övriga arbetsuppgifter. Detta har bidragit till stress och frustration.

Brist på teknisk interoperabilitet

Ett hinder som beskrivs i intervjuerna är att många kommuner har flera olika verksamhetssystem som inte kommunicerar. Detta medför ofta dubbelarbete då personal tvingas skriva in uppgifter i flera system istället för att ett system hanterar alla uppgifter om en person.

Vidare upplevs det som en brist att de egna systemen inte kan kommunicera med andra huvudmäns system. Kommunikationen med regionerna behöver ofta ske med analoga medel: telefon, fax, eller fysiska besök. Stora leverantörer av till exempel verksamhetssystem upplevs som dominerande aktörer i små kommuner och de är ofta tveksamma till att släppa in och integrera mindre leverantörers system. Det beskrivs därför som svårt att skapa en miljö som är anpassad efter den enskilda kommunens unika behov och önskemål.

Systemen är inte anpassade till varandra så att personalen kan logga in en gång och med detta nå flera system. Personalen är ofta hänvisade till att göra separata inloggningar i olika system vilket upplevs som tidsödande.

Infrastruktur

Tidigare hade många kommuner problem med brister i infrastrukturen. Detta har dock blivit bättre på många håll och flera intervjupersoner beskriver att mobil- och fibernät har allt bättre täckning och är mer stabila än tidigare. Det finns dock orter där leverantörerna som har fått uppdraget inte kan leva upp till det de har lovat vad gäller utbyggnad av fibernät. En intervjuperson menar att det är ett ofrånkomligt behov att det finns tillgång till wifi på särskilda boenden, för såväl personal som enskilda och anhöriga.

Svårt att hitta stöd från nationella aktörer

Någon intervjuperson efterfrågar ett mer tillgängligt stöd från nationella aktörer, till exempel myndigheter och SKR. Kommunen jämför med Norge där myndigheter och KS (kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner), den norska motsvarigheten till SKR, leder utvecklingsarbetet. Det beskrivs att i Sverige står kommunerna mer ensamma och förväntas ta initiativ och driva utveckling och många kommuner saknar förutsättningar för att göra detta. Detta handlar ofta om bristande ekonomiska resurser och brist på kompetens om teknikens möjligheter, upphandlingsfrågor och brist på förändringsledning.

Kommunens storlek, både framgångsfaktor och hinder

Kommunens storlek kan vara både ett hinder och en framgångsfaktor när det gäller utveckling. Mindre kommuner är mer personberoende och det är extra viktigt att dessa kommuner har rätt person på de strategiska positionerna. Om kommunen saknar personer med rätt kompetens, eller om strategiska personer slutar sin anställning, har kommunen svårt att bedriva ett framgångsrikt utvecklings- och digitaliseringsarbete. Å andra sidan kan en mindre kommun göra att det är lättare att kommunicera mellan chefsnivåerna och med beslutsfattare, vilket kan vara gynnsamt för smidiga och agila arbetssätt.

Vilken nytta har kommunen av digitalisering i dag?

Intervjupersonerna beskriver på olika sätt vilken nytta individer kan ha av den digitaliserade socialtjänsten i dag. Det handlar allmänt om bättre livskvalitet och bättre kvalitet i socialtjänstens insatser till enskilda. Digitaliseringen kan ge en bättre trygghet med larm, GPS-larm, digital nattillsyn med mera. Andra insatser kan ge ett större mått av självständighet i livet.

Exempel på insatser för större självständighet är **e-tjänster för ansökan om bistånd**, såväl ekonomiskt som i form av insatser inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet. **Gps-larm** som ger brukaren en frihet att gå ut-

anför hemmet på egen hand trots en begynnande demens, eller en **medicinrobot** som gör att brukaren kan sköta sin medicinering utan att personal behöver vara närvarande. När hemtjänsten använder **digital nattillsyn** kan personer med behov av tillsyn få en lugnare natt och slippa bli störda av personal som kommer in i sovrummet. Livskvaliteten har ökat vid användning av gps-larm.

E-tjänster ger ökad **tillgänglighet** till kommunens socialtjänst. Socialtjänsten kan bli mer transparent och ge större självständighet med tjänster som ”Min sida” där enskilda personer kan följa sitt ärende och kommunicera med handläggaren på ett säkert sätt.

Automatiseringen av det ekonomiska biståndet kan ge **snabbare svar** på en ekonomisk biståndsansökan. Möjlighet att boka tid hos handläggare hos familjerätten för faderskapsgodkännande på nätet underlättar för flera grupper av människor.

Digitaliseringen beskrivs också ge **effektivitetsvinster** för kommunen. Processerna blir mer effektiva, vissa moment kan plockas bort och personalen kan användas på ett bättre sätt. Flera intervjupersoner bedömer att digital hemtjänst, digitala lås, digitala planeringssystem och mobilt arbete ger effektivitetsvinster. Flera intervjupersoner beskriver att mobil dokumentation gör att personalen kan bli mer effektiv; de kan sköta all dokumentation under dagen i det löpande arbetet och behöver inte åka in på kontoret i slutet av arbetsdagen för att dokumentera.

Några intervjupersoner menar att de behöver bli bättre på att ta fram ekonomiska nyttokalkyler. Ingen av de intervjuade hade genomfört några ekonomiska analyser efter införandet av tekniken. Med bättre ekonomiska modeller och hjälp kan kommunerna börja räkna på vinsterna med tekniken. Detta kan också bli vägledande för vilken teknik de ska satsa på. En intervjuperson menar att kommunen behöver beräkna de ekonomiska vinsterna till exempel när de installerar digital nattillsyn. Kommunen behöver till exempel kunna beräkna hur många trygghetskameror de behöver installera för att det ska bli en ekonomisk vinst.

Handläggning av biståndsansökningar kan effektiviseras med hjälp av e-tjänster där brukaren kan ansöka om bistånd och där handläggningen automatiseras ända fram till beslutet. En intervjuperson menar att handläggarna inte behöver ägna tid åt att manuellt kontrollera inlämnade uppgifter utan kan vara mer stödjande då kontrollerna görs automatiskt av e-tjänsterna.

Digitaliseringen kan också ge kvalitetsvinster för kommunen. När dokumentationen är strukturerad och kommunen använder klassifikationer med mera är det lättare att följa upp verksamheterna. Statistiken blir mer stringent.

Med krypterad digital kommunikation, kan kommunen kommunicera på ett säkert sätt med regionen inför utskrivning fån sjukhus till exempel Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård kräver en snabb hantering från kommunen och socialtjänsten behöver därför kunna kommunicera med sjukvården på ett snabbt och säkert sätt.

Arbetssituationen för personalen förbättras. En intervjuperson uttrycker det som att det blir mindre arbetsbelastning, mindre ”spring för sjuksköters-

korna” när de har digitala signeringslistor för läkemedel. Med digitala planeringssystem kan personalen se att de har gjort allt de skulle under dagen och slipper gå hem med känslan att de missat något.

Med digitala utbildningskanaler, till exempel webbutbildningar från SKR och Socialstyrelsen kan personalen utbilda sig på nya sätt. Någon kommun har infört, eller är på väg att införa, egna ”nanoutbildningar”. Detta gör att personalen under arbetets gång kan ta del av instruktioner och korta utbildningar som rör det egna arbetet.

Nytta i framtiden

Effektivitet vid breddinförande av digital teknik

Med digital teknik kan kommunerna möta nya och ökade krav på kvalitet och effektivitet. Kommunen kan göra effektivitetsvinster och flera intervjupersoner menar att tekniken kan vara ett svar på kommande besparingskrav som aviserats i många kommuner för kommande år. Det finns flera digitala tekniker som kommer att kunna bidra till ytterligare effektiviseringar. Detta handlar exempelvis om breddinförande av digital nattillsyn, samordnad individuell planering (SIP), medicineringsrobotar, digitala planeringsverktyg för personalen med mera.

Kvalitet för enskilda

Flera intervjupersoner menar att användningen av e-tjänster kommer att öka. Invånarna får lättare att komma i kontakt med socialtjänsten med hjälp av dessa e-tjänster. De kan boka tid med sin handläggare utan att stå i telefonkö, ansöka om bistånd (ekonomiskt bistånd, hemtjänst med mera) eller anmäla faderskap. Den enskilde kan följa handläggningen i sitt ärende när den ligger i en e-tjänst. Hen kan själv skriva delar av sin utredning på nätet och på så sätt bli mer delaktig i utredningen och därmed också i genomförandet av insatserna.

Många invånare förväntar sig lika lättillgängliga tjänster som i övriga samhället och det är därför viktigt att möta dessa förväntningar på bästa sätt. En intervjuperson menar att socialtjänsten är bra på personliga möten men behöver anamma nya synsätt och arbetssätt för att möta invånarna i ett samhälle som blir alltmer digitalt.

Med en utvecklad digital teknik kan kommunens insatser och omsorg ge bättre effekter för enskilda, till exempel större trygghet, mer självständigt liv, mer aktivt liv, bättre tillgänglighet till socialtjänsten och transparens, vilket kan leda till att enskilda blir mer delaktiga i sin egen omvårdnadsprocess.

Exempel på tekniker som bidrar till detta är digital nattillsyn, GPS-larm för personer i en begynnande demens och för personer med behov av ett trygghetslarm som också fungerar utanför bostaden. Medicinrobotar är annat exempel på digital teknik som gör att brukaren kan klara sig själv längre. Någon intervjuperson menar att digitala och säkra kommunikationsytor ger en snabbare och säkrare kommunikation mellan kommunen och invånarna. Detta ger effektivitetsvinster för verksamheterna och hjälper enskilda att bli

mer delaktiga i sina ärenden, i handläggningen och i genomförandet av insatserna.

En tjänst som efterfrågas av är möjligheten för enskilda att ta del av sin dokumentation inom socialtjänsten.

Förbättrad data- och informationssäkerhet

Med utvecklade verktyg och arbetssätt för att höja informationssäkerheten kan enskildas integritet säkras. Med informationssäkerhetsklassningar får kommunen insikt i var de behöver sätta in resurser för att säkra informationssäkerheten.

Med de nya digitala teknikerna blir informationen transparent, spårbar och rättssäker. Exempel är elektroniska dörrlås till enskilda som har hemtjänst. Med dessa dörrlås loggas alla aktiviteter och kommunen ser vem som varit på plats och när. Detta bidrar bland annat till en förbättrad rättssäkerhet för enskilda. Andra exempel är medicindispensern som loggar uttagen och larmar vid avvikelser. Digitala signeringar vid läkemedelsfördelning gör att vårdgivaren kan ha omedelbar kontroll på vad som skett och avvikelser registreras direkt.

Viktigast att satsa på

I intervjuerna ställdes frågan om vad intervjupersonerna ser som allra viktigast att satsa på när det gäller digitaliseringen. Flera intervjupersoner menar att det är viktigt att satsa på sådant som gör personalens arbetssituation bättre. Detta handlar om att

- bygga en digital infrastruktur som gör att ingen medarbetare blir exkluderad
- höja kompetensen och därmed tryggheten för personalen, så att de inte ser digitaliseringen som ett hot. Detta gör att också biståndshandläggare och utförande personal kan verka för att socialtjänstens brukare blir positiva till digitala insatser.

Utbildning och kompetensutveckling är viktigt för personalen och för cheferna, för att alla ska med på tåget.

Ett annat område som beskrivs som viktigt att satsa på är sådant som ger effektivitetsvinster. Detta handlar om

- digitala medicinpåminnare som ger stora effektivitetsvinster för kommunen och god kvalitet för de individer som använder dem
- allt som ger kvalitet och sparar mänskliga resurser, till exempel möjlighet till digitala möten med enskilda
- att ta bort sådant som inte hör till yrket, effektivisera administrationen och göra så att personalen slipper ”springa omkring med papper”
- teknisk infrastruktur, till exempel wifi på särskilda boenden
- möjlighet för personalen att kunna läsa och dokumentera i verksamhetssystem och andra system när de arbetar externt
- möjlighet till hemmonitorering för regionens hälso- och sjukvård. Hemsjukvården och regionen kan dela på utrustning.

Flera intervjupersoner menar att det behövs teknik som gagnar informationssäkerheten, samtidigt som den gör hanteringen för personalen enkel, ”det ska vara enkelt att göra rätt”. Det behövs vidare säker digital kommunikation med invånarna och mellan myndigheter. Detta bidrar till en bättre tillgänglighet för medborgarna och bättre informationssäkerhet.

Flera intervjupersoner framförde att det är viktigt att satsa på sådan teknik som bidrar till en god och nära vård för äldre. Detta kan innebära teknik som är till för brukarna, för att vården ska bli bättre och för att de ska klara sig själva, inte primärt för att spara kostnader, eller effektivisera socialtjänsten. Många äldre kan behöva hjälp med att hantera digitala medier för att de ska bli mindre rädda för dessa och därmed kunna utnyttja möjligheterna med digitala verktyg.

En intervjuperson menar att socialtjänsten genom digitaliseringen bättre kan möta de krav på öppenhet och transparens som finns i socialtjänstlagen. Enskilda personer behöver kunna få tillgång till det som socialtjänsten har dokumenterar om dem. Någon kommun vill satsa på all form av teknik som underlättar för den äldre att klara sig i sitt hem utan att behöva flytta till ett särskilt boende, den så kallade kvarboendeprincipen.

Risker

Intervjupersonerna fick frågan om vilka risker de ser när kommunerna inför digital teknik. De risker som beskrivs kan delas in i några teman:

- Det som är kärnan i det sociala arbetet – det personliga mötet – kan ”tappas bort”. Mindre personlig kontakt kan resultera i isolering för äldre. Om det blir för mycket fokus på tekniken så finns risken att man glömmer bort att det handlar om att utveckla arbetet för att lösa människors behov. Ofta kan behov lösas på andra sätt än att sätta in teknik, exempelvis genom att personalen arbetar på andra sätt.
- Brister i integriteten: Risken finns att personuppgifter läcker ut till obehöriga och att det sker intrång i enskildas integritet.
- Risker för informationssäkerheten: Det krävs en god struktur för identitets- och rollbehörighet.
- Vid extraordinära händelser, till exempel strömavbrott eller avbrott i nätförbindelsen tappar omsorgsgivaren eller vårdgivaren kontakten med brukaren. Verksamhetssystemet kan gå ner och personalen kommer inte åt dokumentationen.
- Personalen eller brukaren kan förorsaka fel vid handhavandet; det krävs kompetens för att hantera digitala hjälpmedel.
- Människor som inte hanterar digitala medier hamnar utanför i det digitala samhället. De riskerar att få sämre tillgång till socialtjänsten, sämre service, trygghet och stöd för ett självständigt liv.
- Arbetet blir ineffektivt och arbetsmiljön sämre när kommunens system inte hänger samman och personalen får alltför många system och appar som inte fungerar tillsammans. Det blir tungarbetat för personalen när de måste logga in separat i varje system. Ibland kommunicerar systemen inte med varandra. Detta kan också medföra att samma uppgifter måste registreras på flera ställen.

Ändrade arbetssätt

I intervjuerna ställdes frågan om kommunen har ändrat på sina sätt att arbeta eller organisera arbetet när de infört digital teknik.

Några intervjupersoner menar att förarbetet inför digitalisering och automatisering ger en bra bild av verksamheten. Genomgången av kommunens processer ger i sig information som kan leda till effektiviseringar oberoende av om detta leder till nya digitala arbetssätt eller inte. Bland annat har intervjupersoner sett att många uppgifter registreras i flera olika system. Någon skulle vilja ha en integrering mellan journalsystem och kvalitetsregister inom äldreomsorgen för att minimera dubbelrapportering.

Förändringar i organisering har skett när tekniken har införts på bred front. Ett exempel är när kommunen infört nyckelfri hemtjänst. Larmpatrullen behöver inte längre åka till kontoret för att hämta nycklar till personens bostad. På så sätt har de gjort effektivitetsvinster och kan göra fler besök på en dag. I en kommun har de kunnat dra ner på personal i samband med införande av digitala planeringssystem och nyckelfri hemtjänst.

I en kommun har ansvaret för installation och drift av trygghetslarmen centraliserats till en kommungemensam enhet som ansvarar för all teknik på äldreförvaltningen.

En intervjuperson menar att det har slagit väl ut när de införde det digitala planeringsverktyget och möjlighet till dokumentation i mobilen. Personalen har appar i mobilen för att planera och administrera sitt arbete och är positiva till att ha tillgång till allt de behöver i mobilen när de är ute och arbetar.

Att dokumentera mobilt har slagit väl ut inom äldre och funktionshinderområdet. Då hemtjänstpersonalen kan dokumentera löpande under dagens gång vid hembesök behöver de inte längre dokumentera vid dagens slut. Det är mindre kö vid datorn på kontoret och ”färre listor och blanketter att fylla i”. Det har också inneburit att hemtjänsten har kunnat dra ner på rapporttider vid dagens början och slut.

Blanketter och handskrivna listor har kunnat tas bort när hemsjukvården har infört digitala arbetssätt, till exempel digital medicinsignering.

I en kommun där de har infört digitala inköp har det inneburit att kommunen inte längre erbjuder hemtjänst för att handla.

Någon kommun planerar för en ny organisering utifrån vård och omsorgsplanen till följd av att de har digitaliserat flera insatser.

Någon kommun menar att de har ändrat arbetssätten i låg grad trots att de infört digitala planeringsverktyg. Intervjupersonen menar att personal vill fortsätta att ha kontrollen, de litar inte på de digitala systemen. Man vill till exempel fortsätta att lägga scheman manuellt istället för att göra det i det digitala planeringssystemet.

Inom socialtjänsten har någon kommun kunnat ändra arbetssättet kring biståndsökningar. När de har frigjort tid på att automatisera biståndsansökningar har denna kunnat användas till direkta möten med brukare och samverkan med andra personer kring brukaren.

Planer för förändring

Flera kommuner har verksamhetsplaner och handlingsplaner på förvaltningsnivå för införande och utveckling av teknik. Det är dock endast en kommun som nämner att de har en implementeringsplan, alltså en plan för hur förändringen ska genomföras fullt ut i verksamheten. I en implementeringsplan ingår att beskriva hur det ska gå till när personalen ska börja använda ny välfärdsteknik och digitala stöd, samt hur de ska förändra arbetssätten och använda dessa. Någon menar ”Vi måste kunna införa teknik på ett planerat sätt så att det inte blir vildvuxet.”

Handlingsplanerna är ofta produktspecifika och det upprättas en plan för varje produkt. Det finns program på förvaltningsnivå för införande av välfärdsteknik, kameror och digitala lås. I någon kommun beskrivs att it-enheten har en plan för införande av teknik.

I någon kommun har de tagit fram en strategisk plan, gemensam för kommun, region och näringsliv, och en implementeringsplan är under utveckling. Som stöd för detta använder kommunen särskilda metoder för hur de ska jobba med utvecklingsprojekt. Kommunen har en budskapsmodell, som ligger till grund för utvecklingsarbetet, där det framgår hur de ska kommunicera den nya tekniken till brukare och andra intressenter. Modellen är hämtad från en annan kommun i Sverige.

Utbildning och kompetensutveckling

Flera av intervjupersonerna menar att de har ett samarbete och deltar i regionala nätverk där kommunerna lär av varandra. Ibland kommer Inera eller andra centrala aktörer och föreläser på dessa träffar.

Några av kommunerna har visningsrum där de ställt ut digital teknik i samarbete med regionen och med leverantörer. Där kan personal, politiker, pensionärsorganisationer med flera komma och titta och testa tekniken.

En intervjuperson beskriver att personalen samlas i grupper och tittar på SKR:s webbsändningar för kompetensutveckling. Att titta på dessa utbildningar i grupp ger ett mervärde eftersom personalen kan diskutera och fördjupa sig i vad man just sett i den aktuella webbsändningen.

Utvecklare och nyckelpersoner från kommunen åker på mässor som MVTe och Vitalis för att ta del av det senaste inom tekniken och för att lyssna till föreläsare.

En annan viktig aktör när det gäller kompetensutveckling är leverantörerna av digitala system. Dessa ger ofta utbildning i handhavandet av den inköpta tekniken.

Webbutbildningar om e-hälsa, välfärdsteknik och etik från Socialstyrelsen med andra samarbetspartners beskrivs som viktiga. Det är dock svårt för ledningen att sortera och prioritera i det utbud av utbildningar som finns att tillgå.

Någon kommun har en handlingsplan för digitalisering där kompetensutveckling är en viktig del. Denna avser dock endast nyckelpersoner och nyckelgrupper, inte baspersonalen.

När det gäller kompetensutveckling till baspersonal sköts detta oftast internt i kommunen av egen personal. I någon kommun har de utvecklat ett system med coacher: personal som får en utbildning som i sin tur ska utbilda och stötta sina kollegor, medborgare och brukare.

I vissa kommuner utvecklas e-learningssystem och digitala nanoutbildningar eller mikroutbildningar för personalen. Detta gör att personal kan ta del av korta utbildningar på fria stunder i jobbet.

I någon kommun har nyckelpersoner deltagit i att utveckla yrkeshögskolekurser i digitalisering och välfärdsteknik för undersköterskor. Ingen av de intervjuade personerna kan dock ange att de har skickat personal på någon yrkeshögskolekurs som är relaterad till digitalisering i omsorgen.

Någon intervjuperson efterfrågar mer utbildning i digitala tekniker på de reguljära utbildningarna för sjuksköterskor och undersköterskor.

Hur jobbar kommunen med innovation?

I intervjuerna ställdes frågor om hur kommunen arbetar med innovation. Om de har någon innovationsplan, om de samarbetar med forskare och leverantörer, om de har testbäddar och om de har något Vinnova-projekt. Av intervjupersonernas svar framgår följande:

- Ingen kommun har någon uttalad eller skriftlig innovationsprocess.
- Få kommuner har testbäddar där forskare utvecklar och testar ny teknik.
- Samarbete med forskare förekommer i ett fåtal kommuner.
- Ingen av de intervjuade kommunerna har något Vinnovaprojekt.
- Samarbetet med kommunens it-avdelning varierar. Några beskriver att de har ett gott samarbete och stöd, medan det är mer trögt i andra kommuner.
- Samarbete med leverantörer varierar. Några kommuner har gemensamma utvecklingsprojekt, till exempel kring verksamhetssystemen eller robotisering av vissa processer.
- Någon kommun har samarbetat med studenter från högskolan.

Bilaga 3. Kvalitetsdeklaration

Enkätundersökning

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020
R56023-3

Omfattning

Objekt och population

Denna undersökning har vänt sig till kommunens äldreomsorgschef, socialchef eller motsvarande befattning med ansvar för vård och omsorg i kommunen, eller av befattningshavare med ansvar för e-hälsa och välfärdsteknik (exempelvis IT- eller digitaliseringsstrateg, kvalitetssamordnare etc.). Populationen omfattar alla kommuner. Antalet i målpopulationen är 290 kommuner. Undersökningen är en totalundersökning, urvalsosäkerhet förekommer därmed inte men däremot är svarsbortfallet en osäkerhetsfaktor.

Frågor och variabler

Enkätens frågor var i huvudsak desamma som i tidigare års insamlingar, men även nya frågor tillkom. Nya frågor eller revideringar av gamla frågor utformades av projektledaren och frågekonstruktören i samarbete, och även utifrån synpunkter från övriga projektgruppsmedlemmar.

Enkäten bestod av 43 huvudfrågor samt 9 följdfrågor beroende på hur de svarat på huvudfrågan vilket gav totalt 52 frågor. Frågorna består av en blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor. Ett flertal av frågorna var matrisfrågor på mellan 3 och 11 delfrågor. Med referensperiod menas vilken tidpunkt svaren avser, t.ex. idag, förra veckan, senaste tre månaderna. Undersökningen referensperiod är 2019.

Samråd har genomförts med SKR.

Datainsamling

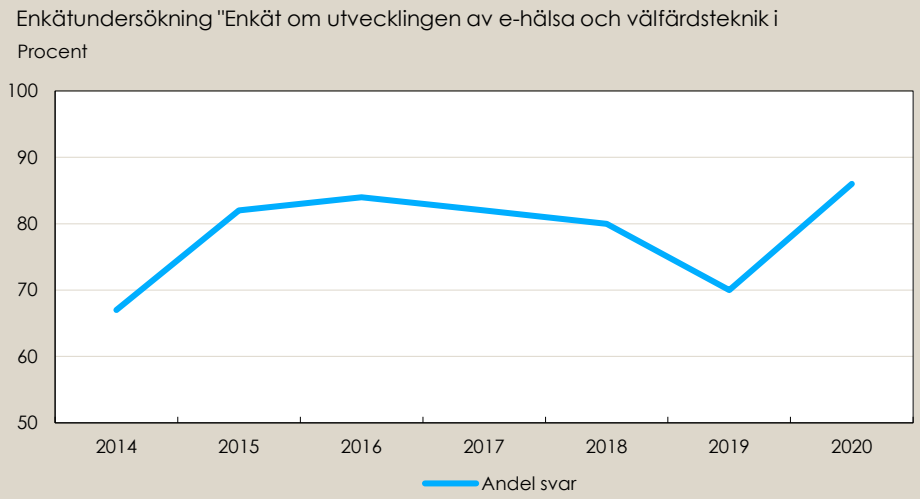
Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till kommuner och stadsdelar via e-post (se bilaga 1a och 1b). Datainsamlingen pågick 8 januari till 5 februari 2020. Insamlingsperioden förlängdes med 13 dagar. Under insamlingsperioden skickades tre ordinarie påminnelser samt en extra påminnelse om förlängd insamlingsperiod till 10 februari. För de kommuner som startat ifyllandet av enkäten och skrivit in kontaktuppgifter gick påminnelserna till den personen som angivits. Efter den 10 februari kontaktades de kommuner som startat men inte avslutat ifyllandet. Sista svaret inkom 18 februari.

Svarsfrekvens

Det var 248 kommuner som besvarade enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 86 procent. Svarsfrekvensen för län ligger mellan 56 procent för Södermanlands län och 100 procent för fyra län, Kronoberg, Gotland, Blekinge samt Hallands län.

Årets svarsfrekvens var den högsta sedan första gången enkätundersökningen genomfördes år 2014. Från år 2019 ökade svarsfrekvensen med 16 procentenheter.

Figur 10. Andel svar 2014-2020



Bortfall

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

Bortfallet är lågt och skiljer inte från de svarande kommunerna med avseende på geografisk fördelning över landet eller på kommungrupp.
I denna undersökning var två frågor inte obligatoriska, fråga 7, *Vilka typer av välfärdsteknik finns tillgängliga inom äldreomsorgen, i särskilda boenden som drivs av kommunen?* samt fråga 8, *Vilka typer av välfärdsteknik finns tillgängliga i boenden för personer med funktionsnedsättning (stöd- och serviceboenden) som drivs av kommunen?* Båda frågorna innehåller 10 delfrågor med svarsalternativet ja eller nej. Partiella bortfallet ligger mellan 1 och 8 procent där olika typer av välfärdsteknik anges. För svarsalternativet *Annat* är bortfallet runt 55 procent. En trolig orsak till det höga bortfallet på det svarsalternativet kan vara att kommunen inte har andra typer av välfärdsteknik än de listade.

Tillförlitlighet

Täckningsfel kan bestå av under-och övertäckning. Undertäckning innebär att det finns kommuner som ingår i populationen men saknas i urvalsramen. Vid övertäckning finns kommuner som inte ingår i populationen i urvalsramen. Då undersökningen är en totalundersökning finns ingen ramtäckning.

Mätfel

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

För att minska risk för mätfel har enkäten konstruerats med ämneskunnig, enkätfrågekonstruktör, en statistiker, pilotundersökning samt i samråd med SKL.

Bearbetning

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

Beskrivning av data

Statistiska mått
Från undersökningen redovisas andel och antal för svarande.

Jämförbarhet

Jämförbarhet över tid

Det är sjunde gången Socialstyrelsen genomför undersökningen. Undersökningen genomfördes på liknande sätt med avseende på urvalsmetod, urvalsstorlek, insamlingsmetod och antal påminnelser. Frågeformuläret har emellertid genomgått vissa förändringar vilket medför att vissa frågor inte är jämförbara med tidigare undersökningsomgångar.

Tillgänglighet

Socialstyrelsen publicerar rapporten på www.socialstyrelsen.se.

Bilaga 4. Socialstyrelsens nyckeltal för e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

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, eller blanketter som finns på kommunens webbplats och ska tryckas ut och användas i pappersformat.

1. **Kommunen har minst en e-tjänst riktad till invånare eller brukare, inom följande områden:**
    - Barn och unga
    - Ekonomiskt bistånd
    - Familjerätt
    - Familjerådgivning
    - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
    - Vuxna med missbruksproblem
    - Äldreomsorg
    - Kommunal hälso- och sjukvård

2. **Kommunen kan erbjuda e-tjänster av följande slag:**
    a. Digital tidbokning hos handläggare
    b. Digital ansökan om bistånd eller insats
    c. Chatt eller frågelåda där en enskild kan ha dialog anonymt med socialtjänsten
    d. Säker (krypterad) kommunikation mellan brukare, anhöriga och handläggare eller utförare i socialtjänsten
    e. Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal

3. **Kommunen kan erbjuda följande slags e-tjänster på engelska och på minoritetsspråken i de kommuner som ingår i förvaltningsområde för minoritetsspråken finska, samiska och meänkieli:**
    a. Tidbokning hos handläggare
    b. Ansökan om bistånd eller insats

Välfärdsteknik

Definition
Välfärdsteknik är 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
I denna enkät frågar vi efter välfärdsteknik som kommunen tillhandahåller genom biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen, förskrivning enligt Hälso- och sjukvårdslagen eller på annat sätt, inte sådan teknik som den enskilde själv, eller dennes anhöriga köper på öppna marknaden.

4. **Välfärdsteknik i ordinärt boende**
   - Nattillsyn med digital teknik
   - GPS-larm (positioneringslarm)
   - Passivt larm/sensor (t. ex dörrlarm, fallarm, rörelselarm m.m.)
   - Avvikelselarm (inomhuspositionering)
   - Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video
     - inför utskrivning från slutenvård
     - vid andra tillfällen
   - Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering
   - Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (t.ex. påminnelser)
   - Stöd för digitala inköp
   - Elektroniskt planeringsverktyg för personalen
   - Läkemedelsdispenser (kommunal hälso- och sjukvård)

5. **Välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre**
   - Nattillsyn med digital teknik
   - GPS-larm (positioneringslarm)
   - Passiva larm/sensorer (t. ex dörrlarm, fallarm, rörelselarm m.m.)
   - Avvikelselarm (inomhuspositionering)
   - Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video
     - inför utskrivning från slutenvård
     - vid andra tillfällen
   - Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram)
   - Digitalt stöd för aktivering av olika slag, t.ex. spel eller virtuell cykel
   - Elektroniskt planeringsverktyg för personal
   - Läkemedelsdispenser (kommunal hälso- och sjukvård)

6. **Välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden funktionshinder**
   - Nattillsyn med digital teknik
   - GPS-larm (positioneringslarm)
   - Passiva larm/sensorer (t. ex dörrlarm, fallarm, rörelselarm m.m.)
   - Avvikelselarm (inomhuspositionering)

- Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video
    - inför utskrivning från slutenvård
    - vid andra tillfällen
- Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram)
- Digitalt stöd för aktivering av olika slag, t.ex. spel eller virtuell cykel
- Elektroniskt planeringsverktyg för personal
- Läkemedelsdispenser (kommunal hälso- och sjukvård)

7. Kommunen erbjuder internetuppkoppling i särskilda boenden för äldre och i boenden för personer med funktionsnedsättningar.

Informationssäkerhet och identitets- och behörighetskontroll

Med säker roll- och behörighetsidentifikation menar vi tvåfaktorsinloggning t.ex. 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.

a) Kommunen gör regelbundet uppföljning av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet i socialtjänsten
b) Kommunen gör säkerhetsklassningar av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet inom socialtjänsten
c) Det finns i kommunen en personalresurs med uppdrag att samordna informationssäkerhetsarbetet (informationssäkerhetssamordnare, CISO, eller motsvarande).
d) All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen använder säker roll- och behörighetsidentifikation
e) All berörd socialtjänstpersonal i kommunen använder säker roll- och behörighetsidentifikation
f) 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.

8. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa hälso- och sjukvårdsdokumentationen mobilt i kommunens verksamhetssystem.
9. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan läsa mobilt i nationella system, t.ex. NPÖ, Pascal.

10. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan dokumentera hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.
11. Kommunens mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal kan tillföra hälso- och sjukvårdsuppgifter mobilt i nationella system, t.ex. Pascal och kvalitetsregister.
12. Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan läsa socialtjänstdokumentation mobilt i kommunens verksamhetssystem.
13. Kommunens mobila socialtjänstpersonal kan dokumentera socialtjänstuppgifter mobilt i kommunens verksamhetssystem.

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.

14. Alla vårdenheter i kommunen som utför hälso- och sjukvård är anslutna till NPÖ som konsument.
15. All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen har tillgång till NPÖ.
16. Kommunen har riktlinjer för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens användning av NPÖ.
17. Alla vårdenheter i kommunen som utför hälso- och sjukvård är anslutna till NPÖ som producent.
18. 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

Strukturerad dokumentation och klassifikationer

19. Kommunen använder de strukturerade uppgifterna från socialtjänstdokumentationen (handläggning och utförande) i aggregerad form i sitt eget kvalitetsarbete? (t.ex. sammanställningar för verksamhetsuppföljningar) inom följande områden:
    - Barn och unga
    - Ekonomiskt bistånd/arbetsmarknadsinsatser
    - Familjerätt
    - Vuxna med missbruksproblem

- Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
- Äldreomsorg
- Hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- Hälso- och sjukvård i särskilt boende.

20. Kommunen använder de strukturerade uppgifterna från socialtjänstdokumentationen för verksamhetsutveckling i det systematiska kvalitetsarbetet enligt föreskriften SOSFS 2011:9 inom följande områden?
    - Barn och unga
    - Ekonomiskt bistånd/arbetsmarknadsinsatser
    - Familjerätt
    - Vuxna med missbruksproblem
    - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
    - Äldreomsorg
    - Hälso- och sjukvård i ordinärt boende
    - Hälso- och sjukvård i särskilt boende

21. Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i handläggningen inom följande områden.
    - Barn och unga
    - Ekonomiskt bistånd
    - Vuxna med missbruksproblem
    - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
    - Äldreomsorg

22. Kommunen använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i den digitala individdokumentationen i utförarledet inom följande områden.
    - Barn och unga
    - Arbetsmarknadsinsatser
    - Vuxna med missbruksproblem
    - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
    - Hemsjukvård i ordinärt boende
    - Äldreomsorg i särskilda boenden
    - Äldreomsorg i dagverksamheter
    - Hälso- och sjukvård i ordinärt boende
    - Hälso- och sjukvård i särskilt boende

23. Kommunen använder KSI (Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter) i den digitala individdokumentationen i handläggningen inom följande områden.
    - Barn och unga
    - Ekonomiskt bistånd
    - Vuxna med missbruksproblem
    - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
    - Äldreomsorg

24. Kommunen använder KSI (Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter) i den digitala individdokumentationen i utförarledet inom följande områden.
    - Barn och unga
    - Arbetsmarknadsinsatser
    - Vuxna med missbruksproblem
    - Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)
    - Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg
    - Äldreomsorg i särskilda boenden
    - Äldreomsorg i dagverksamheter

Strategi, utveckling och kompetens

25. Kommunen har styrande dokument om införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik inom socialtjänsten.
26. Kommunen har inom socialtjänsten personalresurs för utveckling av e-hälsa, välfärdsteknik och/eller digitalisering.