

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024

Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2024-5-9099

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2024

Förord

Regeringen har sedan 2014 årligen gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Det här är elfte året som Socialstyrelsen avrapporterar detta uppdrag. Rapporten spänner över äldreomsorg, insatser till personer med funktionsnedsättning, individ- och familjeomsorg samt kommunal hälso- och sjukvård. Rapporten visar utvecklingen över tid och jämför olika verksamhetsområden och kommunstorlekar.

Projektet har letts av utredaren Sundiata Owens. I arbetsgruppen har utredaren Julia Lindström, enkätkonstruktören Claes Falck och statistikern Martina Forsgren ingått. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Socialstyrelsen riktar ett särskilt tack till de kommuner som har bidragit till denna rapport genom att besvara enkäten, delta i intervjuer och ingå i referensgrupper. Nyckeltal och resultat från uppföljningen 2024 publiceras i ett jämförelseverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell

Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik 2024	6
Intervjustudie om skillnader i införande av välfärdsteknik inom olika verksamhetsområden	8
Framgångsfaktorer och hinder	9
Bakgrund.....	10
Uppdraget	10
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik.....	10
Närliggande studier.....	10
Metod och genomförande.....	12
Välfärdsteknik och e-hälsa	15
Utveckling av välfärdsteknik.....	15
Fler personer med digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater ...	24
Kommunerna har som målsättning att öka antalet användare	28
Tillgång till internet.....	29
Fler kommuner ger stöd för att minska digitalt utanförskap	32
Digitalt stöd för personal fortsätter öka	33
Automatisering i socialtjänsten	37
Styrning, analys och uppföljning	39
Tydlig ökning av styrande dokument.....	39
Ingen ökning av kvalitetsledningssystem	40
En majoritet av kommunerna utför behovsanalyser	42
En majoritet av kommunerna utför nyttoanalyser	45
En majoritet av kommunerna följer upp införd teknik.....	49
Ökad användning av ICF	53
Ingen ökad användning av KSI	54
Skillnader mellan kommuner av olika storlek.....	56
Styrande dokument och kvalitetsledningssystem	56
Nyttoanalyser.....	57
Behovsanalyser	59
Uppföljning.....	59
Stöd för att minska digitalt utanförskap.....	60

Intervjustudie om skillnader i införande av välfärdsteknik inom olika verksamhetsområden	63
Kommunernas bedömning av teknikens målgrupp.....	64
Införande av tekniken i olika verksamheter	67
Varför implementerar kommunerna teknikerna olika?	68
Varför har kommunerna olika syn på behovet av välfärdsteknik?	73
Diskussion	80
Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik 2024	80
Framgångsfaktorer och hinder	85
Avslutande kommentarer	90
Referenser	92
Bilaga 1 Svarsfrekvens	95
Bilaga 2 Kommunernas driftsformer	97
Bilaga 3 Enkät svar fördelade på kommunstorlek	99
Bilaga 4 Kvalitetsdeklaration	106
Enkätundersökning.....	106
Statistikens kvalitet	107
Bilaga 5 ICF och KSI.....	111
Bilaga 6. Kvalitetskontroll och stickprov.....	114
Bilaga 7. Urval, intervju personer och intervjuguide.....	115
Urval	115
Intervju personer	116
Intervjuguide	117

Sammanfattning

Utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik 2024

Nedan sammanfattas de största förändringarna i kommunernas digitalisering sedan 2023.

Tydlig ökning av styrande dokument

Förekomsten av styrande dokument för välfärdsteknik och e-hälsa har varit relativt oförändrad i kommunerna sedan 2017. I år ser Socialstyrelsen för första gången en ökning i andelen kommuner med styrande dokument. Andelen har ökat med cirka 10 procentenheter jämfört med 2023. Trots denna ökning är det fortfarande omkring en fjärdedel av kommunerna som saknar denna typ av styrande dokument. Vidare är det över 75 procent av kommunerna som saknar handlingsplaner som är tids- och resurssatta. Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av utveckling i kommunernas arbete med styrande dokument.

En majoritet av kommunerna arbetar med uppföljning, behovsanalyser och nyttoanalyser

Årets enkätresultat visar att en majoritet av kommunerna genomför behovsanalyser, nyttoanalyser och uppföljningar vid införande av välfärdsteknik och annan digitalisering. Dock sker detta i olika hög utsträckning, där vissa kommuner har ett strukturerat och systematiskt arbetssätt och andra inte. Socialstyrelsen identifierar kommunernas arbete med behovsanalyser, nyttoanalyser och uppföljning som ett utvecklingsområde.

Fler kommuner ger stöd för att minska digitalt utanförskap

Andelen kommuner som erbjuder stöd till enskilda för att minska digitalt utanförskap har ökat från 71 procent 2023 till 82 procent 2024. Kommunerna erbjuder ofta en kombination av olika tjänster, de vanligaste är utbildning för att höja digital kompetens och träffpunkter och mötesplatser, till exempel it-caféer. Socialstyrelsen ser positivt på denna utveckling eftersom det är önskvärt att fler kommuner erbjuder stöd för att minska

digitalt utanförskap. Denna typ av stöd skapar förutsättningar för en jämlik digital omställning.

Fler kommuner erbjuder välfärdsteknik men skillnaden i utbud är stor

Socialstyrelsens uppföljning visar att tillgången till välfärdsteknik är ojämlig, sett i förhållande till i vilken kommun en person bor. Det finns stora skillnader i utbud mellan olika kommuner, liksom inom en och samma kommun där vissa målgrupper erbjuds tillgång till teknik, men inte andra. Generellt sett är välfärdsteknik betydligt vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshindersområdet. Dock är det funktionshindersområdets stöd- och serviceboenden som i år uppvisar den tydligaste uppgången av välfärdsteknik.

Sedan 2014 har det skett en markant ökning i kommunernas användning av välfärdsteknik, men efter 2021 är utvecklingen inte lika tydlig. Årets resultat visar att flera tekniker ligger kvar på liknande nivåer som 2021, med förändringar på några enstaka procentenheter. Dock framkommer också ökningarna inom vissa tekniker. De tydligaste uppgångarna av välfärdsteknik 2024, sett över samtliga verksamhetsområden, har skett inom:

- digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering
- digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter
- läkemedelsautomater.

Något som särskiljer 2024 års resultat från 2023 års resultat är att ingen teknik gör en tydlig tillbakagång. Under 2023 var det en markant minskning av antalet kommuner som erbjöd digital tillsyn, passiva larm och gps-larm inom funktionshindersområdet och i den kommunala hälso- och sjukvården. Ingen av dessa nedgångar har fortsatt under 2024, i stället har det skett en viss återhämtning.

Fler personer med digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater

Socialstyrelsens uppföljning visar att antalet personer som har digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater ökar i jämförelse med tidigare år. Trots denna ökning är antalet användare generellt sett lågt. Flera kommuner saknar användare eller har endast en handfull trots att de har angett att tekniken är beslutad och införd, och erbjuds till alla i den avsedda målgruppen. Digital tillsyn dagtid uppvisar den lägsta användningen, där drygt hälften av de kommuner som har tekniken helt saknar användare.

Inom gps-larm är det drygt en fjärdedel av kommunerna som saknar användare. Läkemedelsautomater och digital nattillsyn uppvisar den högsta teknikanvändningen.

Ökat digitalt stöd till personal

Årets resultat visar uppgångar i det digitala stöd som riktas till personal. Exempelvis ökar personalens möjligheter att dokumentera mobilt, framför allt inom funktionshindersområdet. Vidare ökar andelen kommuner som erbjuder mobil dokumentation inom den kommunala hälso- och sjukvården samt andelen kommuner som erbjuder digitala planeringsverktyg till personal som arbetar i särskilda boendeformer för äldre.

Övriga resultat i korthet

Nedan presenteras några övriga resultat från årets uppföljning:

- Resultatet bekräftar bilden från 2021–2023 om att de större kommunerna har kommit längre i sin digitala utveckling än de mindre kommunerna. Men resultatet visar även på områden där skillnaderna inte är lika tydliga, och fall där de mindre kommunerna har närmat sig de större kommunerna.
- Internettillgången i enskildas rum eller lägenheter är högre på särskilda boenden för äldre än i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Nytt resultat för i år visar att cirka 60 procent av kommunerna erbjuder gratis internetuppkoppling på sina boenden.
- Kommunernas användning av internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) fortsätter att öka. Det har dock inte skett någon ökning av kommunernas användning av Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) sedan 2019.
- Automatisering inom socialtjänsten ligger kvar på liknande nivåer som 2022. Ekonomiskt bistånd är fortsatt det klart vanligaste området att automatisera. Totalt 24 procent av kommunerna har en handlägningsprocess som innefattar en automatiserad beslutsfunktion.

Intervjustudie om skillnader i införande av välfärdsteknik inom olika verksamhetsområden

I årets intervjustudie undersökte Socialstyrelsen varför kommuner gör olika vägval när det kommer till implementering av välfärdsteknik inom olika verksamhetsområden. Intervjustudien visade att detta i vissa fall beror på att kommunerna har olika syn på behovet av tekniken hos brukare, personal och

i verksamheterna. Vissa kommuner uppmärksammar behov i flera verksamheter och implementerar tekniken brett, medan andra kommuner inte ser samma behov och i stället implementerar tekniken snävt. I andra fall beror skillnaden på andra faktorer, som inte har att göra med hur kommunen bedömer behovet av tekniken. Detta kan exempelvis handla om juridiska tolkningar, infrastruktur, organisatoriska hinder och val av teknik.

Att kommunerna bedömer behovet av tekniken olika kan ha många skilda förklaringar. I intervjustudien betonas följande aspekter:

- om kommunen fångat upp önskemål om tekniken från brukare
- om tekniken efterfrågats av verksamheterna
- kommunens processer för införande och spridning
- kommunens interna organisering och samarbete över verksamhetsgränser
- kommunens styrning
- extern dialog
- kommunens syfte med att införa tekniken
- kommunens bild och analys av teknikens nytta
- kommunens förhållningssätt till tekniken som införs.

En följd av att en kommun väljer att erbjuda välfärdsteknik inom ett verksamhetsområde, men inte ett annat, är att invånarna inte får samma möjlighet att tillgå tekniken. För enskilda individer kan alltså hemort, men också ålder och funktionsförmåga, få stor inverkan på deras möjligheter att nå en ökad trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet med hjälp av digital teknik.

Framgångsfaktorer och hinder

En framgångsfaktor för införandet av välfärdsteknik, men också för spridning av välfärdsteknik mellan olika verksamhetsområden, är att fler kommuner utformar styrande dokument och utvecklar ett strukturerat införande av välfärdsteknik som omfattar behovsanalyser, nyttoanalyser och uppföljning. Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av ökat nationellt stöd till kommunerna inom dessa områden – framför allt riktat till de kommuner som har svårt att genomföra denna typ av analyser på egen hand, exempelvis mindre kommuner. Socialstyrelsen gjorde samma bedömning för 2022 och 2023. Eftersom kommunerna har olika förutsättningar att utföra strukturerade analyser och uppföljningar är det viktigt att de får stöd i detta arbete och att de delar sina resultat och erfarenheter med varandra.

Bakgrund

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2023 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 regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 maj 2024.

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

År 2016 tog Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet, SKL (numera Sveriges Kommuner och Regioner – SKR), Famna och Vårdföretagarna gemensamt fram en beskrivning av begreppet e-hälsa. Beskrivningen baseras på Världshälsoorganisationens beskrivning och lyder: ”Hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. E-hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa”.

Socialstyrelsen publicerade 2015 en 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 definitionen av välfärdsteknik är ett hjälpmedel för det dagliga livet. Därför publicerade Socialstyrelsen 2019 ett meddelandeblad om regler kring välfärdsteknik utifrån olika lagrum [1]. Samma utgångspunkter som för övriga insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten gäller för användningen av välfärdsteknik. En välfärdsteknisk produkt kan vara ett hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och en insats enligt socialtjänstlagen (SoL). Vilken lagstiftning som tillämpas beror på vilken insats den enskilde väljer att ansöka om, alternativt vilken huvudman som erbjuder tekniken. I denna rapport använder Socialstyrelsen endast begreppet välfärdsteknik, även i de fall tekniken har förskrivits enligt HSL.

Närliggande studier

Socialstyrelsen har genomfört andra studier inom området, utöver de rapporter som producerats inom ramen för detta uppdrag. Några exempel är

underlagsrapporten *Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg* [2], intervjustudien *Välfärdsteknik: En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner* [3] och rapporten *Tillämpning av digital vård i regionerna: En kartläggning* [4]. Vidare har flera andra myndigheter närliggande uppdrag som berör kommunernas utveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik. Här presenterar vi några exempel på rapporter från senare år:

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport *Digital potential: Utvärdering av satsningen på digital teknik i äldreomsorgen* [5].
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys promemoria *Digital teknik med äldre i fokus: En delredovisning av utvärderingen av överenskommelsen om digitalisering i äldreomsorgen* [6].
- Myndigheten för digital förvaltnings rapport *Uppdrag att stödja kommuners användning av artificiell intelligens inom socialtjänsten* [7].
- Myndigheten för digital förvaltnings rapport *Uppdrag att stödja regeringens arbete med fortsatt digitalisering av välfärden genom att identifiera rättsliga hinder (dnr I2022-00620)* [8].
- Myndigheten för digital förvaltnings rapport *Perspektiv på digitalisering – digital kompetens* [9].
- E-hälsomyndighetens rapport *Uppföljning Vision e-hälsa 2025: Rapport avseende 2022* [10].
- E-hälsomyndighetens rapport *Digitala ingångar till vård och omsorg: Kartläggning av behov och utmaningar* [11].
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps rapport *Det systematiska informations- och cybersäkerhetsarbetet i den offentliga förvaltningen: Resultatredovisning av Infosäkkollen och It-säkkollen 2023* [12].
- Myndigheten för delaktighets rapport *Välfärdsteknik och e-tjänster: Redovisning av ett regeringsuppdrag att stödja kommunerna med kunskap* [13].

Detta är ingen heltäckande sammanställning utan endast några exempel på närliggande studier. Fler exempel på myndigheter med angränsande uppdrag är Post- och telestyrelsen, Integritetsskyddsmyndigheten och Vinnova. Även andra aktörer producerar rapporter och studier inom området, exempelvis fackförbund, arbetsgivarorganisationer och andra intresseorganisationer. Nordens välfärdscenter är ett exempel på en aktör som producerar studier inom området utifrån ett nordiskt perspektiv, exempelvis rapporten *Välfärdsteknologi i de nordiska länderna: En kartläggning av statliga satsningar från 2023* [14]. Det bedrivs också en hel del forskning inom området, och flera lärosäten har specifika inriktningar mot välfärdsteknik. Även kommunerna själva, kommunalförbund och regioner producerar en hel del studier och utvärderingar.

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

År 2013 utarbetade Socialstyrelsen ett antal nyckeltal för att följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Representanter för SKL och regionala e-hälsosamordnare från Kalmar län, Östergötlands län och Norrbottens län deltog i det initiala arbetet med att utveckla nyckeltalen. Även Digitaliseringskommissionen konsulterades i arbetet. Nyckeltalen har därefter justerats för att bättre beskriva utvecklingen inom området.

Enkätundersökning

Utifrån nyckeltalen har Socialstyrelsen utformat enkätfrågor som ställs till landets kommuner i en enkät som har skickats ut årligen sedan 2013. Enkätfrågorna har setts över löpande och nya frågor har tillkommit. Årets enkät skickades ut till samtliga kommuner den 8 januari och stängdes den 14 februari 2024. Totalt besvarade 263 kommuner (91 procent) enkäten. För mer information om enkäten se bilaga 1 och 6.

Referensgrupper

I arbetet med att analysera enkätsvaren från kommunerna deltog två externa referensgrupper bestående av SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten och SKR Kompetenscenter välfärdsteknik.

Presentation av siffror

Socialstyrelsen har valt att använda andelstal i denna rapport för att presentera de resultat som kan jämföras med tidigare års undersökningar, det vill säga procentandel av kommunerna. Svarefrekvensen skiljer sig dock åt mellan åren, vilket är viktigt att uppmärksamma i tolkningen av resultaten. I jämförelseverktyget *E-hälsa i kommunerna*, som finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats, redovisas både antal och andel [15].

Intervjustudie

Socialstyrelsen genomförde intervjuer med 10 kommuner under oktober till december 2023 för att undersöka varför kommuner skiljer sig åt i var de väljer att införa digital natttillsyn och läkemedelsautomater. Fokus för intervjustudien var att belysa de faktorer som kan påverka i vilken verksamhet en kommun väljer att införa en viss teknik. Intervjustudiens urval bestod av kommuner som implementerat digital natttillsyn och läkemedelsautomater på olika sätt – där hälften av de intervjuade

kommunerna valt en bred ansats och infört tekniken inom flera olika verksamhetsområden, och den andra hälften endast hade tekniken inom ett verksamhetsområde. Totalt deltog 21 intervjupersoner. Intervjupersonerna hade olika roller och representerade olika verksamhetsområden. Intervjuerna var semistrukturerade och tog ungefär en timme att genomföra. Alla intervjuer utfördes via digitalt videomöte. Intervjumaterialet analyserades med tematisk innehållsanalys. För mer information om intervjustudien och dess urval se bilaga 7.

Avgränsning

Intervjustudien avgränsar sig till teknikerna digital nattillsyn och läkemedelsautomater eftersom de är exempel på vanliga typer av välfärdsteknik där Socialstyrelsen, sedan tidigare, har vetskap om att kommunerna skiljer sig mycket åt i vilka verksamhetsområden de väljer att införa tekniken. Detta framkommer dels i Socialstyrelsens årliga enkätundersökning, dels i intervjustudien från 2023 [16]. Att välja ut två olika typer av välfärdsteknik skapar också möjligheter att analysera likheter och skillnader mellan teknikerna.

Jämförelser mellan kommunstorlekar

I den här rapporten jämför Socialstyrelsen resultatet av vissa enkätfrågor mellan kommuner av olika storlek. I bilaga 3 finns tabeller över ett urval av enkätsvaren nedbrutet på kommunstorlek. Vi redogjorde för en liknande analys av kommunstorlek i 2023 och 2022 års rapport [17]. I år används samma indelning och benämning av storleksgrupperna som tidigare år, nämligen:

- de minsta kommunerna = under 10 000 invånare
- de näst minsta kommunerna = över 10 000 och under 20 000 invånare
- de medelstora kommunerna = över 20 000 och under 50 000 invånare
- de näst största kommunerna = över 50 000 och under 100 000 invånare
- de största kommunerna = över 100 000 invånare.

Denna rapport

Uppföljningens resultat redovisas i fyra resultatavsnitt. I det första avsnittet redogör Socialstyrelsen för utvecklingen inom välfärdsteknik och e-hälsa. Här redovisas även kommunernas arbete med digitalt stöd till personal, automatisering och stöd för att minska digitalt utanförskap. I det andra avsnittet redovisar vi kommunernas arbete med styrning, kvalitetsledning, analys och uppföljning. Här tas även kommunernas arbete med klassifikationer upp. Det tredje avsnittet behandlar skillnader i resultat

mellan kommuner av olika storlek. Resultatet av intervjustudien presenteras i det fjärde avsnittet. Efter dessa resultatavsnitt kommer ett diskussionsavsnitt som redovisar de slutsatser Socialstyrelsen drar utifrån årets resultat.

Välfärdsteknik och e-hälsa

I detta avsnitt redovisar Socialstyrelsen för kommunernas utveckling inom välfärdsteknik, e-hälsa och digitalisering inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Här redovisas även kommunernas stöd för att minska digitalt utanförskap och deras arbete med automatisering.

Utveckling av välfärdsteknik

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för den enskilde. Tekniken kan användas av personen själv, en anhörig, personal eller någon annan i personens närhet. Socialstyrelsen följer årligen vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Teknik som köps av enskilda på konsumentmarknaden inkluderas inte i uppföljningen. I enkäten görs en åtskillnad mellan välfärdsteknik som är införd och teknik som är i pilot- och testverksamhet. I resultatredovisningen presenteras dock detta samlat.

Här följer exempel på vanligt förekommande typer av välfärdsteknik som används i kommunerna:

- Tillsyn med digital teknik. Digital tillsyn, natt eller dag, innebär att en trygghetskamera, värmekamera eller annan teknik placeras i den enskildes hem genom vilken larmcentral eller annan personal kan ha uppsikt över den enskilde. Att använda den digitala tillsynen förutsätter att omsorgsgivaren, eller larmcentralen aktivt sätter i gång tekniken för att utföra tillsynen.
- Passivt larm eller sensor¹. Ett passivt larm kan bestå av en sensor som finns i den enskildes bostad, till exempel i form av larmmattor, dörrlarm, avvikelserlarm eller andra sensorer som registrerar rörelser. Ett passivt larm kan också bäras av den enskilde på kroppen, till exempel för att registrera fall.
- Gps-larm. Ett gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm) sänder koordinater till larmcentral, annan personal eller anhörig för att göra det möjligt att söka efter en person som har gått vilse eller som har larmat i eller utanför den egna bostaden. Vissa gps-larm uppmärksammar personalen på att personen rör sig utanför ett i förväg definierat område, så kallad geo-fencing.

¹ I resultatredovisningen benämns passiva larm eller sensorer enbart som passiva larm.

- Läkemedelsautomat.² En läkemedelsautomat (läkemedelsförmedlare, läkemedelsrobot) är en välfärdsteknik som påminner patienten när det är dags att ta medicin, fördelar medicin och signalerar till vårdgivaren om det sker avvikelser.

Innan enkätresultatet redovisas vill Socialstyrelsen uppmärksamma dig på att stickprov har visat att små upp- och nedgångar i utvecklingen av välfärdsteknik kan bero på felsvar eller att olika respondenter har besvarat enkäten och tolkat frågan på olika sätt mellan åren, och inte faktiska förändringar i verksamheten [16]. Generellt gäller alltså att för stor vikt inte bör ges åt mindre förändringar på några enstaka procentenheter, men att större förändringar fortfarande visar på trender i utvecklingen.

Socialstyrelsen vill också uppmärksamma dig på en justering i beskrivningen av teknikerna ”digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering” och ”digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter” som i år har kompletterats med några exempel på digitalt stöd.³ Enkätresultatet visar att det skett omfattande ökning i andelen kommuner som erbjuder dessa tekniker 2024, vilket till viss del troligen beror på denna justering. I rapportens diskussionsavsnitt resonerar vi kring detta.

Välfärdsteknik i socialtjänsten

I enkäten efterfrågas vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig inom socialtjänsten. Här ingår välfärdsteknik som beviljas enligt SoL,⁴ som ges individuellt som en del av verkställigheten av en insats eller som införts på annat sätt i socialtjänstverksamheten. Detta inkluderar exempelvis teknik i boenden eller dagverksamheter som inte beviljats en enskild person, men som är allmänt tillgängliga i verksamheterna. Frågorna gäller inte teknik som förskrivs med stöd av HSL.

Äldre som bor i ordinärt boende

Välfärdsteknik är i dag ett etablerat inslag i äldreomsorgen. Tabell 1 visar att en majoritet av kommunerna erbjuder flera typer av tekniker till äldre som bor i ordinärt boende. Över tid har andelen som gör det ökat. En jämförelse med 2023 års resultat visar dock inga större förändringar. De flesta tekniker har ökat eller minskat med någon procentenhet (se tabell 1). Den teknik som

² Under 2021–2023 benämner Socialstyrelsen denna teknik som ”läkemedelsfördelare”. I år benämns tekniken som ”läkemedelsautomat” men det är samma teknik som avses, med samma definition i enkäten.

³ För ”digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering” lades exemplen ”träningsprogram och interaktiva spel” till. För ”digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter” har det tidigare exemplet ”påminnelser” ändrats till ”minnesstöd och bildstöd”.

⁴ Beviljas med biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) eller med ett förenklat beslut enligt 4 kap. 2a SoL.

ökat mest är digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter – från att 26 procent av kommunerna hade tekniken 2023 till 35 procent 2024.

Tabell 1. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende, i procent, 2021–2024*

Typ av välfärdsteknik	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)	2024 (n=263)
Nattillsyn med digital teknik	76	78	78	80
Tillsyn dagtid med digital teknik	33	31	27	27
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	62	62	62	61
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	78	80	77	77
Brandlarm kopplat till trygghetslarmet**	-	22	21	26
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	80	81	83	81
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	82	79	74	77
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	34	37	38	44
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd	27	27	26	35
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)	37	42	53	59
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående***	-	-	-	37

Typ av välfärdsteknik	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)	2024 (n=263)
Digitala lås till enskildas bostäder	75	81	85	86

*Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

**Frågan ställdes inte i 2021 års enkät.

*** Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

Personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende

Inom detta verksamhetsområde har det, precis som för äldre i ordinärt boende, mestadels skett mindre förändringar med ett fåtal procentenheter, jämfört med 2023 (se tabell 2). Resultatet visar dock att 2023 års nedgångar inom digital tillsyn, gps-larm och passiva larm, inte har fortsatt i år. I stället har nivåerna återhämtat sig något. Den teknik som ökat mest, precis som inom ordinärt boende för äldre, är digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter. Andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 39 procent 2023 till 52 procent 2024. Även digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering står för en tydlig ökning, från 34 procent 2023 till 42 procent 2024.

Tabell 2. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende, i procent, 2021–2024*

Typ av välfärdsteknik	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)	2024 (n=263)
Natttillsyn med digital teknik	47	43	27	31
Tillsyn dagtid med digital teknik	23	20	13	12
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	46	45	35	38
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	67	72	64	66
Brandlarm kopplat till trygghetslarmet**	–	19	18	22

Typ av välfärdsteknik	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)	2024 (n=263)
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	71	76	77	79
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	76	78	72	77
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	32	33	34	42
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd	42	37	39	52
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)	24	24	32	31
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående***	-	-	-	39
Digitala lås till enskildas bostäder	34	40	38	42

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Frågan ställdes inte i 2021 års enkät.

*** Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

Särskilda boendeformer för äldre

Utvecklingen av välfärdsteknik inom särskilda boendeformer för äldre följer delvis samma trend som inom ordinärt boende – förändringarna inom de flesta tekniker är marginella jämfört med 2023 (se tabell 3). De tekniker som ökar mest är även här digitalt stöd för dagliga aktiviteter och digitalt stöd för träning eller aktivering. Dock är ökningen av dessa tekniker betydligt skarpare inom detta verksamhetsområde. Andelen kommuner som erbjuder digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter har ökat med hela 25 procentenheter – från 27 procent 2023 till 52 procent 2024. Andelen kommuner som erbjuder digitalt stöd för träning eller aktivering har ökat med 19 procentenheter. Dessa skarpa ökningarna kan, som nämntes tidigare, delvis förklaras av en justering av enkätfrågan.

Tabell 3. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, i procent, 2021–2024*

Typ av välfärdsteknik	2021 (n=285)	2022 (n=282)	2023 (n=283)	2024 (n=256)
Natttillsyn med digital teknik	44	50	48	52
Tillsyn dagtid med digital teknik	28	32	31	32
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	61	61	66	67
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	92	95	98	99
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	74	75	75	76
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	78	72	69	74
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	42	49	58	77
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd	30	27	27	52
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)**	–	–	11	13
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående***	–	–	–	60
Digitala lås till enskildas bostäder	54	65	64	68

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Frågan ställdes inte 2021–2022 års enkäter.

*** Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

Stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning

Utvecklingen av välfärdsteknik inom stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning har varit ojämn sedan 2020, vissa tekniker har ökat i användning medan andra minskat. Årets resultat visar dock en positiv trend med uppgångar inom flera tekniker, exempelvis inom digitala lås och passiva larm (se tabell 4). Resultatet visar att 2023 års nedgångar inte har fortsatt – i stället har det skett en viss återhämtning, framför allt inom gps-larm. Den tydligaste ökningen har skett inom samma tekniker som för övriga undersökta verksamhetsområden – digitalt stöd för dagliga aktiviteter och digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering. Ökningen är nästan lika skarp som inom särskilda boendeformer för äldre. Mellan 2023 och 2024 har digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter har ökat med 17 procentenheter, medan digitalt stöd för träning eller aktivering har ökat med 21 procentenheter.

Tabell 4. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, i procent, 2021–2024*

Typ av välfärdsteknik	2021 (n=285)	2022 (n=281)	2023 (n=287)	2024 (n=260)
Nattillsyn med digital teknik	27	29	22	23
Tillsyn dagtid med digital teknik	15	16	10	11
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	38	40	34	39
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	73	78	76	82
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	69	70	74	76
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	73	70	70	75
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	39	38	44	65

Typ av välfärdsteknik	2021 (n=285)	2022 (n=281)	2023 (n=287)	2024 (n=260)
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd	46	43	53	70
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)**	-	-	25	29
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående***	-	-	-	50
Digitala lås till enskildas bostäder	15	25	23	28

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Frågan ställdes inte 2021–2022 års enkäter.

*** Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

Välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård

I enkäten efterfrågas vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig i den kommunala hälso- och sjukvården. Frågorna gäller välfärdsteknik som kommunen erbjuder patienten genom förskrivning enligt HSL, eller på annat sätt ger till patienten i kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Frågorna gäller inte teknik som beviljas med stöd av SoL.

I den kommunala hälso- och sjukvården är tekniken delvis densamma som inom socialtjänsten (se tabell 5). Den tydligaste ökningen i år har skett inom samma områden som inom socialtjänsten, nämligen inom digitalt stöd för dagliga aktiviteter och digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering. För kommunal hälso- och sjukvård framkommer även en markant ökning i andelen kommuner som erbjuder läkemedelsautomater, en ökning från 42 procent 2023 till 51 procent 2024. Även annan medicinskteknisk utrustning uppvisar en ökning, med 6 procentenheter, från 2023 till 2024 (se tabell 5). Totalt 19 procent av kommunerna uppger att de använder läkemedelsautomater inom test- eller pilotverksamhet. I jämförelse med andra teknikområden är detta en stor andel och tyder på att det är en teknik som är i utveckling.

Nivåerna för gps-larm och passiva larm minskade betydligt under 2023. En stor del av den nedgången förklarades av den omstrukturering som gjordes av enkäten 2023, för att tydligare urskilja vilken teknik som tillhandahålls inom vilket område [16]. I årets enkät ser Socialstyrelsen ingen fortsättning på nedgångarna, utan i stället en viss återhämtning (se tabell 5).

Tabell 5. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, i procent, 2021–2024*

Typ av välfärdsteknik	2021 (n=258)	2022 (n=259)	2023 (n=261)	2024	Antal svar 2024
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	52	52	38	40	237
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	75	73	59	62	237
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, till exempel träningsprogram och interaktiva spel	33	42	44	54	237
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter, till exempel minnesstöd och bildstöd**	-	26	36	47	237
Läkemedelsautomat (läkemedelsfördelare, läkemedelsrobot) som tillhandahålls av kommunen	29	38	42	51	258
Inkontinenssensorer	17	23	21	20	258
Annan medicinteknisk utrustning, till exempel för monitorering	10	16	18	24	258

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Frågan ställdes inte i 2021 års enkät.

Stora skillnader mellan olika verksamhetsområden

Det framkommer tydliga skillnader i förekomsten av välfärdsteknik mellan olika verksamhetsområden. Över lag är välfärdsteknik betydligt vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshindersverksamheten. Andelen kommuner som erbjuder teknik inom äldreomsorgen är i vissa fall dubbelt så hög jämfört med funktionshindersområdet (se tabell 1–4). Vissa nivåskillnader kan förklaras av målgruppernas olika behov och förutsättningar samt skillnader i verksamheternas utformning. Andra

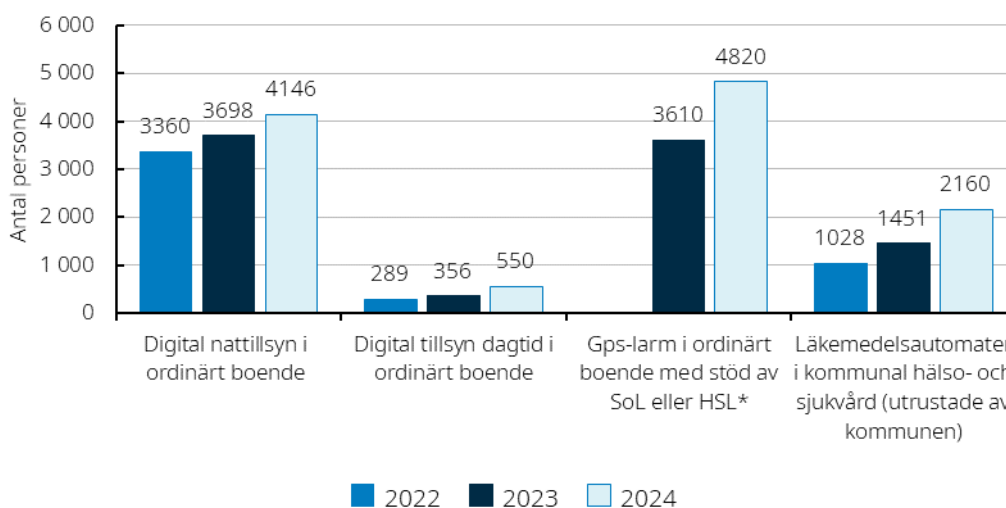
skillnader kan vara svårare att motivera och undersöks vidare i rapportens intervjustudie.

Fler personer med digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater

I enkäten tillfrågas kommunerna om hur många personer som har tillsyn med digital teknik, gps-larm och läkemedelsautomater. Resultatet visar ett ökat antal användare inom samtliga av dessa tekniker. Två olika saker är värdefullt att ta med sig i tolkningen av resultatet:

1. Resultatet behöver tolkas med försiktighet eftersom stickprov har visat att flera kommuner har angett felaktiga antalsuppgifter, antingen för 2024 eller tidigare år.⁵ Trots denna osäkerhet har Socialstyrelsen valt att fortsätta samla in antalsuppgifter då de är en unik källa till kunskap om användningen av välfärdsteknik i landet.
2. Svarefrekvensen är lägre under 2024 (91 procent) än under 2023 (100 procent). Att färre kommuner rapporterar får en direkt inverkan på antalsuppgifterna.

Figur 1. Antal personer med digital tillsyn och gps-larm i ordinärt boende och läkemedelsautomater i kommunal hälso- och sjukvård, 2022–2024



*2022 ingick endast gps-larm beviljade enligt SoL.

⁵ För mer information se bilaga 6.

Figur 1 visar att 4 146 personer som bor i ordinärt boende har digital natttillsyn i form av kamera, fjärrtillsyn, värmekamera eller annan teknik. Det är en ökning med 448 personer (12 procent) jämfört med 2023. Ökningen i användare från 2023 till 2024 är större i antal och i andel än förändringen mellan 2022 och 2023. I år har Socialstyrelsen för första gången bett kommunerna separera redovisningen av antalet brukare med digital natttillsyn mellan äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Resultatet visar att 4 007 personer med digital natttillsyn i ordinärt boende finns inom äldreomsorgen och 139 personer inom funktionsnedsättningsområdet. Personer med funktionsnedsättning utgör alltså cirka 3 procent av det totala antalet brukare som använder tekniken i ordinärt boende. Det innebär att antalet personer med funktionsnedsättning som har digital natttillsyn är väldigt lågt per kommun, och många kommuner saknar användare helt. Totalt är det 31 kommuner som har någon brukare med digital natttillsyn inom funktionsnedsättningsområdet.

Antalet personer som har digital tillsyn dagtid är betydligt färre än de som har digital tillsyn nattetid. Årets resultat visar att 550 personer som bor i ordinärt boende har digital tillsyn dagtid, vilket är en ökning med 194 personer (54 procent) jämfört med 2023.

Figur 1 visar att antalet personer med läkemedelsautomater också har ökat i kommunerna. I enkäten efterfrågas hur många personer i den kommunala hälso- och sjukvården som kommunen har utrustat med en läkemedelsautomat. Årets resultat visar att 2 160 personer har en läkemedelsautomat. Det är en ökning med 709 personer (49 procent) jämfört med 2023. Vad gäller gps-larm visar årets resultat att 4 820 personer som bor i ordinärt boende har gps-larm med stöd av SoL eller HSL. Detta är en ökning med 1 210 personer (34 procent) jämfört med 2023. Under 2022 tillfrågades kommunerna enbart om antal personer som har beviljats gps-larm med stöd av SoL, vilket var 2 092 personer.

Trots att antal användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater har ökat så är användandet av teknikerna lågt över lag. Detta gäller både för kommuner som har infört tekniken och de som har den i pilot- eller testverksamhet. Tabell 6 visar att antalet användare ofta understiger 6 personer i kommunerna och att det är vanligt att kommunerna helt saknar användare av tekniken. Digital tillsyn dagtid är den teknik som uppvisar den lägsta användningen och 47 procent av de kommuner som har denna teknik saknar helt användare. Endast 5 kommuner har fler än 10 användare och mediannivån är 1 personer med digital tillsyn dagtid. Låga

användarantal förekommer även inom gps-larm där 21 procent av de kommuner som har tekniken helt saknar användare.

Läkemedelsautomater och digital nattillsyn används i högre utsträckning, men även här är det vanligt att kommunerna endast har ett fåtal användare (se tabell 6). För digital nattillsyn är genomsnittet cirka 20 användare per kommun. Totalt 17 kommuner har fler än 50 personer med digital nattillsyn och det högsta antalet som rapporteras av en enskild kommun är 182 personer. Det är förhållandevis ovanligt att kommuner med digital nattillsyn helt saknar användare (3 procent). För läkemedelsautomater ligger genomsnittet på cirka 16 användare per kommun och det högsta resultatet som rapporteras av en enskild kommun är 130 personer. Totalt 18 procent av de kommuner som har läkemedelsautomater saknar användare. Det är en ökning från 2023 års nivå (se tabell 6), en del av förklaringen kan vara att antalet kommuner som erbjuder tekniken ökat.

Tabell 6. Andel kommuner med digital tillsyn och gps-larm i ordinärt boende och läkemedelsautomater i kommunal hälso- och sjukvård, uppdelat på antal användare av tekniken, i procent, 2023–2024*

Antal personer som använder tekniken	2023, Digital natttillsyn (n=226)	2024, Digital natttillsyn (n=210)	2023, Digital tillsyn dagtid, (n=80)	2024, Digital tillsyn dagtid (n=73)	2023, Gps-larm med stöd av SoL eller HSL (n=188)	2024, Gps-larm med stöd av SoL eller HSL (n=180)	2023, Läke-medels-auto-mater (n= 118)	2024, Läke-medels-auto-mater (n=132)
Inga användare	6	3	54	47	27	21	14	18
1–5 användare	36	30	29	33	42	45	34	20
6–10 användare	15	18	11	14	18	12	21	23
11–20 användare	18	20	0	0	5	11	15	19
21–50 användare	19	21	5	3	3	4	11	12
51–100 användare	6	6	1	1	2	2	3	5
Över 100 användare	1	2	0	3	4	4	2	3
Total procent**	101	100	100	101	101	99	100	100

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilot- eller testverksamhet, eller att de infört tekniken och erbjuder den till alla i den avsedda målgruppen.

** Procentsatserna i tabellen är avrundade, vilket innebär att de ibland summerar till strax över eller under 100 procent

Det finns en stor spridning mellan kommuner när det gäller nivån på teknikanvändning. Spridningen är som mest framträdande inom gps-larm. Totalt 8 kommuner har fler än 100 personer med gps-larm varav 1 kommun har över 1 500 användare; tillsammans står dessa 8 kommuner för drygt tre fjärdedelar av alla personer med gps-larm (3 614 personer). Den stora variationen beror åtminstone delvis på gps-larmens olika användningsområden. Vissa kommuner har gps-larm i form av mobila trygghetslarm som riktar sig till alla som behöver ett trygghetslarm utanför den egna bostaden. En del av dessa kommuner har ersatt alla stationära trygghetslarm med mobila trygghetslarm.

Vid en jämförelse med 2023 års resultat framkommer att användningen har ökat för samtliga tekniker 2024. Färre kommuner befinner sig i spannet mellan 0 och 5 användare, framför allt inom digital natttillsyn och läkemedelsautomater (se tabell 6). För digital natttillsyn har andelen kommuner med över 10 användare ökat från 44 procent 2023 till 49 procent under 2024. För läkemedelsautomater har andelen kommuner med fler än 10 användare ökat från 31 procent 2023 till 39 procent 2024. Vad gäller gps-larm och digital tillsyn dagtid har teknikanvändningen inte ökat lika tydligt (se tabell 6).

Kommunerna har som målsättning att öka antalet användare

I samband med årets undersökning fick kommunerna besvara en fråga om de har som målsättning att öka antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater. För digital natttillsyn och digital tillsyn dagtid är det 95 procent av kommunerna som uppger att de har det som målsättning. Endast 1 procent av kommunerna uppger att de inte har som målsättning att öka antalet användare för digital natttillsyn, och ingen kommun uppger det för digital tillsyn dagtid. För läkemedelsautomater svarar 90 procent av kommunerna att de har som målsättning att öka antalet användare. Endast 4 procent av kommunerna uppger att de inte har en sådan målsättning. Lägst andel kommuner uppger att de har som målsättning att öka antalet användare (77 procent) av gps-larm, medan 8 procent av kommunerna uppger att de saknar en sådan målsättning (se tabell 7).

Tabell 7. Andel kommuner med målsättning att öka antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater, i procent, 2024

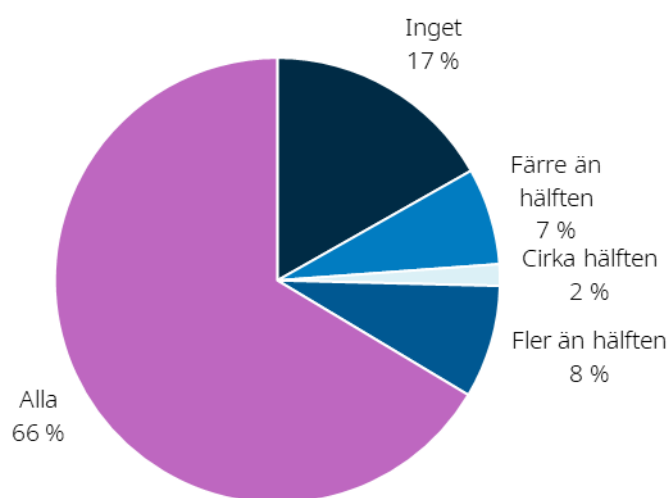
Välfärdsteknik	Ja	Nej	Vet ej	Antal svar
Natttillsyn med digital teknik	95	1	3	211
Tillsyn dagtid med digital teknik	95	0	5	73
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	77	8	16	180
Läkemedelsautomat (läkemedelsfördelare, läkemedelsrobot) som tillhandahålls av kommunen	90	4	6	132

Tillgång till internet

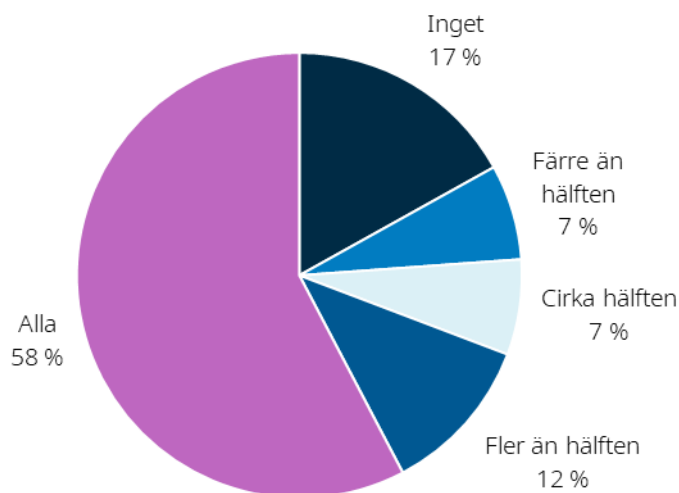
I enkäten tillfrågas kommunerna om internetuppkoppling i enskildas rum eller lägenheter på kommunalt drivna särskilda boenden för äldre och stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Uppkopplingen kan ske genom trådbunden eller trådlös teknik (till exempel fiber, kabel-tv, wifi eller mobilt bredband) och gäller inte internetuppkoppling som den enskilde ordnar med på egen hand. Årets resultat visar att 66 procent av kommunerna har uppgett att alla deras särskilda boenden för äldre har tillgång till internet i enskildas rum eller lägenheter (se figur 2).

Internettillgången på stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning är lägre, totalt 58 procent av kommunerna uppger att det där finns internetuppkoppling på alla boenden som drivs av kommunen (se figur 3).

Figur 2. Andel kommuner där de boende har tillgång till internet i sina rum eller lägenheter, i kommunalt drivna särskilda boenden för äldre, i procent, 2024 (n=256)



Figur 3. Andel kommuner där de boende har tillgång till internet i sina rum eller lägenheter, i kommunalt drivna stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, i procent, 2024 (n=260)

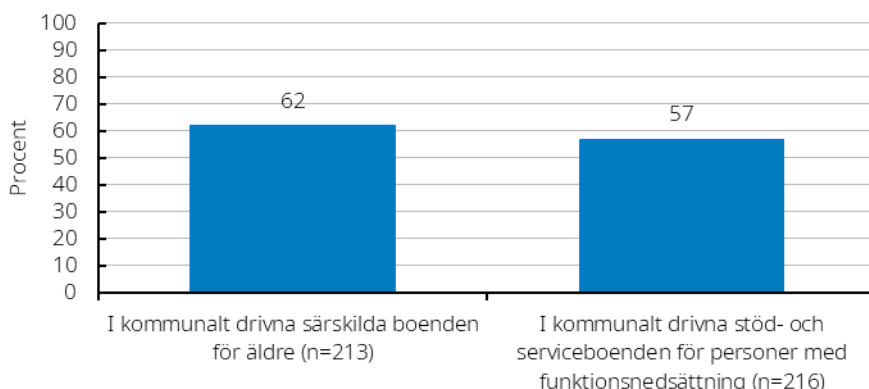


I 17 procent av kommunerna saknas internettillgång i enskildas rum eller lägenheter, på alla kommunala boenden. Av fritextsvaren framgår att flera kommuner har ett pågående arbete med att förbättra internettillgången. Vilken typ av internettillgång som i dagsläget finns att tillgå skiljer sig mellan kommunerna, exempel som nämns är fiber och uppkoppling via kommunens gästnätverk. Socialstyrelsen har även tidigare frågat kommunerna om internetuppkoppling på kommunala boenden, men i år är enkätfrågan justerad, vilket försvårar jämförelser.⁶

I årets enkät ställde Socialstyrelsen en ny uppföljande fråga om internetuppkopplingen är kostnadsfri för den enskilde. Av figur 4 framgår att 62 procent av kommunerna erbjuder kostnadsfritt internet för personer som bor i kommunalt drivna särskilda boenden för äldre. Totalt 57 procent av kommunerna erbjuder kostnadsfritt internet för personer som bor i kommunalt drivna stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning.

⁶ För information om internetuppkoppling tidigare år, se Socialstyrelsens tidigare rapportering inom detta uppdrag.

Figur 4. Andel kommuner där tillgång till internet är kostnadsfri för den enskilde, i procent, 2024



Av fritextsvaren framkommer att det finns en stor variation på vilket sätt kommunen tar ut avgifter för internetuppkoppling, vilket också är kopplat till vilken typ av internetuppkoppling som erbjuds. Vissa kommuner tar ut en avgift som del av hyran för boendet och brukaren betalar alltså indirekt för internetuppkopplingen. Andra kommuner har en egen avgift för bara internetuppkopplingen, medan vissa kommuner har gratis tillgång.

Fler kommuner ger stöd för att minska digitalt utanförskap

Exkludering från det digitala samhället och dess tjänster kan se olika ut. Sedan 2023 har Socialstyrelsen ställt en fråga om huruvida kommunerna erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap.⁷ Årets resultat visar att 82 procent av kommunerna erbjuder denna typ av stöd, vilket är en ökning med 11 procentenheter från 2023. Här bör dock tilläggas att Socialstyrelsen i år förtydligade att stödet kan erbjudas via kommunens bibliotek, samt lade till ett nytt svarsalternativ ”Träffpunkter och mötesplatser, till exempel IT-caféer” som var vanligt förekommande i fritextsvaren 2023. Tabell 8 visar att träffpunkter och mötesplatser är en av de vanligaste typerna av stöd som kommunerna erbjuder (47 procent), tillsammans med utbildning för att höja digital kompetens, vilket 48 procent av kommunerna erbjuder.

⁷ För mer information om digital inkludering se den myndighetsgemensamma webbplatsen digin.nu.

Tabell 8. Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, i procent, 2023–2024

Flera svar kunde anges.

Typ av stöd	2023 (n=290)	2024 (n=263)
Utlåningsverksamhet av digital teknik	29	29
Prova-på-rum/visningsmiljöer för digital teknik	27	30
Digitala handledare/coacher, till exempel fixartjänster	37	39
Utbildning för att höja digital kompetens	45	48
Supportverksamhet	26	33
Stödmaterial och instruktionsguider till digitala tjänster	34	40
Träffpunkter och mötesplatser, till exempel IT-caféer*	-	47
Annat	13	14
Kommunen erbjuder inget stöd inom detta område	29	18

*Svarsalternativet fanns inte 2023

Digitalt stöd för personal fortsätter öka

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för kommunernas arbete med digitalt stöd riktat till personal. Ofta finns en överlappning mellan teknik som ger nytta för personalen respektive enskilda. Flera av de typer av välfärdsteknik vi redogjort för i tidigare avsnitt kan också underlätta för personalen, exempelvis digitala lås, digital tillsyn och läkemedelsautomater.

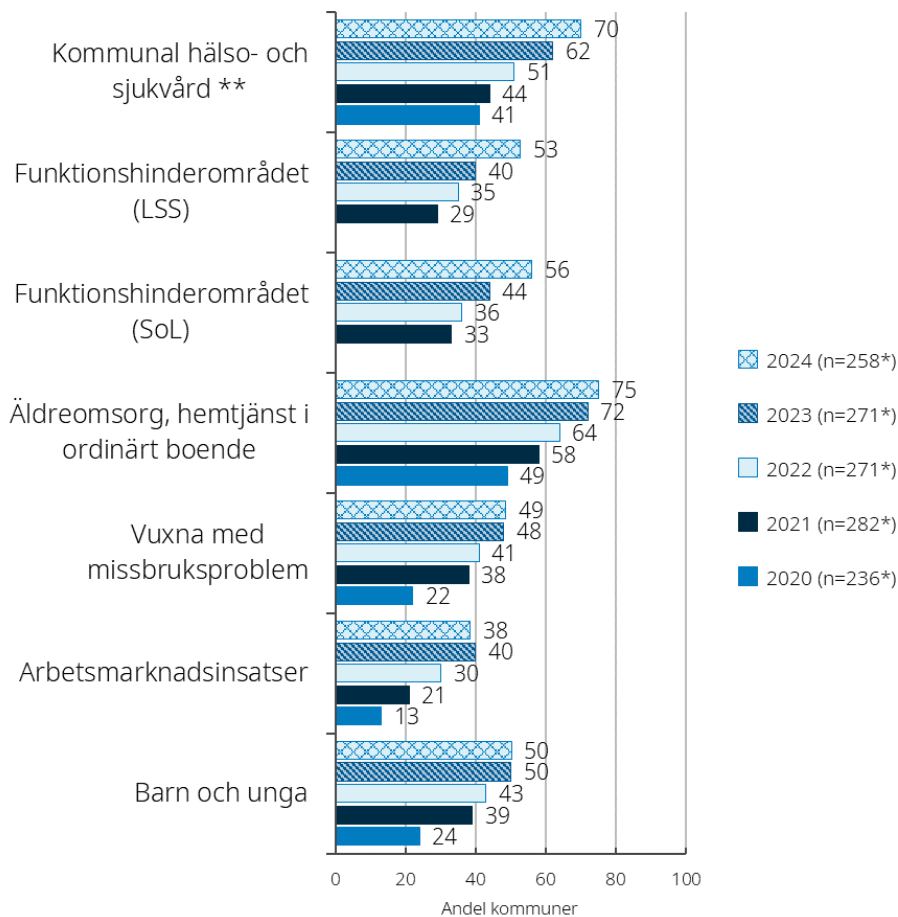
Mobil dokumentation ökar inom funktionshindersområdet

När mobil utförarpersonal besöker enskilda i hemmet kan de behöva dokumentera besöket i kommunens digitala verksamhetssystem eller i något annat system som behandlar personuppgifter. För att dokumentera mobilt

finns olika lösningar, till exempel smarta mobiler, surfplattor och bärbara datorer.

Socialstyrelsen har sedan 2019 frågat om personalens möjlighet att dokumentera mobilt och sett en stadig ökning varje år inom samtliga undersökta verksamheter. Den stora förändringen i år, jämfört med 2023, är inom funktionshindersområdet, med ökning på över 10 procentenheter i andel kommuner som erbjuder all mobil personal tillgång till mobil dokumentation. Det har också skett en väsentlig ökning inom den kommunala hälso- och sjukvården, se figur 5. Inom övriga verksamhetsområden är förändringen marginell jämfört med 2023.

Figur 5. Andel kommuner där all mobil personal har tillgång till utrustning för att kunna dokumentera mobilt i kommunens digitala verksamhetssystem, eller annat digitalt system där personuppgifter behandlas, i procent, 2020–2024



* Andel beräknas utifrån antal kommuner som har mobil personal inom området. Antal svarande kommuner varierar beroende på verksamhetsområde.

** Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i ordinärt boende

Trots att det har skett en positiv utveckling i personalens tillgång till mobil dokumentation är det fortfarande många kommuner som inte erbjuder någon i personalen tillgång till sådan utrustning. Av tabell 9 framgår att över en tredjedel av kommunerna inte erbjuder möjlighet till mobil dokumentation till någon personal inom områdena barn och unga, arbetsmarknadsinsatser och vuxna med missbruksproblem.

Tabell 9. Andel kommuner där mobil personal har tillgång till utrustning för att kunna dokumentera mobilt i kommunens digitala verksamhetssystem, eller annat digitalt system där personuppgifter behandlas, i procent, 2024

Verksamhet	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Mer än hälften	Alla	Saknar mobil personal inom området	Antal svar
Barn och unga	34	2	3	2	50	8	257
Arbetsmarknadsinsatser	40	4	0	3	38	14	258
Vuxna med missbruksproblem	35	4	2	3	49	8	257
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	13	4	2	5	75	1	254
Funktionshindersom rådet (SoL)	25	3	6	7	56	3	257
Funktionshindersom rådet (LSS)	29	5	4	6	53	3	258
Kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal)	19	4	1	4	70	1	237

Ökad tillgång till digitala planeringsverktyg och digital signering

Det finns en rad olika digitala arbetsverktyg som har fått spridning i kommunerna. Ett exempel är digitala planeringsverktyg, ofta i form av

mobilappar. Med dessa kan personalen lägga schema för sitt arbete, registrera besök och göra anteckningar om besöken hos brukarna. Enkätresultatet visar en ökning i andelen kommuner som har digitala planeringsverktyg för personal som arbetar inom särskilda boendeformer för äldre och stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, med 7 respektive 4 procentenheter jämfört med 2023. Inom ordinärt boende har det inte skett någon förändring sedan 2023 (se tabell 10).

Tabell 10. Andel kommuner som har digitala planeringsverktyg i socialtjänsten, uppdelat per verksamhetsområde, i procent, 2021–2024

Verksamhet	2021 (n=285*)	2022 (n=288*)	2023 (n=290*)	2024 (n=263*)
Ordinärt boende, äldre**	-	91	96	96
Ordinärt boende, personer med funktionsnedsättning	50	51	53	54
Särskilda boendeformer, äldre**	-	40	43	50
Stöd- och serviceboenden, personer med funktionsnedsättning**	-	32	39	43

* Antal svarande kommuner skiljer mellan verksamhetsområden utifrån om kommunen har överlåtit all verksamhet inom området till annan juridisk person.

** Frågan ställdes inte i 2021 års enkät.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har det digitala stödet till personal ökat år för år. Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder är det stöd som ökat mest, med 5 procentenheter 2024–2023. Digitalt stöd för utredning och behandling är ett nytt område som ingår i undersökningen, vilket 56 procent av kommunerna uppger att dom har. I övrigt ligger förändringarna i år endast på ett fåtal procentenheter (se tabell 11).

Tabell 11. Andel kommuner som har digitalt stöd till personal inom kommunal hälso- och sjukvård, i procent, 2021–2024

Typ av teknik	2021 (n=258)	2022 (n=259)	2023 (n=282)	2024 (n=258)
Digitala planeringsverktyg	51	58	57	59
Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, till	57	68	80	85

Typ av teknik	2021 (n=258)	2022 (n=259)	2023 (n=282)	2024 (n=258)
exempel läkemedelssignering				
Digitala medicinskåp	59	75	82	85
Digitalt stöd för utredning och behandling, till exempel sårvårdsappar, skattningsskalor och beslutsstöd*	-	-	-	56

* Frågan ställdes inte i 2021–2023 års enkäter.

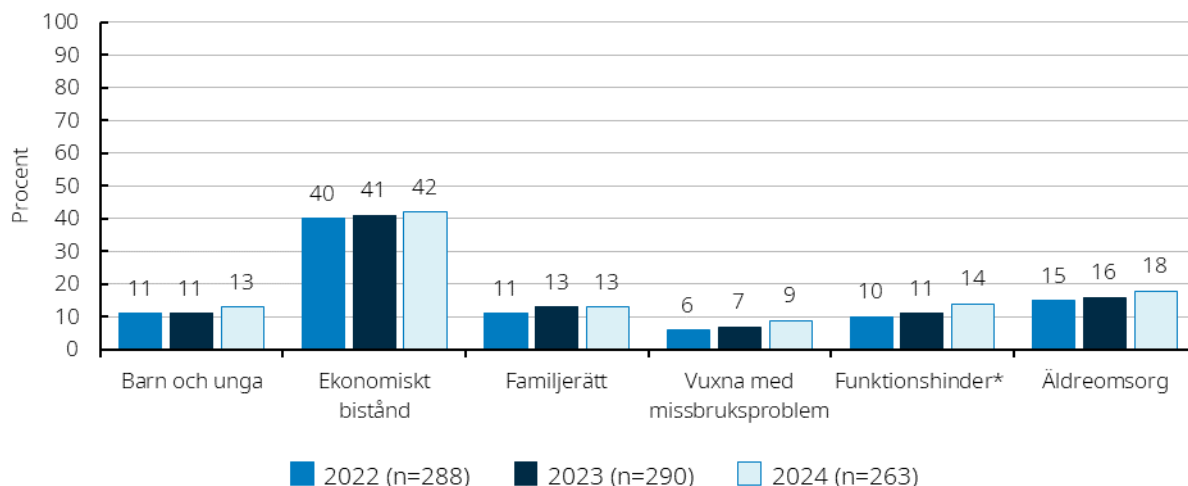
Automatisering i socialtjänsten

I socialtjänsten utförs handläggning och andra administrativa processer till stor del av handläggare som tar emot och bereder ansökningar och ser till att beslut fattas. I takt med den tekniska utvecklingen ökar förutsättningarna att automatisera många handläggningsprocesser och administrativa processer. Exempel på handläggningsprocesser som kan automatiseras är ansökan om ekonomiskt bistånd, färdtjänst och trygghetslarm. Exempel på automatiserade administrativa processer är avgiftshantering, fakturahantering, lönehantering och utbetalningsprocesser.

Figur 6 visar att kommunerna ligger kvar på liknande nivåer av automatisering som 2022. Det klart vanligaste området att automatisera, liksom vid tidigare mätningar, är ekonomiskt bistånd där 42 procent av kommunerna har en automatiserad process, varav 28 procent av kommunerna har automatiserat en handläggningsprocess och 25 procent av kommunerna har automatiserat en administrativ process.

Figur 6. Andel kommuner med minst en automatiserad process, antingen inom handläggning eller administration, i procent, 2022-2024

Fler svar kunde anges.



*SoL och/eller LSS

I enkäten tillfrågas kommunerna huruvida de har en automatiserad handlägningsprocess som innefattar en beslutsfunktion. Resultatet visar en marginell förändring i andel kommuner som har en automatiserad beslutsfunktion, från 7 procent 2023 till 8 procent 2024.⁸ Exempel på handläggning som omfattas av en automatisk beslutsfunktion i dessa kommuner är ekonomiskt bistånd och trygghetslarm.

⁸ I 2023 års rapport redovisades andelen utifrån antal kommuner som har en automatiserad handlägningsprocess. I denna rapport redovisas andelen utifrån totala antalet svarande kommuner.

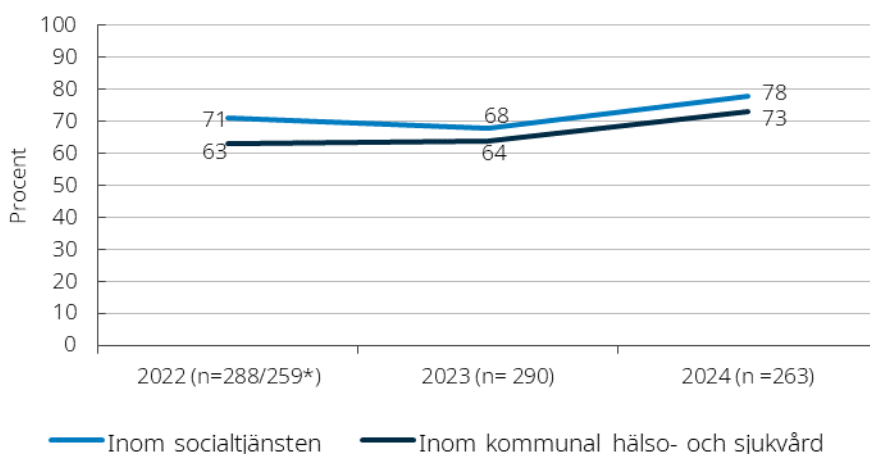
Styrning, analys och uppföljning

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för kommunernas arbete med styrning, kvalitetsledning, analys och uppföljning. Här tas även kommunernas arbete med klassifikationer upp.

Tydlig ökning av styrande dokument

I enkäten tillfrågas kommunerna om de har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Styrande dokument kan exempelvis vara en verksamhetsplan, handlingsplan, strategi eller policy. Styrande dokument har Socialstyrelsen tidigare identifierat som en viktig aspekt i införande och förvaltande av välfärdsteknik. Då det förankrar arbetet i hela organisationen [16]. Enkätresultatet visar att andelen kommuner som har denna typ av styrande dokument har ökat med 10 procentenheter mellan 2023 och 2024 (se figur 7). Andelen kommuner med styrande dokument inom socialtjänsten har ökat från 68 procent 2023 till 78 procent 2024. Inom den kommunala hälso- och sjukvården har andelen ökat från 64 procent 2023 till 73 procent 2024. Detta är den tydligaste ökningen sedan Socialstyrelsen började ställa frågor om styrande dokument 2017. Fram till 2023 har nivån legat mer eller mindre oförändrad.

Figur 7. Andel kommuner som har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, i procent, 2022-2024



* 2022 var antal svarande kommuner 288 inom socialtjänsten och 259 inom den kommunala hälso- och sjukvården. 2022 års uppgifter om socialtjänst gäller kommuner som har styrande dokument inom något av följande verksamhetsområden: individ och familjeomsorg, äldreomsorg eller funktionshindersområdet. I 2023 och 2024 års enkät görs ingen uppdelning mellan socialtjänstens verksamhetsområden.

Socialstyrelsen frågar kommunerna om de styrande dokumentens innehåll. Resultatet visar, precis som tidigare år, att det är betydligt vanligare att kommunerna har styrande dokument för vad de vill uppnå på lång sikt än att de har handlingsplaner som är tydligt tid- och resurssatta (se tabell 12). Endast en femtedel av kommunerna har denna typ av handlingsplaner. Det har inte skett någon ökning i förekomsten av handlingsplaner sedan 2023. I stället har de styrande dokumenten som rör långsiktiga mål ökat.

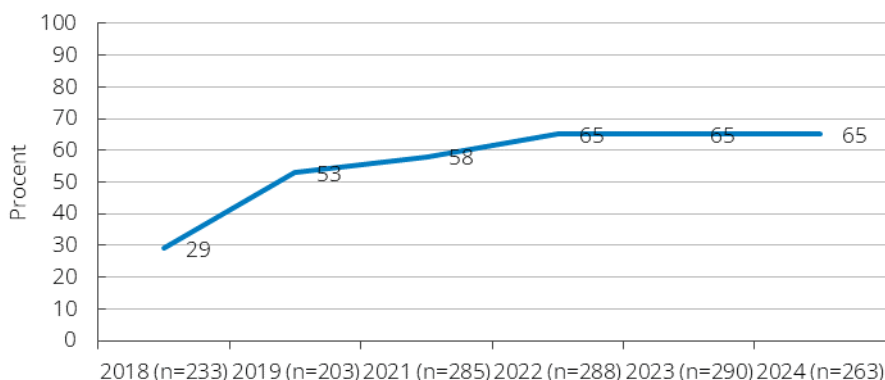
Tabell 12. Andel kommuner som har olika typer av styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, i procent, 2023-2024

Flera svar kunde anges.

Typ av styrande dokument	Socialtjänst 2023 (n=290)	Socialtjänst 2024 (n=263)	Kommunal hälso- och sjukvård 2023 (n=290)	Kommunal hälso- och sjukvård 2024 (n=263)
Styrande dokument där kommunen har angett vad man vill uppnå på lång sikt	58	68	53	63
Handlingsplan eller motsvarande som är tydligt tid- och resurssatt	24	21	23	21
Inget av dessa finns	32	22	36	27

Ingen ökning av kvalitetsledningssystem

I enkäten tillfrågas kommunerna om de har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik inklusive trygghetslarm. Över tid har andelen kommuner som har detta ökat från 29 procent 2018 till 65 procent 2022. Efter 2022 har nivån legat oförändrad på 65 procent (se figur 8).

Figur 8. Andel kommuner med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, i procent, 2018–2024*

*År 2020 ställdes ingen enkätfråga om kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik.

Det har inte skett några större förändringar sedan 2023 när det kommer till ledningssystemens innehåll. Den tydligaste ökningen gäller andelen kommuner som i sina ledningssystem har identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör införande och handhavande. Andelen har ökat från 76 procent 2023 till 82 procent 2024 (se tabell 13).

Tabell 13. Andel kommuner med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik (inklusive trygghetslarm), uppdelat på innehåll, i procent, 2023–2024

Flera svar kunde anges.

Andel kommuner som i ledningssystemet har:	2023 (n=186)	2024 (n=170)
Identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör införande och handhavande	76	82
Tagit fram skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med införande och handhavande	83	84
Rutiner för att göra riskanalyser	77	77
Rutiner för egenkontroll för att säkra kvaliteten	76	79
Rutiner för uppföljning av insatser med stöd av välfärdsteknik	62	65

En majoritet av kommunerna utför behovsanalyser

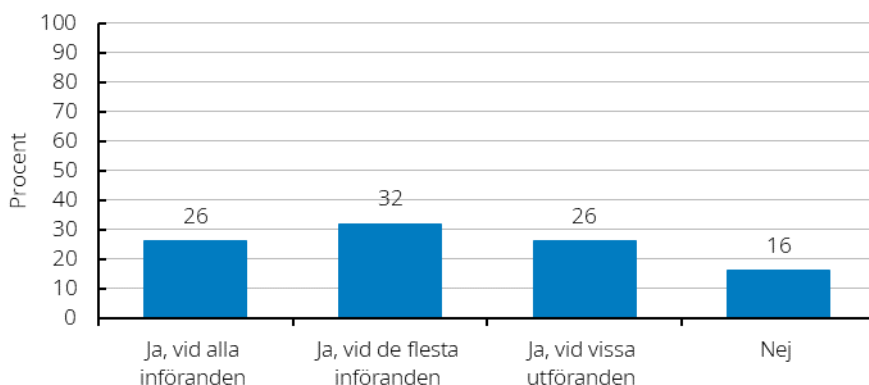
I årets enkät ingick en ny fråga om kommunerna utför behovsanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. En behovsanalys hjälper kommunen att skapa en bild av vilka förutsättningar och behov som finns för en förändring. I en behovsanalys ingår att identifiera målgruppen för förändringen samt att kartlägga och analysera målgruppens behov. En behovsanalys kan genomföras på olika sätt, till exempel genom intervjuer, enkäter, samtal med en fokusgrupp eller som en workshop. Enkätfrågan avsåg behovsanalyser som utförs strukturerat och som dokumenteras.

Totalt 84 procent av kommunerna uppgav att de utför behovsanalyser, men av fritextsvaren framgår att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt. Flera kommuner har uppgett att de utför behovsanalyser – men som svar på hur de går till väga beskriver de andra typer av analyser som nyttokalkyler, riskanalyser och omvärldsanalyser. Detta behöver tas med i tolkningen av resultatet. Socialstyrelsen bedömer att andelen kommuner som faktiskt kartlagt och analyserat målgruppens behov är betydligt lägre än 84 procent och att andelen kommuner som involverat brukare, patienter och personal i direktdialog under analysen är ännu lägre. Baserat på fritextsvaren uppskattar Socialstyrelsen att det inte rör sig om fler än 60 procent av kommunerna som utför behovsanalyser, och inte fler än 30 procent som utför dessa genom direktdialog.⁹ Detta är dock endast en grov uppskattning eftersom vi inte har någon bild av de metoder som används i de kommuner som inte lämnat fritextsvar (118 kommuner). Socialstyrelsen kommer framöver se över om enkätfrågan behöver förtydligas för att minska tolkningsutrymmet och vägleda respondenten ytterligare.

Vidare visar enkätresultatet att kommunerna utför behovsanalyser i olika utsträckning (se figur 9). Totalt 26 procent av kommunerna uppger att de utför behovsanalyser vid alla införanden av välfärdsteknik eller annan digitalisering, medan 32 procent av kommunerna gör det vid de flesta införanden, och 26 procent av kommunerna gör det vid vissa införanden.

⁹ Totalt 103 av 221 kommuner besvarade följdfrågan om hur kommunen går till väga när de utför behovsanalyser. Av dessa beskrev cirka en tredjedel att de utför andra typer av analyser, och inte behovsanalyser enligt den definition Socialstyrelsen använde i enkäten. Vidare beskrev cirka en tredjedel av de svarade att de utför behovsanalyser genom någon form av direktdialog med brukare, patienter och personal.

Figur 9. Andel kommuner som utför behovsanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, i procent, 2024 (n=263)



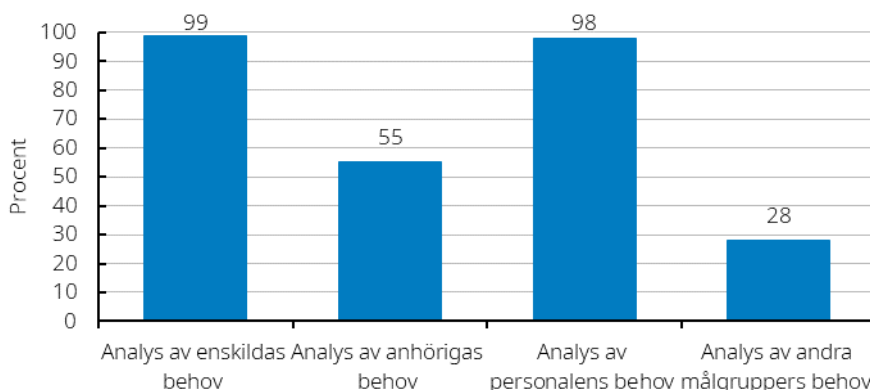
De kommuner som svarat nej på frågan fick följdfrågan om de arbetar med behovsanalyser på annat sätt. Totalt 11 kommuner besvarade följdfrågan. Av fritextsvaren framgår att flera kommuner genomför behovsanalyser, men att dessa inte sker på ett strukturerat sätt eller att de inte dokumenteras. Vidare framgår att flera kommuner är på väg att utveckla sitt arbete med behovsanalyser framöver. En kommun beskriver att de inte har tillräckliga resurser för att genomföra denna typ av analyser trots att de ser ett stort behov av detta.

Behovsanalysens innehåll

De kommuner som uppgav att de utför behovsanalyser tillfrågades om analysernas innehåll. Figur 10 visar att i princip samtliga kommuner som utför behovsanalyser gör detta utifrån enskildas behov (99 procent) och personalens behov (98 procent). Analys av anhörigas behov var inte lika vanligt förekommande (55 procent).

Figur 10. Andel kommuner vars behovsanalyser innehåller olika delar, i procent, 2024 (n=221)

Flera svar kunde anges.



Totalt 28 procent av kommunerna svarade att de utför behovsanalyser av andra målgruppers behov. Exempel på målgrupper som anges i fritextsvaren:

- specifika roller på kommunen, som samordnare, verksamhetschefer och it-strateger
- privata utförare och leverantörer
- olika samverkanspartners som regioner, näringsliv, arbetsgivare och andra kommuner.

Hur arbetar kommunerna med behovsanalyser?

De kommuner som uppgav att de utför behovsanalyser ombads beskriva hur de arbetar med detta. Totalt 103 av 221 kommuner valde att besvara denna följdfråga. Av dessa beskriver cirka en tredjedel att de arbetar direkt med brukare, patienter och personal för att fånga upp och kartlägga deras behov. Här använder vissa kommuner mer omfattande metoder medan andra beskriver enklare typer av dialog och samtal. Exempel på metoder som nämns:

- tjänstedesign, användardrivna testbäddar, testpaneler, användarresor och fokusgrupper
- enkäter, intervjuer och observationer
- workshoppar, dialogmöten och medborgardialoger.

Vissa kommuner beskriver att de samlar in behov från representanter på olika sätt. Exempelvis genom digitaliseringsombud, kommunens brukarråd (pensionärsråd, funktionshindersråd eller tillgänglighetsråd), brukar- och patientorganisationer och pensionärsföreningar. För att ta reda på vilka

behov personalen har sker insamling exempelvis genom referensgrupper, innovationsgrupper, digitaliseringsledare eller fackliga representanter. Vissa kommuner uppger att de använder statistik från verksamheten när de genomför behovsanalyser, som avvikelser eller resultat från brukarundersökningar.

Ofta beskriver kommunerna att de använder en kombination av flera olika typer av metoder. Nedan är citat hämtade från fritextsvaren från två kommuner som beskriver hur de arbetar med behovsanalyser. Dessa citat belyser den stora variation i metodik som framkommit i fritextsvaren generellt, där vissa kommuner arbetar i direkt dialog med de tilltänkta målgrupperna medan andra kommuner använder sig av representanter i olika sammanhang.

”Tjänstedesign används vid komplexa utmaningar där det krävs utforskande arbete för att förstå problem och behov. Utifrån de insikter som kommer fram vid utforskning definieras behov och därefter testas och justeras prototyper tillsammans med berörda innan slutlig lösning börjar användas brett. Vid utforskning kan behov för andra, än de först tilltänkta, målgrupper framkomma.”

”Representant/er från verksamhet som berörs inkluderas i behovsanalysen. Vi är däremot sämre på att faktiskt fråga brukarna och anhöriga om deras behov i specifika initiativ. Vi har däremot en dialog med olika föreningar och brukar-/patientorganisationer Även om det tas hänsyn till de behov som "vi som kommun" ser att de har. Vi har vid några tillfällen gått ut med enkäter till medborgare för att fånga in synpunkter.”

Vissa kommuner uppger att de arbetar systematiskt med behovsanalyser, att behovsanalysen ingår i en fastställd process vid införande av ny teknik. Andra kommuner uppger att det inte finns någon fastställd modell för hur eller när behovsanalyser ska utföras. Flera kommuner beskriver här mer informella metoder som dialoger eller samtal som utförs i samband med vissa införanden eller på förekommen anledning.

En majoritet av kommunerna utför nyttoanalyser

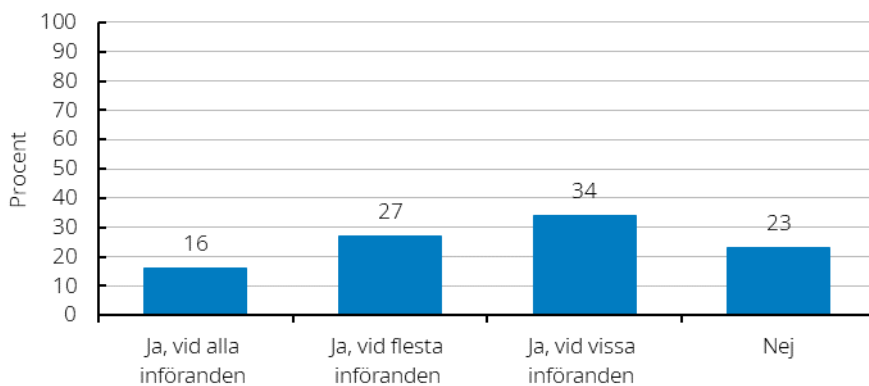
I enkäten tillfrågades kommunerna om de utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst

och kommunal hälso- och sjukvård. I en nyttoanalys ingår att identifiera och beskriva nyttor, planera för mätning av nuläget och uppföljning av utfallet. Nyttoanalyser är ett stöd för beslut men också ett stöd under en förändring och vid uppföljning. Totalt 77 procent av kommunerna uppgav att de utför nyttoanalyser. Detta resultat behöver tolkas med försiktighet eftersom enkätfrågan ger upphov till olika tolkningar. Socialstyrelsen kommer framöver se över om enkätfrågan behöver förtydligas för att minska tolkningsutrymmet.

År 2023 ställdes en snarlik enkätfråga om nyttoanalyser. Resultatet visade då att 67 procent av kommunerna utför nyttoanalyser. I år har enkätfrågan förtydligats med att nyttoanalysen ska utföras strukturerat och dokumenteras. Trots detta förtydligande framgår en ökning i andelen kommuner som utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering med 10 procentenheter.

Enkätresultatet visar att kommunerna genomför nyttoanalyser i olika hög utsträckning (se figur 11). Totalt 16 procent av kommunerna uppger att de utför nyttoanalyser vid alla införanden av välfärdsteknik eller annan digitalisering, medan 27 procent av kommunerna gör det vid de flesta införanden, och 34 procent av kommunerna gör det vid vissa införanden.

Figur 11. Andel kommuner som utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, i procent, 2024 (n=263)



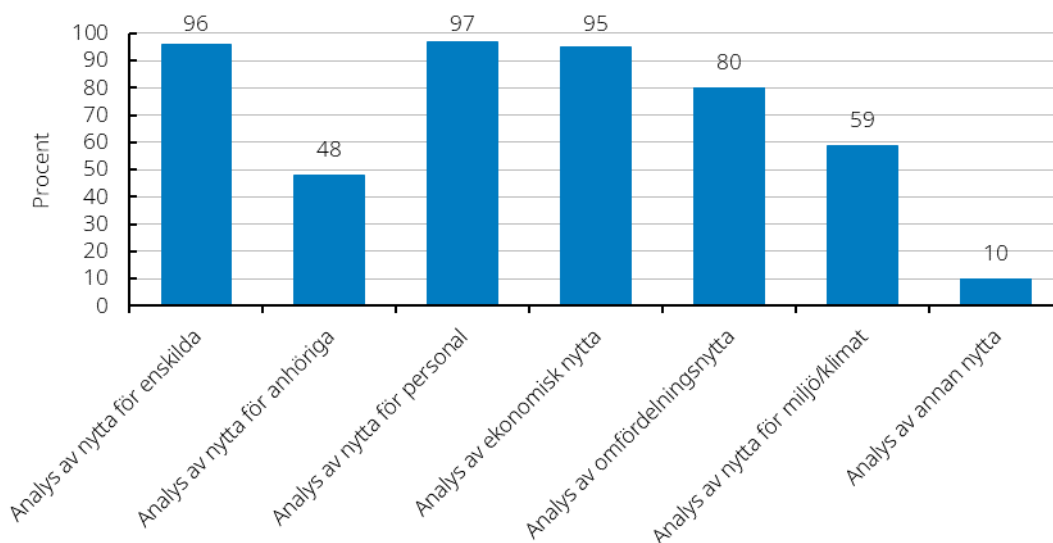
De kommuner som svarat nej på frågan fick följdfrågan om de arbetar med nyttoanalyser på annat sätt. Totalt 14 kommuner besvarade följdfrågan. Av fritextsvaren framgår att flera kommuner genomför nyttoanalyser, men att dessa inte sker på ett strukturerat och systematiskt sätt. Vidare framgår att flera kommuner är på väg att utveckla sitt arbete med nyttoanalyser framöver.

Nyttoanalysernas innehåll

De kommuner som uppgav att de utför nyttoanalyser fick en följdfråga om analysernas innehåll. Figur 12 visar att i princip samtliga kommuner som utför nyttoanalyser analyserar nytta för enskilda (96 procent), personal (97 procent) och ekonomi (95 procent). Analys av omfördelningsnytta, nytta för miljö eller klimat samt nytta för anhöriga var mindre vanligt.

Figur 12. Andel kommuner vars nyttoanalyser innehåller olika delar, i procent, 2024 (n=201)

Flera svar kunde anges.



Totalt 10 procent av kommunerna svarade att de utför analyser av annan typ av nytta. Exempel som nämns i fritextsvaren:

- kvalitetsnytta för verksamheten, exempelvis patientsäkerhet
- it- och informationssäkerhet
- nyttor för andra intressenter, exempelvis privata utförare, samarbetspartners och bredare samhällsnytta
- interoperabilitet och hållbarhet i digitala strukturer och förvaltning av tekniken
- analys av nytta ur ett strategiskt perspektiv, hur förändringarna går i linje med kommunens övergripande mål och planer.

Hur arbetar kommunerna med nyttoanalyser?

De kommuner som uppgav att de utför nyttoanalyser ombads beskriva hur de arbetar med detta. Totalt 82 av 201 kommuner valde att besvara denna följdfråga. Av fritextsvaren kan utläsas att arbetet ofta sker strukturerat utifrån en särskild modell. Dock beskriver några kommuner att arbetet

saknar systematik, att de saknar kunskap inom området eller att analyserna inte utförs strukturerat enligt någon särskild metod.

Det är vanligt att kommunerna har utgått från externt stöd för att sedan utveckla egna processer, rutiner och mallar. Det stöd som kommunerna tagit del av kan se olika ut. Det kan handla dels om konkreta mallar för nyttokalkyler för att beräkna kostnader och vinster, dels om utbildningar och stödmaterial som ger vägledning i processen. Flest kommuner beskriver att de använder stöd för nyttoanalyser från SKR. Här specificerar vissa kommuner att de använder stöd från SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och någon kommun beskriver att de fått direkt stöd från kompetenscentret i arbetet med nyttoanalyser. Ineras metoder och mallar för nyttoanalyser är också vanligt förekommande. Vidare nämner några kommuner att de använder stöd från Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) och Ekonomistyrningsverket.

Mer specifikt beskriver kommunerna olika typer av steg som de genomgår när de utför nyttoanalyser. Av fritextsvaren framgår att processen kan se olika ut i kommunerna och vara olika omfattande. Här följer exempel på några steg som nämns i fritextsvaren:

- Omvärldsanalys med utgångspunkt i behov identifierade hos brukare, personal och i verksamheten i övrigt. Några kommuner beskriver här hur behovsanalyser ligger till grund för nyttoanalysen.
- Kartläggning och insamling av statistik från verksamheten, exempelvis uppgifter om den tid personalen lägger på olika arbetsmoment.
- Beräkning av kostnader med att införa tekniken, både direkta kostnader som kostnaden för att införskaffa tekniken, och indirekta kostnader som utbildningsbehov.
- Analys av förväntade nyttor med att införa tekniken, både kvantitativa nyttor (som frigjord tid för personal och minskade resor) och kvalitativa nyttor (som ökad livskvalitet för brukare). Vissa kommuner beskriver hur de arbetar med metoder som SWOT-analys, effektkedjor och effekthemtagning i denna process. En kommun beskriver att de granskar studier och forskning rörande teknikens effekter och att de letar efter referenser från andra kommuner eller verksamheter som tidigare använt den aktuella tjänsten eller produkten.
- Avvägning mellan olika nyttor och prioritering. Vissa kommuner beskriver de avvägningar som behöver göras mellan olika typer av nyttor – som kvalitativa vinster och kostnad på kort och lång sikt. Några kommuner beskriver här hur nyttorna kopplas mot kommunens övergripande strategier och mål.

Flera kommuner beskriver hur nyttoanalysen görs i teamsamverkan där en bredd av kompetenser deltar. Exempel som nämns är workshoppar och

dialoger med personal från olika verksamheter – här nämns baspersonal, it-personal och ledning som exempel. Vissa kommuner beskriver också hur de samlar in underlag via enkäter till verksamheterna.

Nedan är citat hämtade från fritextsvaren från två kommuner som beskriver hur de arbetar med nyttoanalyser. Dessa citat belyser den stora variation i metodik som framkommit i fritextsvaren generellt, där vissa kommuner använder strukturerade metoder och andra inte har en specifik metod.

”Arbete med nyttoanalyser sker på olika sätt och används i olika omfattning i organisationen. Förslag till projekt nyttovärderas och prioriteras utifrån de som bedöms ge mest effekt för verksamheten och för brukarna utifrån givna ekonomiska ramar. Nyttovärderingen utgår från följande perspektiv; strategisk lämplighet, verksamhetsnytta, samhälls-/brukarnytta, ekonomisk hållbarhet och genomförbarhet. I en del fall utifrån perspektiven effektivisering av tid eller värdeskapande för stora delar av organisationen. I andra delar av organisationen är man i ett införande av en standardiserad process för nyttoanalys med ”vägledning i nyttorealisering” från DIGG samt med egna anpassningar.”

”Ingen specifik metod används. Vi gör en omvärldsanalys, tittar på målgruppens behov samt bedömer och analysera ekonomiska effekter. Som regel ligger detta till grund för nämndens beslut om ett införande.”

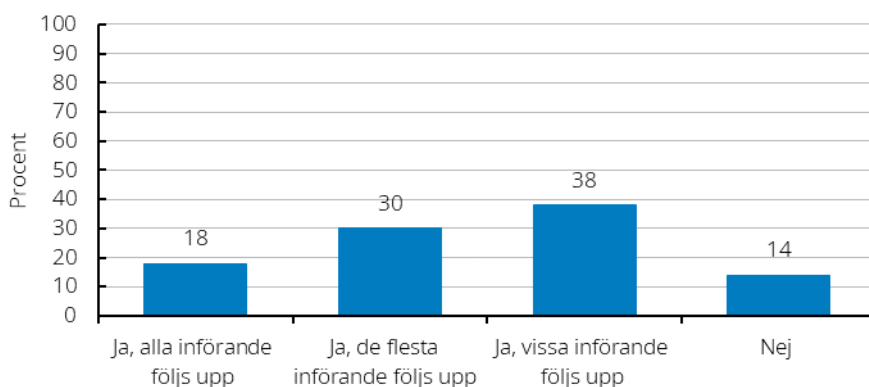
En majoritet av kommunerna följer upp införd teknik

I enkäten ställdes en ny fråga om kommunerna löpande följer upp införd välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Med uppföljning avses här om kommunen systematiskt följer upp och mäter utfallet av en förändring. Uppföljningar kan utföras på olika sätt med hjälp av både kvalitativa och kvantitativa metoder, exempelvis genom enkäter, intervjuer eller ekonomiska kalkyler. Enkätfrågan avsåg uppföljningar på grupp/verksamhetsnivå, som utförs strukturerat och som dokumenteras, och inte den individuella uppföljning som personalen gör i enskilda ärenden.

Totalt 86 procent av kommunerna uppgav att de följer upp sina införanden, men av fritextsvaren framgår att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt. I flera kommuner sker inte uppföljningen systematiskt eller strukturerat. Några kommuner har också misstolkat enkätfrågan och svarat att de följer upp insatser i enskilda ärenden. Detta behöver tas med i tolkningen av resultatet. Socialstyrelsen kommer framöver se över om enkätfrågan behöver förtydligas för att minska tolkningsutrymmet och vägleda respondenten ytterligare.

Socialstyrelsen bedömer, precis som för behovsanalyser, att andelen kommuner som systematiskt följer upp och mäter utfallet av sina införanden är betydligt lägre än 86 procent. Att uppföljningen ofta inte sker systematiskt visas också av enkätresultatet där 18 procent av kommunerna angett att alla införanden följs upp medan 38 procent av kommunerna uppger att de följer upp vissa införanden (se figur 13).

Figur 13. Andel kommuner som löpande följer upp införd välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, i procent, 2024 (n=263)



De kommuner som svarat att de inte utför denna typ av uppföljning fick följdfrågan om de arbetar med uppföljning på annat sätt. Totalt 6 kommuner besvarade följdfrågan. Av fritextsvaren framgår att kommunerna genomför annan typ av uppföljning – som uppföljning på individnivå, uppföljning av avvikelser och verksamhetsuppföljning (men att detta inte görs systematiskt). Vidare framgår att flera kommuner är på väg att utveckla sitt arbete med uppföljning framöver.

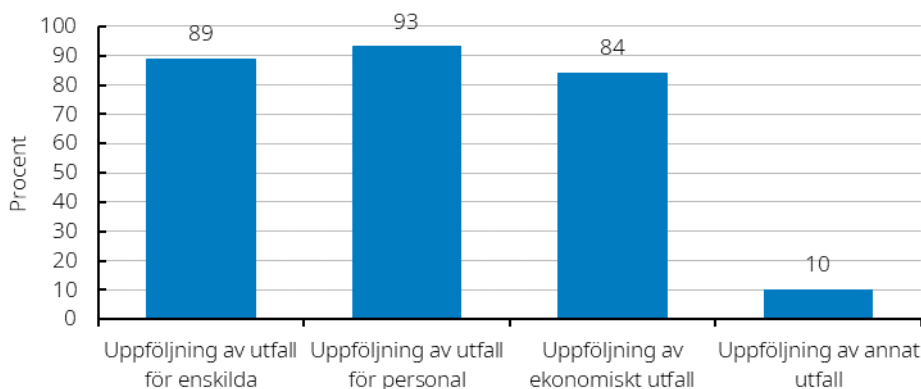
Uppföljningens innehåll

De kommuner som uppgav att de gör löpande uppföljning tillfrågades om dess innehåll. Figur 14 visar att det är vanligast att kommunerna följer upp utfallet för personal (93 procent). Totalt 89 procent av kommunerna följer upp utfallet för enskilda och 84 procent följer upp ekonomiskt utfall. Flera

kommuner beskriver i fritextsvar att de aspekter som följs upp varierar utifrån syftet med införandet av tekniken.

Figur 14. Andel kommuner vars uppföljning innehåller olika delar, i procent, 2024 (n=227)

Flera svar kunde anges.



Totalt 10 procent av kommunerna svarade att de följer upp annat utfall. Här följer exempel som nämns i fritextsvaren:

- kvalitet för verksamheten
- omfördelningsnytta, exempelvis i form av frigjord tid för personal
- hur tekniken fungerar och i vilken utsträckning den används
- implementeringstakt och om syftet med införandet har uppnåtts
- avtalsuppföljning
- anhörigas perspektiv
- drivkostnader, bensinkostnader och utsläpp.

Hur arbetar kommunerna med uppföljning?

De kommuner som uppgav att de gör uppföljningar ombads beskriva hur de arbetar med detta. Totalt 75 av 227 kommuner valde att besvara denna följdfråga. Av fritextsvaren kan utläsas att uppföljning görs i olika utsträckning och med olika nivåer av systematik.

Vissa kommuner beskriver att de har en standardiserad process för uppföljning av välfärdsteknik och digitalisering. Denna ingår ofta i bredare processer som projektmodeller, nyttorealiseringsplaner, kvalitetsarbete och förvaltningsmodeller. Några kommuner beskriver att de utgått från modeller från externa aktörer som SKR och Inera eller modeller för kvalitetsuppföljning som finns på marknaden. En kommun uppger att den samverkar med en högskola i arbetet med uppföljning. Andra kommuner beskriver att de saknar en standardiserad process och att uppföljningen

skiljer sig mycket åt mellan olika projekt. En kommun kommenterar här att uppföljning ofta är något som prioriteras bort när tiden inte räcker till.

Den vanligaste metoden för att följa upp utfallet som nämns i fritextsvaren är inhämtning av erfarenheter via intervjuer, enkäter, workshoppar och annan typ av dialog. I flera fall specificerar kommunerna att erfarenheter samlas in från slutanvändarna själva. Exempelvis genom intervjuer med brukare om deras upplevelser av välfärdsteknik eller genom enkäter till personalen om deras erfarenheter av digitala arbetsredskap. I några fall framgår att erfarenheter inhämtas mer indirekt – som genom referensgrupper eller genom att personal rapporterar om brukarnas upplevelser av hur välfärdstekniken fungerar.

Några kommuner beskriver att de utför ekonomiska kalkyler och beräkningar som en del i sin uppföljning. Exempelvis uppger en kommun att de följer månadskostnaderna för en insats och jämför med vad den skulle ha kostat om välfärdsteknik inte använts. Andra typer av metoder som beskrivs är inhämtning och uppföljning av statistik. Några kommuner beskriver här hur de använder statistiken för att följa upp effektmål, exempelvis för att se om tekniken hjälpt till att minska antal fallolyckor eller om den lett till minskad administration. En kommun beskriver hur de använder sig av analys av hälsodata, resultat från kvalitetsregister och markörbaserad journalgranskning i uppföljningen. Uppföljning och analys av avvikelser är också något som nämns av några kommuner. Andra metoder som nämns är utvärderingar, processkartläggningar, kvalitets- och verksamhetsberättelser, internkontroll, egenkontroller, stickprov, avtalsuppföljning och regelbundna avstämningar med leverantör.

Nedan är citat hämtade från fritextsvaren från två kommuner som beskriver hur de arbetar med uppföljning. Dessa citat belyser den stora variation i metodik som framkommit i fritextsvaren generellt, där vissa kommuner genomför uppföljning mer regelbundet än andra kommuner.

”Projektmetodik används numera på Omsorgsförvaltningen vid alla införanden. I den metodiken ingår slutrapport som analyserar utfallet av projektmål och effektmål. Aven Arbete och välfärdsförvaltningen har en tydlig projektprocess där uppföljning ingår.”

”I vissa ärenden har det gjorts en systematisk uppföljning, med intervjuer av personal och brukare för att se nyttan. I andra ärenden har olika genomgångar gjorts

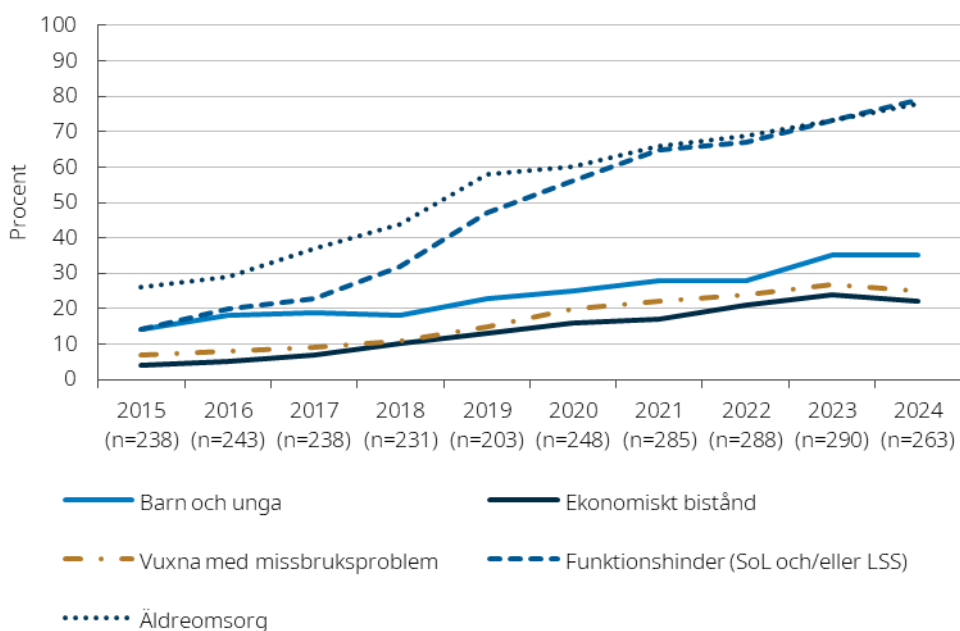
av exempelvis statistik för att se hur tekniken har kunna hjälpa till att minska ex fall.”

Ökad användning av ICF

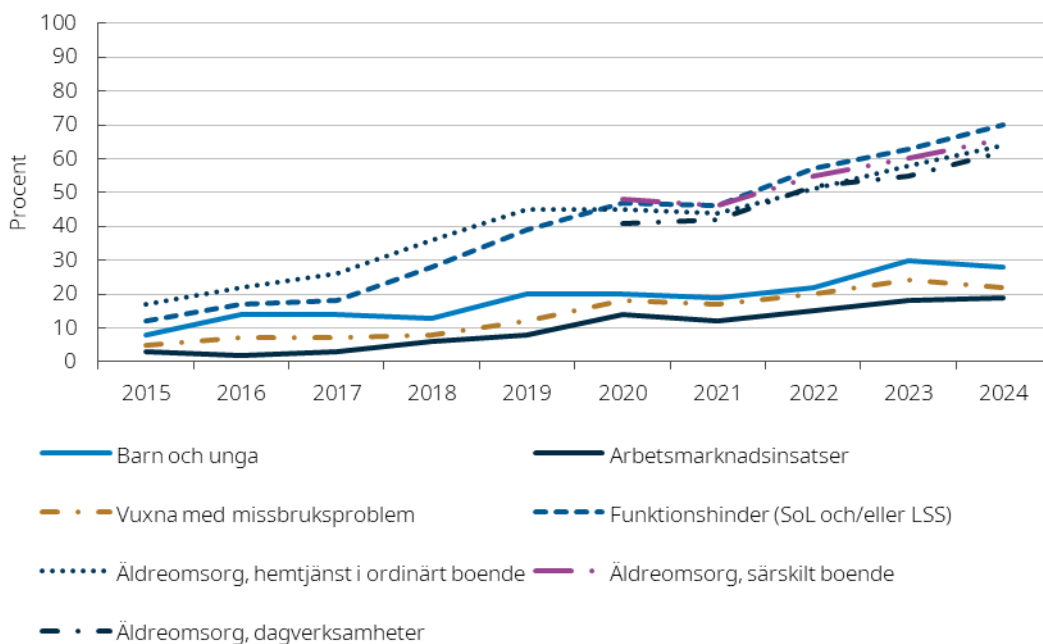
Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa [18].

Klassifikationen används som stöd vid bedömning av behov, arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. Sedan 2015 har Socialstyrelsen frågat kommunerna om deras användning av ICF, vilken ökat över tid (se bilaga 5). Årets resultat visar att nästan 80 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning inom äldreomsorg och funktionshinder, i utförarverksamheten används ICF av 62–70 procent av kommunerna inom dessa områden. Andelen kommuner som använder ICF inom övriga verksamhetsområden är betydligt lägre och ligger på omkring 20–35 procent, beroende på område (se figur 15 och 16).

Figur 15. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder ICF i dokumentationen, i procent, 2015–2024



Figur 16. Andel kommuner där personal i de kommunala utförarverksamheterna använder ICF i dokumentationen, i procent, 2015-2024*



* Antal kommuner som har besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andelen beräknas utifrån hur många kommuner som har svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

I den kommunala hälso- och sjukvården har ICF varit i bruk i en majoritet av kommunerna sedan 2015 och användningen har ökat kontinuerligt (se bilaga 5). För hemsjukvård i ordinärt boende har andelen kommuner som använder ICF ökat från 66 till 87 procent mellan 2015 och 2024. För hälso- och sjukvård i särskilt boende har användningen ökat från 69 till 87 procent under samma period.

Ingen ökad användning av KSI

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) [19] gör det möjligt att enhetligt och jämförbart 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 entydigt dela, jämföra och att följa upp de aktiviteter och insatser som beslutas, planeras och genomförs inom socialtjänsten. Användningen av KSI är, precis som användningen av ICF, vanligast inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet jämfört med övriga områden. Enkätresultatet visar att omkring 20 procent av kommunerna använder KSI i inom funktionshindersverksamhet respektive äldreomsorg (se bilaga 5). För övriga verksamhetsområden ligger andelen på omkring 10 procent.¹⁰ Till skillnad från ICF har det inte skett någon utveckling i användningen av KSI sedan 2019.

¹⁰ Övriga områden som följs upp i enkäten är: barn och unga, arbetsmarknadsinsatser, ekonomiskt bistånd och vuxna med missbruksproblem.

Skillnader mellan kommuner av olika storlek

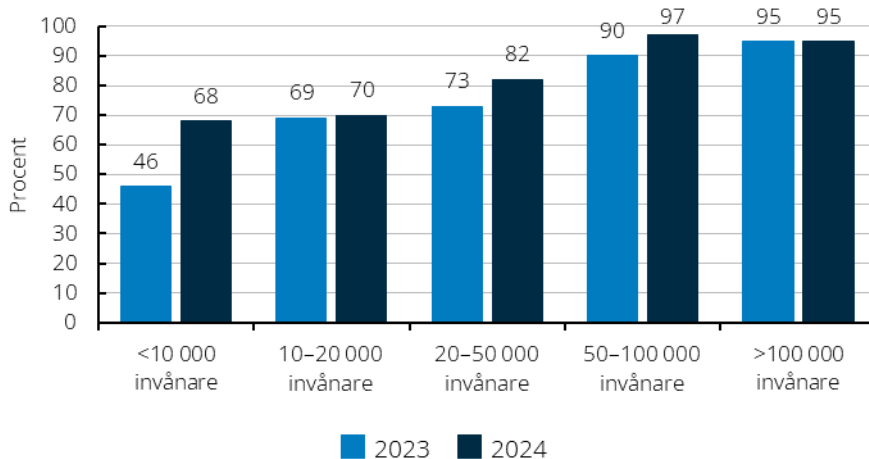
Nedan presenteras skillnader i enkätresultatet mellan kommuner av olika storlek, sett till invånarantal, inom vissa utvalda områden. Resultatet bekräftar bilden från 2021–2023 om att de större kommunerna har kommit längre i sin digitala utveckling än de mindre kommunerna. I flera fall framkommer ett tydligt mönster av att ju större en kommun är, desto fler positiva svar på enkätfrågorna. Men resultatet visar även på områden där skillnaderna inte är lika tydliga, och fall där de mindre kommunerna har närmat sig de större kommunerna.

Styrande dokument och kvalitetsledningssystem

Resultatet visar att större kommuner i högre utsträckning än mindre kommuner har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Exempelvis har 65 procent av de minsta kommunerna, och 90 procent av de näst största kommunerna, denna typ av styrande dokument inom kommunal hälso- och sjukvård. Inom socialtjänsten är skillnaderna lika stora (se figur 17).

Dock visar årets resultat att skillnaderna mellan storleksgrupperna har minskat i år, jämfört med 2023. Detta eftersom förekomsten av styrande dokument har ökat markant bland de minsta kommunerna. Resultatet visar ökning på omkring 22 procentenheter i den minsta storleksgruppen 2023–2024, både gällande styrande dokument inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Figur 17 visar att andelen kommuner med styrande dokument inom socialtjänsten har ökat från 46 procent 2023 till 68 procent 2024 i den minsta storleksgruppen.

Figur 17. Andel kommuner som har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering inom socialtjänsten, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2023–2024*



*Antal kommuner per storleksgrupp varierar mellan åren.

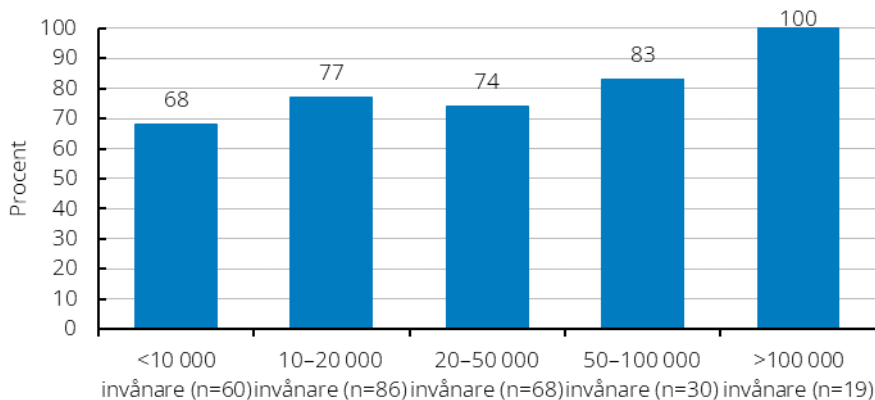
Den generella ökningen av styrande dokument som 2024 års enkätresultat visade kan alltså främst kopplas till en ökning bland de minsta kommunerna. Dock bör här tilläggas att svarsfrekvensen och antal kommuner per storleksgrupp skiljer sig mellan åren (se bilaga 3).

De största kommunerna utmärker sig även inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, där 79 procent anger att de har ett sådant system. De näst minsta kommunerna har också denna typ av ledningssystem i hög utsträckning (70 procent) medan övriga storleksgrupper ligger på en lägre nivå, omkring 60 procent (se bilaga 3).

Nyttoanalyser

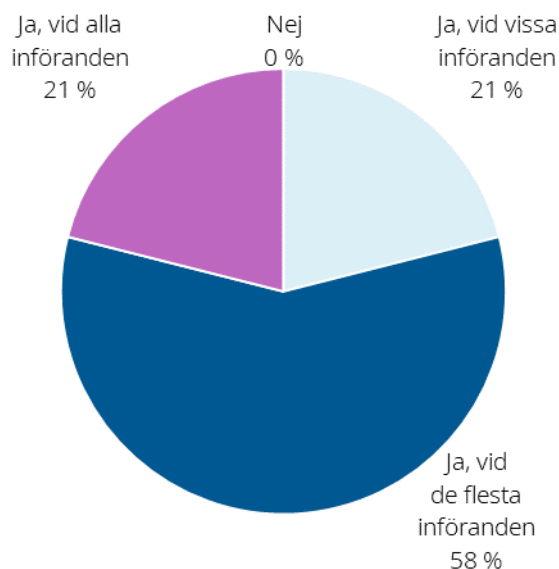
De större kommunerna utför i högre utsträckning än mindre kommuner nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Figur 18 visar att samtliga av de största kommunerna utför denna typ av nyttoanalyser, motsvarande siffra för de minsta kommunerna är 68 procent.

Figur 18. Andel kommuner som utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024

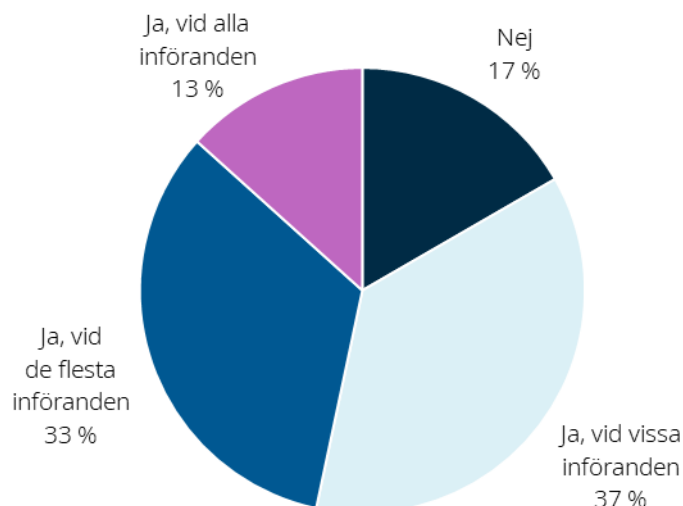


Vidare utför de större kommunerna nyttoanalyser oftare än de mindre kommunerna. Figur 19 och 20 visar skillnaden mellan de största kommunerna, över 100 000 invånare, och de näst största kommunerna, mellan 50 000 och 100 000 invånare. I den största storleksgruppen utför 79 procent av kommunerna nyttoanalyser vid alla eller de flesta införanden, och bland de näst största kommunerna är motsvarande siffra 46 procent.

Figur 19. Andel kommuner över 100 000 invånare som utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, i procent, 2024 (n=19)



Figur 20. Andel kommuner med 50 000–100 000 invånare som utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, i procent, 2024 (n=30)



Behovsanalyser

I kommunernas arbete med behovsanalyser framkommer inte ett lika tydligt mönster kopplat till kommunstorlek, som för nyttoanalyser. I stället är nivåerna relativt jämna mellan storleksgrupperna (se bilaga 3). Dock utmärker sig de största kommunerna även här, där samtliga angett att de utför behovsanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering.

Att skillnaderna mellan storleksgrupperna är mindre inom detta område kan vara kopplat till att kommunerna tolkade enkätfrågan på olika sätt, vilket togs upp i tidigare avsnitt. En analys av fritextsvaren visar att de största kommunerna är överrepresenterade bland de kommuner som i fritextsvaren angett att de arbetar strukturerat med att kartlägga och analysera behovet hos målgruppen genom metoder som intervjuer, enkäter, workshoppar och tjänstedesign. De medelstora kommunerna, mellan 20 000 och 50 000 invånare, utgör också en stor andel. Sedan finns även några exempel på mindre kommuner som uppgett att de arbetar med dessa metoder.

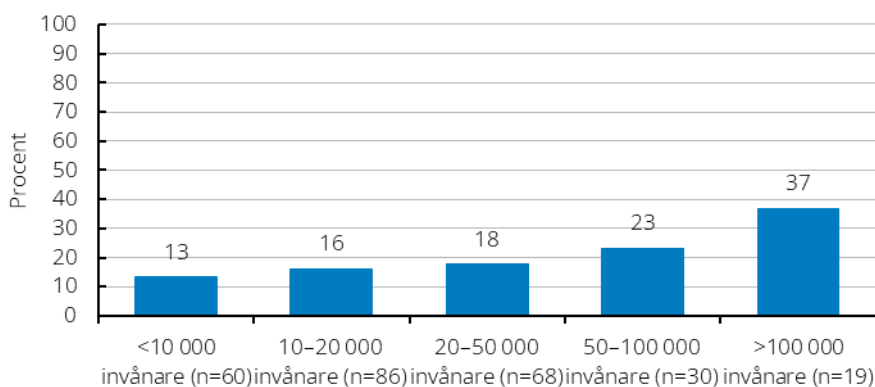
Uppföljning

I kommunernas arbete med uppföljning av införd välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård framkommer inga stora skillnader kopplat till kommunstorlek. De större

kommunerna uppvisar något högre resultat än de mindre kommunerna – andelen kommuner som löpande följer upp sina införanden är 95 procent i den största storleksgruppen och 87 procent i den minsta storleksgruppen (se bilaga 3). Likt behovsanalyser, framkom av enkätens fritextsvar att kommunerna tolkat enkätfrågan om uppföljning på olika sätt, vilket kan påverka utfallet av jämförelser mellan kommunstorlekar. Andelen kommuner som arbetar systematiskt med uppföljning är troligen avsevärt lägre än vad som framgår av enkätresultatet.

Skillnaderna mellan kommunstorlekar är större när det kommer till hur ofta uppföljningen utförs. Totalt 37 procent av de största kommunerna uppger att de följer upp alla införanden, motsvarande siffra för de minsta kommunerna är 13 procent (se figur 21).

Figur 21. Andel kommuner som löpande följer upp all införd välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024



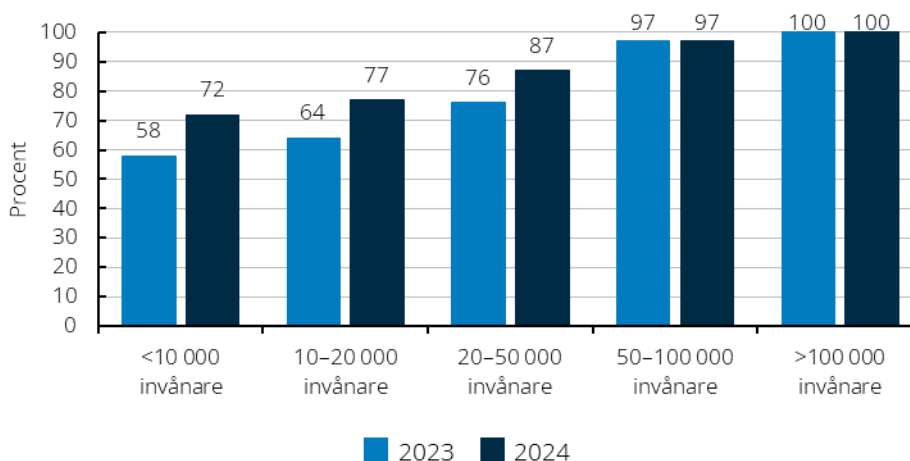
Stöd för att minska digitalt utanförskap

De större kommunerna erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap i högre utsträckning än de mindre kommunerna. Samtliga av de största kommunerna, och 97 procent av de näst största kommunerna, erbjuder denna typ av stöd. Av de minsta kommunerna är det 72 procent som erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap.

Årets enkätresultat visade en tydlig ökning i andelen kommuner som erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap, från 71 procent 2023 till 82 procent 2024. Figur 22 visar att ökningen varit som störst bland de minsta kommunerna, där har andelen kommuner som erbjuder detta stöd ökat med 14 procentenheter, från 58 procent 2023 till 72 procent 2024. Men det har

också skett en väsentlig ökning bland de näst minsta kommunerna och de medelstora kommunerna, med över 10 procentenheter (se figur 22 och bilaga 3). Dock bör här tilläggas att en del av ökningen kan bero på ett förtydligande av enkätfrågan, vilket behandlades i tidigare avsnitt.

Figur 22. Andel kommuner som erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2023–2024*

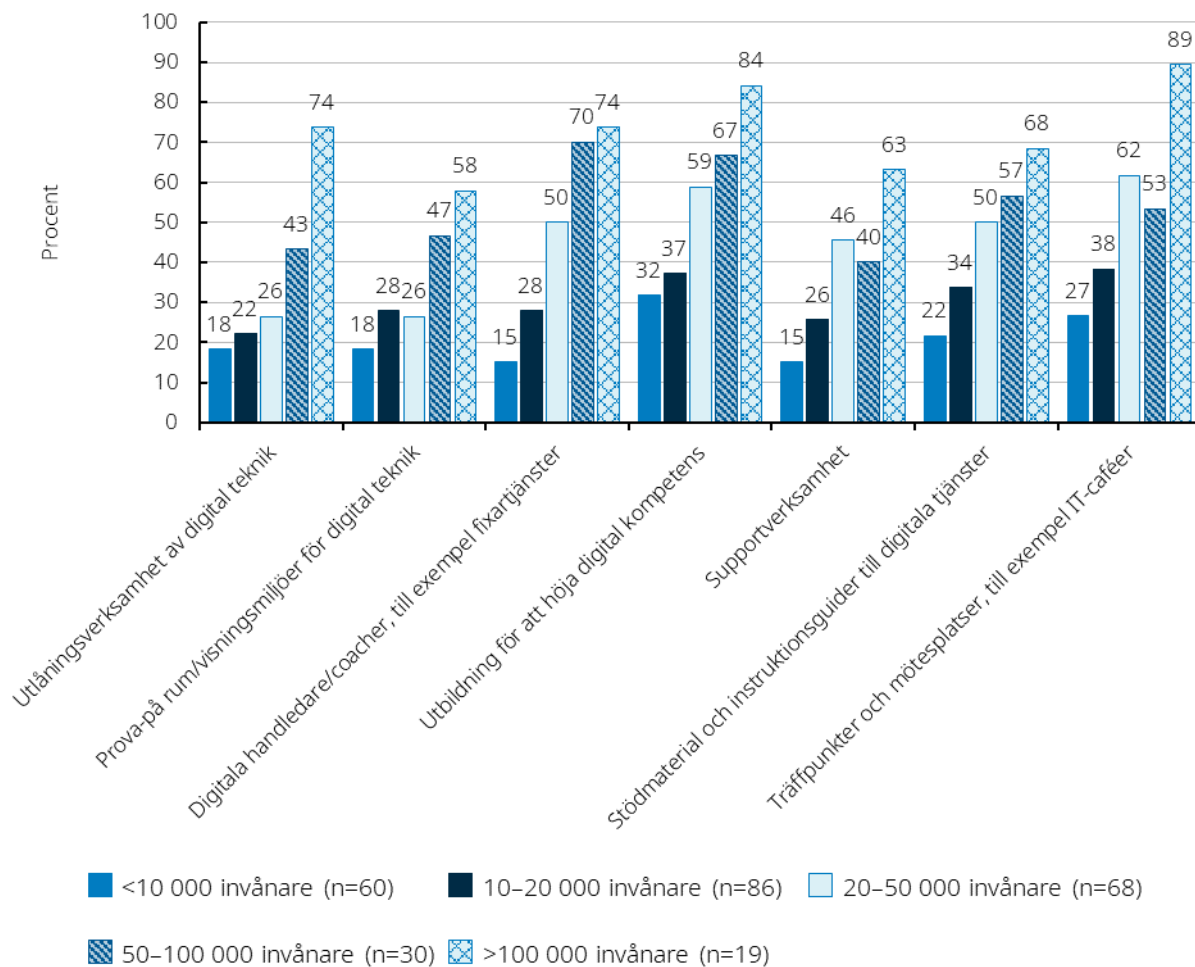


*Antal kommuner per storleksgrupp varierar mellan åren.

Skillnaden mellan storleksgrupperna framgår ännu tydligare vid en uppdelning av stödets innehåll (se figur 23). Exempelvis erbjuds stöd av digitala handledare och coacher av 74 procent av de största kommunerna och 15 procent av de minsta kommunerna. Skillnaden mellan storleksgrupperna är som minst när det kommer till utbildning för att höja digital kompetens, vilket 84 procent av de största kommunerna och 32 procent av de minsta kommunerna erbjuder. Även stödmaterial och instruktionsguider till digitala tjänster samt prova-på rum och visningsmiljöer uppvisar förhållandevis jämna nivåer.

Figur 23. Andel kommuner som erbjuder olika typer av stöd för att minska digitalt utanförskap, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024

Flera svar kunde anges.



Intervjustudie om skillnader i införande av välfärdsteknik inom olika verksamhetsområden

Socialstyrelsens uppföljning har visat att tillgången till välfärdsteknik ser väldigt olika ut i landet, både mellan kommuner och inom en och samma kommun. Det finns stora skillnader mellan kommuner när det gäller vilka verksamhetsområden som välfärdsteknik erbjuds inom, vissa kommuner erbjuder exempelvis bara välfärdsteknik till äldre som bor i ordinärt boende, medan andra kommuner erbjuder teknik till en bredare målgrupp. Detta innebär att invånare har olika möjligheter att använda digital teknik – baserat på var de bor, hur gamla de är och vilken insats de får från kommunen. Socialstyrelsen vill i denna intervjustudie undersöka vad dessa skillnader beror på. Studien syftar även till att ge en fördjupad förståelse för hur kommunerna går till väga när de definierar målgruppen för välfärdsteknik.

Studien fokuserar på teknikerna digital natttillsyn och läkemedelsautomater och jämför kommuner som har valt olika vägar i implementeringen av dessa tekniker. Totalt intervjuades tio kommuner under november 2023 – december 2023. Hälften av kommunerna hade en ”snäv” implementering av teknikerna – vilket innebär att de infört tekniken endast inom ett verksamhetsområde. Den andra hälften hade en ”bred” implementering av teknikerna – vilket innebär att de infört tekniken inom mer än ett verksamhetsområde. Totalt intervjuades 21 intervjupersoner, som hade olika roller på kommunen. Vanligast var att de arbetade som verksamhetsutvecklare, samordnare eller chefer på olika nivåer. Intervjupersonerna hade i regel störst insyn i digitalisering inom äldreomsorgen. Flera intervjupersoner uttryckte att de hade bristande insyn i arbetet med digitalisering inom exempelvis funktionshindersområdet och individ- och familjeomsorgen. Detta behöver beaktas i tolkningen av intervjureultatet. För mer information om intervjustudien och dess urval se bilaga 7.

Kommunernas bedömning av teknikens målgrupp

I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen för hur kommunerna såg på målgrupperna för digital natttillsyn och läkemedelsautomater samt hur de gick till väga när de definierade dessa målgrupper.

Vem är i behov av tekniken?

För att definiera målgruppen för välfärdsteknik behöver en kommun ta ställning till vilket behov tekniken är tänkt att fylla för den enskilde. Under intervjuerna gav kommunerna en samstämmig bild av det behov som digital natttillsyn och läkemedelsautomater är tänkt att möta: digital natttillsyn syftar till att möta behovet av tillsyn nattetid och läkemedelsautomater syftar att möta behovet av stöd vid läkemedelsintag.

Det kan finnas olika anledningar till den enskildes behov av dessa insatser – för natttillsyn kan det exempelvis handla om oro nattetid eller fallrisk medan det för läkemedelsautomater kan handla om svårigheter att komma ihåg att ta läkemedel vid rätt tidpunkt. Vidare behöver behovet vara av en sådan art att det kan tillgodoses av digital teknik. För exempelvis läkemedelsautomater behöver själva läkemedlen kunna hanteras av läkemedelsautomaten. Dock understryker flera intervjupersoner att digital teknik med fördel kan kombineras med fysiska insatser. Exempelvis kan natttillsyn utföras digitalt under vissa tidpunkter när den enskilde vanligtvis sover och fysisk tillsyn, med exempelvis hjälp till toalettbesök, utföras vid andra tidpunkter under natten.

Över lag beskriver intervjupersonerna att den digitala tekniken är tänkt att fylla samma behov som, eller komplettera, de fysiska insatser som kommunen har i dagsläget. Det är alltså ingen helt ”ny” målgrupp som kommunen letar efter när de inför denna typ av välfärdsteknik – i stället utgår de från redan kända behov och insatser. Detta betyder inte att de digitala lösningarna är lämpliga för alla individer, i alla typer av fall eller att de helt kan ersätta fysiska insatser. Snarare bör det förstås som att tekniken är tänkt att fylla samma funktion som de fysiska insatserna – i de fall där de är lämpliga. Vidare nämner intervjupersonerna att en digital lösning kan vara särskilt lämplig i vissa fall. För digital natttillsyn kan det handla om att den enskilde vaknar eller på annat sätt störs av fysisk natttillsyn. För läkemedelsautomater kan det handla om att den enskilde upplever begränsningar med en fysisk insats och vill hantera sina läkemedel på egen hand i så hög utsträckning som möjligt.

Vem passar tekniken för?

En annan aspekt som blir central i definitionen av teknikens målgrupp är att undersöka vilka förmågor eller förutsättningar den enskilde behöver ha för att tekniken ska kunna uppfylla behovet. När det gäller digital nattillsyn beskriver intervjupersonerna generellt att den enskilde behöver ha den kognitiva förmågan att förstå vad digital nattillsyn innebär, vara positivt inställd till tekniken och ge sitt samtycke till att tekniken används. När det gäller läkemedelsautomater lyfter intervjupersonerna att det är centralt att personen är motiverad att ta sina läkemedel, har de fysiska och kognitiva förmågorna som krävs för att kunna ta medicinen när automaten signalerar samt är positiv inställd till att använda tekniken och samtyckt till att den används.

Intervjupersonerna uttalade sig sällan mer specifikt om vilka grupper som de ser som lämpliga eller olämpliga användare av digital nattillsyn och läkemedelsautomater, i stället betonades vikten av den individuella bedömningen av den enskildes förutsättningar, förmågor och önskemål. För både digital nattillsyn och läkemedelsautomater beskriver kommunerna löpande uppföljning på individnivå som en central del för att säkerställa att tekniken är fortsatt lämplig och att insatsen fungerar som den ska.

Hur gick kommunerna tillväga?

Intervjuerna gav en begränsad bild av den process kommunerna genomgått när de skulle definiera målgruppen för digital nattillsyn. Ofta hade tekniken införts flera år tidigare, när flera av intervjupersonerna inte själva var delaktiga. De flesta kommuner som intervjuades hade använt sig av någon form av projektmodell när de införde tekniken. Ett typiskt fall var att arbetet drevs av en projektgrupp, att det genomfördes piloter och tester av tekniken samt någon form av utvärdering av utfallet och sedan beslut om att införa tekniken brett. Vissa intervjupersoner nämnde kontakt med andra kommuner som ett sätt att få inspiration och stöd. Generellt uttryckte intervjupersonerna att de inte upplevt några svårigheter med att definiera målgruppen för digital nattillsyn. Den gemensamma bilden var att det var enkelt att ringa in målgruppen. Målgruppen upplevdes på det stora hela vara densamma som för den fysiska tillsynen och var därigenom redan ”känd” för kommunen.

Intervjuerna gav mer inblick i processen med att definiera målgruppen för läkemedelsautomater. Precis som för den digitala nattillsynen var det vanligt att implementeringen skett utifrån en projektmodell. Flera kommuner uppger att de genomfört förstudier och behovs- och nyttoanalyser innan de införde tekniken. En kommun beskriver att de hade en testpanel med brukare som var involverade vid införandet. Samtliga kommuner som intervjuades

beskriver att de tagit fram en form av bedömningsmall eller checklista som de använder som underlag när de identifierar potentiella användare. I arbetet med att ta fram bedömningsmallen beskriver kommunerna att olika professioner deltog, där kommunens sjuksköterskor och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) utgjorde centrala roller. Exempel på andra professioner som nämndes var undersköterskor, omsorgspersonal, biståndshandläggare, läkare i primärvården och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Arbetet kretsade runt att identifiera när det är lämpligt att använda en läkemedelsautomat och vilka patienter som bedöms kunna hantera och vara hjälpta av automaten – inklusive bedömningar av de fysiska och kognitiva förmågor som krävs.

Flera kommuner hade också fått stöd av leverantören av läkemedelsautomaterna i denna process och tagit hjälp av leverantörens bedömningsmall för att sedan utforma en egen version. Vissa kommuner beskriver att de landade i en bredare och mer inkluderande bedömningsmall än leverantören medan andra kommuner beskriver att de landade i en snävare bedömning. Flera intervjupersoner beskriver också ett löpande stöd från leverantören i form av utbildningar och informationsträffar. Flera kommuner nämnde även att de haft stöd från andra kommuner och tittat på deras bedömningsunderlag. Även regional samverkan har varit ett stöd. Samverkan med andra nordiska länder som Norge och Finland nämns av en kommun. Några kommuner nämner att de även tagit del av nationellt kunskapsstöd i arbetet, som SKR:s vägledningsmaterial inom området.

Det löpande arbetet fungerade i regel så att omsorgspersonal identifierar potentiella användare som de sedan lyfter till sjuksköterska för bedömning. Sjuksköterskan gör i sin tur en individuell bedömning av automatens lämplighet, med kommunens bedömningsmall som stöd. Här beskriver flera intervjupersoner att mycket vilar på sjuksköterskans bedömning och att de ser en stor variation mellan de bedömningar som kommunens sjuksköterskor gör – medan vissa är mer restriktiva är andra mer benägna att testa tekniken. Här beskriver vissa kommuner det som ett utforskande arbete där patienten får testa tekniken för att se om den fungerar med en tät uppföljning – om den inte passar så får man återgå till fysiska insatser. Exempel som togs upp var personer med kognitiv svikt som kommunen först inte trodde var lämpliga användare – men sedan såg att tekniken fungerade bra för när personen väl fick testa en läkemedelsautomat.

Införande av tekniken i olika verksamheter

I föregående avsnitt framkom att kommunerna hade en relativt samstämmig bild av målgrupperna för digital nattillsyn och läkemedelsautomater. Trots detta har de gjort olika vägval när de infört teknikerna i sina verksamheter. Kommunerna har alltså en liknande uppfattning om vilket behov tekniken är tänkt att fylla för den enskilde, och de förutsättningar och förmågor som krävs för att använda tekniken, men vilka grupper som ges tillgång till tekniken skiljer sig åt mellan kommunerna. I vissa kommuner kan exempelvis endast äldre få tillgång till digital nattillsyn eller läkemedelsautomater, medan andra kommuner erbjuder tekniken även till yngre personer. Här kan kommunerna delas upp mellan de som har en ”snäv” respektive en ”bred” implementering av teknikerna.

Snäv eller bred implementering

Häften av de kommuner som intervjuades hade en snäv implementering av digital nattillsyn eller läkemedelsautomater. I dessa kommuner erbjöds tekniken endast till personer som bodde i ordinärt boende. Några kommuner hade begränsat användningsområdet ytterligare och riktat tekniken specifikt till äldre (över 65 år) som bor i ordinärt boende. Resterande kommuner hade en bred implementering av digital nattillsyn eller läkemedelsautomater och erbjöd tekniken inom flera olika verksamhetsområden, utöver ordinärt boende. Dock kunde dessa kategorier överlappa varandra inom en och samma kommun. Det var vanligt att en kommun hade olika typer av implementering för de olika teknikerna – exempelvis en bred implementering av läkemedelsautomater och en snäv implementering av digital nattillsyn.

Av de kommuner som hade en bred implementering av digital nattillsyn var det flera kommuner som hade tekniken inom särskilda boendeformer för äldre. Främst särskilt boende för äldre (SÄBO) togs upp, men också korttidsboenden. Sedan fanns ett fåtal kommuner som hade digital nattillsyn inom serviceboenden eller gruppboenden för personer med funktionsnedsättning.

Gällande läkemedelsautomaterna hade alla kommuner tekniken inom den kommunala hälso- och sjukvården där kommunen har övertagande av ansvar för läkemedelshantering.¹¹ Några kommuner erbjöd dessutom

¹¹ Detta avser alla kommuner som hade infört tekniken. En av de intervjuade kommunerna hade inga användare av läkemedelsautomater inom något verksamhetsområde.

läkemedelsautomater inom ramen för egenvård. Av de kommuner som hade en bred implementering av läkemedelsautomater erbjöds tekniken exempelvis inom särskilda boendeformer för äldre (SÄBO, korttidsboenden), gruppboenden eller serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Vidare använde vissa kommuner tekniken inom socialpsykiatri, då inom ramen för egenvård.

Varför implementerar kommunerna teknikerna olika?

Intervjuerna syftade att ge en förståelse för varför kommunerna gör olika val i var de väljer att införa digital natttillsyn och läkemedelsautomater, och varför vissa kommuner landar i en snäv och andra i en bred implementering. Flera av anledningarna var desamma för båda teknikerna. Nedan sammanfattas några av de mest återkommande faktorerna.

Olika syn på var det finns behov av tekniken

Även om kommunerna ger en liknande bild av det behov som teknikerna är tänkt att fylla för den enskilde så uttrycker de olika uppfattningar om var detta behov finns.

Olika syn på brukarnas behov av tekniken

En faktor som i vissa fall tycktes påverka var kommunen valt att införa en teknik var hur de såg på brukarnas behov av tekniken inom olika verksamhetsområden. Kommuner med en snäv implementering gav ofta uttryck för att brukare i ordinärt boende har störst behov av digital natttillsyn och läkemedelsautomater. Att det främst är för dessa brukare som tekniken kan bidra med kvalitetsfördelar – som ostörd nattsömn med digital natttillsyn eller ökad självständighet med läkemedelsautomater. Personer som bor i andra boendeformer, som SÄBO eller gruppboenden, sågs inte ha samma behov av tekniken. Detta eftersom det i dessa boendeformer redan finns personal dygnet runt som fysiskt kan utföra tillsynen eller tilldela läkemedel. Att tekniken skulle bidra med några extra fördelar – jämfört med en fysisk insats – lyftes inte fram i detta sammanhang.

Det kunde också handla om brukarnas förutsättningar och förmågor att hantera tekniken. Här förde vissa kommuner med en snäv implementering ett resonemang om att personer som bor på SÄBO eller gruppboenden inte har samma förmåga att använda tekniken och dra nytta av dess fördelar. Exempelvis lyftes att många personer på SÄBO har en demenssjukdom som medför att de inte kan hantera en läkemedelsautomat och därför inte kan dra

nytta av dess fördelar. Ett annat exempel som lyftes var att personer med funktionsnedsättning inte har samma behov av digital tillsyn eftersom de ofta har behov av fysiska insatser i samband med tillsynen.

Kommuner med en bred implementering gav uttryck för en annan bild. De förmedlade att brukare inom en rad olika verksamhetsområden kan ha behov av digital nattillsyn och läkemedelsautomater, och de förutsättningar som krävs för att hantera teknikerna. Gällande digital nattillsyn uttrycker kommuner med bred implementering att de ser att användningen är som störst för äldre inom ordinärt boende, men att tekniken också kan generera nytta för yngre personer med hemtjänst och brukare i andra boendeformer, såsom särskilda boenden för äldre, gruppboenden och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Även om behovet av tekniken inte ansågs vara lika utspritt inom dessa verksamheter uttrycker intervjupersonerna att deras uppfattning är att de brukare som fått digital nattillsyn har varit nöjda med den.

Här lyfter flera kommuner med bred implementering fram exempel på att brukare själva uttryckt önskemål om digital nattillsyn. Ett exempel som nämns är att personer som tidigare haft digital nattillsyn önskat ha kvar tekniken när de flyttar till SÄBO. En annan kommun beskriver att brukarnas behov av digital nattillsyn har framkommit i genomförandepåbjudandet där brukare själva uttryckt önskemål om digital nattillsyn för att slippa bli störda av fysisk personal. Kommunen har ingen begränsning för vilka verksamhetsområden som tekniken kan användas inom, utan erbjuder digital nattillsyn i alla verksamheter utifrån den enskildes behov och önskemål. Intervjupersonen understryker hur viktigt det är med samtycke och att informationen om tekniken ges på ett så tydligt och lättförståeligt sätt som möjligt till den enskilde. Kommunen arbetar i dag aktivt med att ta fram anpassat informationsmaterial, som lättläst material och bildstöd, för att lättare kunna kommunicera med brukare om tekniken.

Gällande läkemedelsautomater så lyfter kommuner med bred implementering att de ser personer som bor i ordinärt boende som den största målgruppen för tekniken, dock inte begränsat till endast äldre. Vidare lyfter de att tekniken kan bidra med nytta, som ökad självständighet och patientsäkerhet, även inom andra områden. Exempelvis beskriver en kommun att de erbjuder läkemedelsautomater på SÄBO, bland annat i syfte att öka självständigheten för de boende. Intervjupersonen lyfter att tekniken inte är lämplig för alla, men att den kan fungera för vissa, och att det är en fördel att det finns personal på plats då det möjliggör en nära uppföljning. Även här lyfter kommuner exempel på när brukare själva uttryckt önskemål om tekniken. Ett exempel som lyfts är en person på ett serviceboende för

personer med funktionsnedsättning som efterfrågat en läkemedelsautomat och som idag är mycket nöjd med automaten, enligt intervjupersonen.

Vidare ser flera intervjupersoner att behovet av läkemedelsautomater inom egenvård är stort. Även kommuner med en snäv implementering uttrycker att de ser detta som ett stort potentiellt användningsområde, även om kommunen själv inte erbjuder tekniken inom det området. Några kommuner som har läkemedelsautomater inom socialpsykiatrin uttrycker att de uppfattar det användningsområdet som stort. En kommun beskriver socialpsykiatrin som det största användningsområdet av tekniken i kommunen i dagsläget. Flera av de intervjuade kommunerna började med läkemedelsautomater inom socialpsykiatrin, innan den infördes inom andra verksamhetsområden.

Olika syn på verksamheternas och personalens behov av tekniken

Gemensamt för samtliga intervjuer är att intervjupersonerna uttrycker att digital natttillsyn och läkemedelsautomater framför allt behövs inom kommunens verksamhet inom ordinärt boende. Flera faktorer ligger bakom det resonemanget:

- Verksamheten innefattar långa och tidskrävande resor hem till brukare (för att utföra tillsyn) eller till patienter (för att tilldela läkemedel). Med tekniken kan kommunen effektivisera sin verksamhet och frigöra personal. Detta lyfts särskilt fram av kommuner med långa reseavstånd.
- Verksamheten präglas av brist på personal, svårigheter att rekrytera ny personal och hög press på befintlig personal. Dessa utmaningar lyfts primärt fram inom äldreomsorgen där det dessutom finns en demografisk utmaning med en allt äldre befolkning. Med tekniken hoppas kommunen kunna frigöra resurser och underlätta för personalen.

Att införa tekniken utanför ordinärt boende, som inom SÄBO och gruppboenden, sågs inte som lika prioriterat eftersom dessa verksamheter inte hade samma utformning, förutsättningar och utmaningar, dels uppfattades inte personalbristen och den demografiska utmaningen som lika akut inom dessa områden, framför allt inte på funktionshindersidan där läget uppfattades som mer stabilt av intervjupersonerna. Dels uppfattades inte verksamheternas utformning gynnas av tekniken på samma sätt. I de verksamheter där det redan finns personal på plats dygnet runt ger inte tekniken samma möjligheter till effektivisering och att frigöra resurser. Flera kommuner hade utifrån dessa anledningar valt en snäv implementering och endast infört tekniken i ordinärt boende.

Trots att samtliga intervjuer gav bilden att det var prioriterat att införa tekniken inom ordinärt boende (framför allt inom äldreomsorgen) hade vissa kommuner ändå valt att införa tekniken inom andra verksamhetsområden. Intervjupersoner från kommuner med en bred implementering lyfter här att de ser att tekniken ger ett mervärde också i andra verksamheter. Ofta handlade det om att förbättra verksamhetens kvalitet, som att förebygga fallolyckor genom digital natttillsyn eller öka patientsäkerheten med hjälp av läkemedelsautomater. Det kunde också handla om att minska stress och underlätta för personal. I vissa fall kunde det också handla om att arbeta mer förebyggande och introducera teknik i ett tidigt skede för att därigenom minska behovet av kommunala insatser – som användningen av läkemedelsautomater inom ramen för egenvård.

Sammanfattningsvis visar intervjuerna att kommunerna bedömer verksamheternas, personalens och brukarnas behov av digital natttillsyn och läkemedelsautomater på olika sätt. Detta påverkar i sin tur i vilka verksamheter kommunen väljer att införa teknikerna.

Övriga faktorer som påverkar införandet

I vissa fall var det inte olika bedömningar av verksamheternas, personalens eller brukarnas behov som påverkade var kommunen valt att införa teknikerna, utan andra faktorer. Här fanns exempel på kommuner med en snäv implementering som såg ett bredare behov av teknikerna, som de i dagsläget inte kunde möta. Till skillnad från kommunerna i föregående avsnitt var det alltså inte själva bedömningen av behovet av tekniken som var avgörande, utan andra aspekter. Ofta var dessa kopplade till kommunens förutsättningar för att införa tekniken. Nedan sammanfattas några av de mest återkommande anledningarna.

Inte hunnit längre i implementeringen

Vissa kommuner som intervjuades hade ett pågående införande av teknikerna i andra verksamheter, utöver ordinärt boende. Huvudanledningen till att tekniken inte erbjöds i fler verksamheter var alltså att kommunen inte hunnit längre i sin implementering. Dessa kommuner kunde vara i olika faser av införandet och lyfte upp olika anledningar till att de inte hade tekniken på plats ännu. Exempel som togs upp var att kommunen var fast i nuvarande avtal och inväntade en ny upphandling eller att leverantörer inte kunde möta kraven i upphandlingen och att processen därför försenats. Andra exempel som lyftes var att kommunen var tvungen att fokusera sitt införande på ett område i taget – att förändringen kräver resurser och tid från personal och därför inte kan ske inom flera områden samtidigt.

Infrastruktur saknades

En anledning som lyftes av några kommuner var att de saknade de tekniska förutsättningarna för att införa teknikerna i vissa verksamheter. Exempelvis att tillräckligt stark internetuppkoppling saknades på kommunens särskilda boenden för äldre.

Brist på resurser och organisatoriska hinder

Några kommuner lyfter att de inte infört teknikerna inom flera verksamheter på grund av resursbrist. Det kunde handla om dels ekonomiska förutsättningar att köpa in tekniken, dels personella resurser till att driva och utföra arbetet. Några intervjupersoner nämner att de inom äldreomsorgen har haft mer pengar än övriga verksamhetsområden till att införa digital teknik, bland annat i form av statliga stimulansmedel, vilket skapat möjligheter att införa tekniken där men inte inom andra områden. En kommun lyfter organisatoriska hinder som huvudanledningen till att de inte infört läkemedelsautomater inom socialpsykiatri och funktionshindersområdet. Hindren bestod av en hög omsättning av verksamhetschefer – där det saknats någon som har kunnat driva frågan inom dessa verksamhetsområden.

Juridiska frågor

Några kommuner beskriver juridiska hinder som en anledning till att de inte infört teknikerna i vissa verksamheter. Gällande digital tillsyn är det främst frågan om samtycke, där vissa kommuner valt att inte införa tekniken i verksamheter där brukare har nedsatt beslutsförmåga. En kommun beskriver att många som bor på SÄBO har en demenssjukdom som medför att de inte kan lämna det samtycke som krävs för att använda tekniken. Här kan poängteras att vissa kommuner infört tekniken på SÄBO för de brukare som kan ge sitt samtycke – även om andra på boendet inte kan erbjudas tekniken. En annan kommun uttrycker att samtyckesfrågan är svårare inom funktionshindersverksamheten vilket är anledningen till att tekniken inte är brett införd där, även om de har enstaka användare. Ytterligare en juridisk aspekt som lyfts av en kommun är att de inom funktionshindersverksamheten har behov av tätare tillsyn som de inte ser som juridiskt möjligt eftersom det skulle ses som övervakning. Ett liknande resonemang förs av en annan kommun där man nu ser över vissa juridiska frågor för tätare tillsyn innan de kan införa digital tillsyn inom delar av funktionshindersverksamheten.

Juridiska hinder lyfts även i några fall som en anledning till att kommunen inte implementerat läkemedelsautomater i vissa verksamheter. I detta sammanhang lyfts främst frågan om möjligheten för kommunen att erbjuda

läkemedelsautomater inom ramen för egenvård. Här har några kommuner gjort bedömningen att de inte kan tillhandahålla tekniken som egenvård – vilket har begränsat vilka verksamhetsområden tekniken används inom. Exempelvis framkom att socialpsykiatri var ett område där läkemedelsautomater till stor del användes inom ramen för egenvård. Vidare beskriver en kommun att de i dagsläget inte har kunnat införa läkemedelsautomater inom något verksamhetsområde eftersom kommunens MAS och sjuksköterskor gjort bedömningen att tekniken varken kan användas inom ramen för egenvård eller vid övertagande av ansvar för läkemedelshantering. Andra kommuner som intervjuades såg inga juridiska hinder med att erbjuda tekniken vid läkemedelsövertag eller inom egenvård.

Val av teknik

Valet av teknisk lösning kan påverka inom vilka verksamheter som kommunerna väljer att införa tekniken – detta framkom i intervjuerna om digital tillsyn. Kommuner som endast har digital tillsyn via kamera lyfter i högre utsträckning fram problem med att införa tekniken på SÄBO och inom funktionshindersonrådet, medan kommuner med digital tillsyn med sensorlösningar ser ett större användningsområde, eftersom de uppfattar att denna typ av teknik är mindre integritetskänslig. Vidare kan valet av teknisk lösning påverka hur kommunen ser på teknikens användningsområde. Bland de intervjuade kommunerna sågs sensorlösningar generellt som en teknik som kan bidra med större nytta på SÄBO än digital tillsyn med kamera, detta eftersom sensorlösningen upplevs passa verksamheten bättre och vara bättre lämpad på att exempelvis förebygga fallolyckor.

Sammanfattningsvis visar intervjuerna på en rad olika faktorer som kan påverka var en kommun väljer att införa en viss teknik som inte är kopplade till hur kommunen bedömer behovet av tekniken utan snarare vilka förutsättningar de har för att införa den.

Varför har kommunerna olika syn på behovet av välfärdsteknik?

I föregående avsnitt konstaterade Socialstyrelsen att kommunerna har olika syn på var behovet av välfärdsteknik finns. Intervjuerna ger inget entydigt svar på varför kommunerna gör så pass olika bedömningar av verksamhetens, personalens och brukarnas behov, men här presenterar vi några centrala aspekter som framkommit i analysen av intervjuerna.

Efterfrågan av tekniken

En faktor som visat sig spela in är om kommunen har fångat upp önskemål om tekniken från brukarna själva. Både i fallet läkemedelsautomater och digital nattillsyn finns exempel på kommuner som infört tekniken i andra verksamheter än ordinärt boende som svar på en efterfrågan av brukare. Vissa av dessa kommuner hade identifierat brukares önskemål som en del i en befintlig arbetsprocess, exempelvis under upprättandet av en genomförandeplan. I andra kommuner hade brukare efterfrågat tekniken på eget initiativ. På motsvarande sätt uttryckte kommuner med en snäv implementering att de inte uppfattat några önskemål om tekniken från brukare utanför ordinärt boende – flera av intervjupersonerna uttryckte här att tekniken skulle kunna erbjudas inom fler verksamheter om en brukare uttryckte önskemål om detta.

På liknande sätt tycks synen på verksamheternas behov påverkas av om chefer och personal efterfrågat tekniken. Vissa intervjupersoner beskriver att de infört tekniken eftersom verksamheten efterfrågat den, exempel som tas upp är digital nattillsyn på SÄBO och gruppboenden. Kommuner med en snäv implementering beskriver i stället att tekniken har diskuterats med representanter från andra verksamhetsområden men att de inte hade uttryckt något önskemål om tekniken. Flera av kommunerna menar att om de skulle få in önskemål om tekniken från andra verksamhetsområden skulle tekniken införas även där.

Processer för införande och spridning av tekniken

Intervjuanalysen har inte kunnat identifiera några tydliga kopplingar mellan kommunens införandeprocess och om de sedan väljer att implementera tekniken brett eller snävt. Intervjuerna visar att kommuner som använt liknande processer landar i olika slutsatser. Exempelvis kan två kommuner som har genomfört strukturerade behovsanalyser och kartlagt behovet av tekniken hos samma målgrupp få olika utfall. Där den ena kommunen identifierat behov av tekniken hos målgruppen har den andra inte gjort samma analys. Det finns också exempel på kommuner som inte genomfört några strukturerade behovsanalyser men där vissa kommuner landat i en snäv och andra i en bred implementering.

En aspekt som dock tycks ha viss påverkan är hur pass flexibel kommunen är, och kan anpassa införandet allt eftersom. Alltså om kommunen är öppen för att möta behov som uppkommer och testa tekniken inom nya verksamhetsområden, där den först inte var tänkt att användas. Flera

intervjuer med kommuner med en bred implementering vittnar om denna typ av ”reaktiva” process. På motsvarande sätt finns exempel på kommuner med en snäv implementering som gjort tydliga avgränsningar i ett tidigt skede och därmed exkluderat andra verksamhetsområden, utan att ompröva den initiala planen.

Under intervjustudien beskrev få kommuner fall då en teknik spridit sig från ett verksamhetsområde till ett annat som ett resultat av en systematisk process. Över lag gav intervjuerna bilden av att det sällan är så att en teknik införs inom en verksamhet som en följd av att kommunen utvärderat dess effekter inom ett annat verksamhetsområde, och därefter tagit beslut om att sprida den vidare. Snarare var det så att kommuner med en bred implementering antingen hade:

- en bred ansats redan från början när tekniken infördes som inkluderade flera olika verksamhetsområden
- en reaktiv process där tekniken infördes i verksamheter där brukare eller personal uttryckt behov av tekniken
- separata teknikprojekt som drivits inom olika verksamhetsområden parallellt.

Detta var ett förvånande resultat då en systematisk spridning av teknik mellan olika verksamhetsområden var en faktor som Socialstyrelsen förmodade skulle vara avgörande för en bred implementering, innan intervjuerna genomfördes.

Kommuner med en snäv implementering uttryckte dock ofta att de gärna skulle se att tekniken spred sig till andra verksamhetsområden, men att de inte nått dit ännu. Flera kommuner redogör för att ledningen vid det initiala införandet valt inom vilket verksamhetsområde tekniken ska implementeras. När tekniken sedan införts inom det området kommer det inte någon tydlig prioriterad verksamhet där tekniken ska införas. En del kommuner förklarar detta med att de ser att tekniken inte nått sin fulla potential inom ett givet verksamhetsområde, och att de vill bli klara med införandet inom ett verksamhetsområde innan de går vidare till nästa. Upplevelsen av att tekniken inte nått sin fulla potential inom det första verksamhetsområdet skulle alltså kunna leda till att tekniken aldrig kommer vidare till nästa verksamhetsområde.

Intern organisering och samarbete

En aspekt som i vissa fall tycktes påverka hur kommunen bedömer teknikbehovet i olika verksamheter har med den interna organiseringen och samarbete att göra. Kommuner som har en bred implementering beskriver

ofta hur samarbetet över verksamhetsgränser har bidragit till att behov fångats upp, både från brukare och personal, från olika områden. Under intervjuerna beskriver en kommun att en bidragande faktor till en bredare ansats i införandet av läkemedelsautomater var att äldreomsorgen och funktionshindersverksamheten har en gemensam förvaltning med en gemensam verksamhetsplan och strategisk plan. En intervjuperson uppger att hon som verksamhetsutvecklare arbetar mycket med att samla representanter från olika verksamheter för att öka samverkan i digitaliseringsfrågor. I kommunen hade de nu tagit fram en checklista som de använder när de ska implementera ny teknik där det ingår att ha en dialog med andra verksamheter och inventera vilken teknik som redan finns på plats och vilken nytta verksamheterna kan dra av varandra.

En ytterligare möjlig bidragande faktor tycks vara om kommunen haft tvärprofessionella team som arbetat med införandet – med representanter från olika verksamhetsområden. En kommun beskriver att deras nattpatrull arbetar kommunövergripande både med äldreomsorg och funktionshindersverksamhet och att nattpersonalen då på ett naturligt sätt kunde fånga upp behov av digital natttillsyn från brukare i båda verksamheterna. På motsvarande sätt beskriver vissa kommuner med en snäv implementering att de har en låg samverkan över verksamhetsgränserna och att det ofta uppstår stuprör när ny teknik införs. Flera intervjupersoner uttrycker osäkerhet kring om tekniken har diskuterats med representanter från andra verksamhetsområden.

Det var några kommuner som uttryckte att de hade begränsningar i upphandlade avtal, antingen i antalet faktiska enheter av tekniken eller att en viss nämnd hade upphandlat tekniken och att andra nämnder inom kommunen därför inte hade tillgång till den. Samtal över förvaltningsgränser i upprättandet av upphandlade avtal var något som flera kommuner uttryckte att de kunde bli bättre på.

Styrning

En aspekt som kan påverka hur kommunen bedömer teknikbehovet i olika verksamheter har med styrning att göra. Vissa intervjupersoner beskriver här att intresset och drivet för att digitalisera kan skilja sig åt mellan olika verksamhetsområden – exempelvis mellan äldreomsorgen och funktionshindersområdet. En kommun beskriver stora skillnader styrningsmässigt där äldreomsorgen har en tydlig strategi inom området, vilket saknas inom funktionshindersverksamheten. Detta uppfattades ha bidragit till att teknik införts i högre utsträckning inom äldreomsorgen, jämfört med funktionshindersområdet. Styrningen från chefer, ledning och

politik kan påverka hur behovet av att digitalisera de olika verksamheterna uppfattas och prioriteras. Styrningen påverkar också vilka resurser som tillsätts och därmed vilka förutsättningar som finns för digitalisering inom olika verksamhetsområden.

I intervjustudien redogjorde några kommuner för att det saknades förutsättningar att introducera teknik i vissa verksamheter. Det kunde till exempel handla om att ett boende inte har tillräckligt strak internetuppkoppling. Flera kommuner uttryckte att det finns omfattande svårigheter i att åtgärda dessa brister och att införanden hade behövt avbrytas för att omställningsarbetet i olika boendeformer var för omfattande och kostsamt.

Extern dialog

En aspekt som ska tolkas med viss försiktighet men som framkommer av vissa intervjuer är att dialog med andra kommuner och leverantörer kan förstärka bilden av teknikens snävare användningsområde. Flera kommuner vittnar om att den generella dialogen kring digital nattillsyn och läkemedelsautomater i huvudsak är centrerat till äldreomsorgens hemtjänst. Konsekvensen kan alltså bli en process där mer omfattande dialoger förstärker begränsningar initialt, om kommunen inte själv undersöker behoven i sina egna verksamheter. Det ska tilläggas att flera kommuner också beskriver att samarbetet med andra kommuner har varit centralt för att hitta nya potentiella användare.

Syftet med teknikens införande

Ytterligare en faktor som tycktes påverka hur kommunen bedömde behovet av tekniken i olika verksamheter var kopplat till vilket syfte de såg att tekniken primärt skulle fylla. Kommuner som såg att tekniken främst kunde bidra med kvalitetsförbättringar för den enskilde tenderade att ha en bredare implementering av tekniken. Dessa kommuner såg potentiella kvalitetsfördelar, som ökad trygghet och självständighet, inom en rad olika verksamhetsområden. Kommuner som i stället såg att tekniken främst kunde bidra med resurseffektiviseringar eller omfördelningsnytta tenderade att ha en snävare implementering av tekniken. Detta kunde exempelvis resultera i att läkemedelsautomater användes i ordinärt boende (där de gav en effektivisering) men inte på särskilt boende (där de inte gav en effektivisering, eftersom det redan finns personal på plats). Det betyder inte att dessa kommuner inte såg andra nyttor med tekniken – samtliga kommuner lyfte fram de kvalitetsfördelar som tekniken kunde bidra med för den enskilde. I stället kan det tolkas som att dessa kommuner prioriterat att

införa tekniken inom verksamhetsområden där de *både* såg möjliga resurseffektiviseringar och kvalitetsfördelar. Vilket i sin tur begränsar inom vilka områden tekniken implementeras.

Kommunens bild och analys av teknikens nytta

Kostnadsdrivande eller kostnadseffektiv

Intervjuerna visade på att kommunerna hade olika uppfattningar om teknikens kostnadseffektivitet, vilket i sin tur kunde påverka inom vilka områden de valde att införa tekniken. En kommun berättade att de inte hade räknat på nyttan med läkemedelsautomater, men att de uppfattade tekniken som dyr och att de därav inte spred tekniken till fler verksamheter, då den riskerade att bli kostnadsdrivande. I en annan kommun hade de gjort ekonomiska beräkningar och kommit fram till att nyttan totalt var så stor att de kunde använda tekniken även inom områden där den inte ledde till någon resurseffektivisering.

Det finns skäl för viss skillnad i uppfattning om huruvida tekniken är kostnadsdrivande eller kostnadseffektiv med tanke på att kommunerna kan ha olika avtal och exempelvis olika stora geografiska områden, vilket påverkar mängden sparad restid. Med det sagt så finns det även skillnader mellan kommuner som genomfört och de som inte genomfört någon analys av de faktiska kostnaderna och vinsterna.

Inkonsekvent syn på teknikens möjlighet att möta brukares behov

Vissa kommuner gav uttryck för en inkonsekvens i synen på de behov som digital nattillsyn och läkemedelsautomater kan fylla för brukare. Alla kommuner beskrev att tekniken kan bidra med nytta för brukare som bor i ordinärt boende, men de gjorde olika bedömningar av om tekniken gav samma fördelar för personer som bodde på exempelvis SÄBO eller i gruppboenden. Exempelvis kunde en kommun beskriva nyttan med läkemedelsautomater för personer som bor i ordinärt boende, med ökad självständighet och patientsäkerhet, men när samtalen kom in på brukare i andra boendeformer så lyftes inte dessa fördelar fram.

Ett annat exempel är en kommun som valt att inte införa digital tillsyn på gruppboenden med hänvisning till att behovet saknas eftersom det finns personal på plats – men som infört tekniken på SÄBO där det också finns personal dygnet runt. Denna typ av motstridiga argument framkommer i flera intervjuer. Kommunens syn på vilken typ av nytta som tekniken kan

generera för vilken målgrupp påverkar i det avseendet vilka brukare som kan få tillgång till tekniken.

Jämförelse av kvalitetsfördelar med andra värden

I intervjuerna uttryckte vissa kommuner att det är svårt att omsätta kvalitetsfördelar till något som kan mätas och beräknas. Potentiella kvalitetsfördelar som exempelvis en ökad känsla av trygghet eller självständighet är svåra att omvandla till resurstermer. Dessa kvalitetsfördelar är ofta preventiva och därför svåra för enskilda kommuner att beräkna i form av resurser. Det i sin tur kan leda till att det är svårt att motivera införandet av en teknik i en verksamhet där kvalitetsfördelar är den primära nyttan. Denna ”beräkningsproblematik” har i några av de intervjuade kommunerna påverkat vilka verksamheter som kommunen valt att införa tekniken inom. En kommun berättade att de infört läkemedelsautomater inom socialpsykiatri för att nå kvalitetsförbättringar och sedan valt att inte införa tekniken inom övriga verksamhetsområden på grund av att de bedömde den ekonomiska nyttan och omfördelningsnyttan som begränsad. Samma kommun använde i bedömningen av samma teknik olika tankesätt i olika verksamheter och fick då olika utfall. Kommunen tog några år senare ett nytt helhetsgrepp och valde en bred implementering av läkemedelsautomater kopplat till kvalitetsnytta för brukarna.

Förhållningssätt till tekniken som införs

Att förhålla sig öppen för teknikens möjlighet att skapa kvalitetsvärden i brukargrupper som kommunen inte identifierat på förhand har också visat sig vara viktigt för att nå en bredare implementering. Vissa kommuner uppgav att de hade infört digital nattillsyn för att ersätta det fysiska utförandet av nattillsyn på samma sätt som att kommunerna ersatte fysisk medicintilldelning med läkemedelsautomater. Att se teknikerna som ersättare av en fysisk insats kan bli begränsande eftersom tekniken i sig inte nödvändigtvis behöver vara begränsad på detta sätt.

Ett exempel är de kommuner som använder läkemedelsautomater inom egenvården. Läkemedelsautomaterna sågs inte ersätta en befintlig insats, utan snarare utgöra en ny typ av stöd som kommunen tillhandahåller. I många fall beskrevs läkemedelsfördelarna som en preventiv insats. Detta är ett exempel på hur ett mer öppet förhållningssätt till teknikens användningsområde kan bredda dess målgrupp.

Diskussion

Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik 2024

Årets uppföljning visar att kommunernas digitala utveckling går framåt inom flera områden. Exempelvis ökar det digitala stödet till personal och kommunernas arbete med att motverka digitalt utanförskap. Det har också skett öknings i andelen kommuner med styrande dokument och andelen kommuner som genomför nyttoanalyser vid införande av välfärdsteknik.

Resultatet visar, precis som tidigare år, att förekomsten av välfärdsteknik och dess utveckling skiljer sig mellan olika verksamhetsområden och tekniker. Dock visar inget verksamhetsområde någon tydlig nedgång 2024. Funktionshindersonrådet, som under 2023 hade omfattande minskningar inom flera tekniker, har inte samma minskningar i årets undersökning. De tydligaste uppgångarna av välfärdsteknik 2024, sett över samtliga verksamhetsområden, har skett inom

- digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering
- digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter
- läkemedelsautomater.

Antalet kommuner som erbjuder digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering och digitalt stöd för dagliga aktiviteter har nästan fördubblats inom vissa verksamhetsområden. Även 2023 var dessa tekniker bland de som ökade mest, dock inte i samma utsträckning. Socialstyrelsen bedömer att årets markanta öknings till viss del kan härledas till en justering av enkätfrågan, vilket redogjordes för i tidigare avsnitt. I dialogerna med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten framkommer att de delar Socialstyrelsens bedömning. De menar dock att det troligtvis finns en faktisk förändring också, att denna typ av teknik blir allt vanligare, bland annat eftersom tekniken har låg eller ingen driftskostnad och inköp inte behöver ske i stor skala för att kommunerna ska kunna besvara att de har tekniken tillgänglig. Vidare så har digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering och digitalt stöd för dagliga aktiviteter ökat kontinuerligt, även innan enkätfrågan justerades.

Sett över längre tid, sedan Socialstyrelsen började sin uppföljning 2014, har det skett tydliga uppgångar i kommunernas användning av välfärdsteknik. Sedan 2021 är utvecklingen inte lika tydlig. I dialogen med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för

digitalisering inom socialtjänsten framförs att intresset för välfärdsteknik inte upplevs ha minskat i kommunerna under de senaste åren, tvärtom. En möjlig anledning som lyfts till att ökningstakten av välfärdsteknik trots det har avtagit är att kommunerna är mer fokuserade på att förvalta och sprida den teknik de redan har, i stället för att införskaffa nya tekniker. Flera kommuner hade i SKR:s dialoger vittnat om ett behov av att göra omtag i hur organisationen hanterade tekniken och hur verksamheten fungerade som följd av tekniken. De insamlade uppgifterna om antal personer som använder digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater förstärker bilden av att kommunerna arbetar med spridning av redan befintlig teknik. Detta då antalet användare ökar för samtliga tekniker, mer än tidigare år.

En annan aspekt som lyfts av SKR:s nätverk är att kommunerna har det svårare ekonomiskt och att medel för nya införanden inte finns i samma utsträckning som tidigare. Detta kan i sin tur göra att ekonomiska incitament vid införanden av välfärdsteknik blir mer centralt, något som även lyftes av vissa kommuner i intervjustudien.

Få användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater men en ökande trend

Årets uppföljning visar att antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsautomater ökar i kommunerna. Över lag är dock teknikanvändningen fortsatt låg och flera kommuner saknar användare trots att de har angett att tekniken är beslutad och införd och erbjuds till alla i den avsedda målgruppen. Digital tillsyn dagtid uppvisar den lägsta användningen, där drygt hälften av de kommuner som har tekniken helt saknar användare. Läkemedelsautomater och digital natttillsyn uppvisar den högsta teknikanvändningen, men även här är det vanligt att kommunerna endast har ett fåtal användare. Det som har skett i år inom samtliga tekniker är att antal användare per kommun har ökat. Inom digital natttillsyn har nu 67 procent av kommunerna över 5 användare. År 2023 var det endast 58 procent som hade över 5 användare.

I år har Socialstyrelsen för första gången bett kommunerna separera redovisningen av antalet brukare med digital natttillsyn mellan äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Resultatet visar att personer med funktionsnedsättning utgör cirka 3 procent av det totala antalet brukare som använder tekniken i ordinärt boende.

Mellan 2022 och 2023 sjönk antalet kommuner som erbjöd digital natttillsyn till personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende med 16 procentenheter. Det var en minskning med nästan en tredjedel av samtliga

kommuner som erbjöd tekniken. I 2023 års rapport diskuterades möjligheten att detta kunde bero på att kommuner avslutat tekniken för att de inte hade några aktiva användare av tekniken. Årets resultat, som visar på det låga antalet användare av digital nattillsyn inom funktionshindersverksamheten, stärker det resonemanget. Vidare medför det låga antalet användare i sig att förändringar i några enskilda brukares behov kan innebära att kommuner går från att erbjuda tekniken till att inte erbjuda tekniken.

I intervjustudien beskrev flera av de intervjuade kommunerna att de är öppna för att använda digital nattillsyn inom funktionshindersområdet, men att de inte hittat några brukare för vilka tekniken bedömts lösa ett behov. Kommunens bild av att det saknas behov är en möjlig delförklaringsfaktor till den minskning som skedde mellan 2022 och 2023. I intervjuanalysen betonades vikten av att kommuner undersöker behovet brett för att kunna identifiera möjliga användare av tekniken.

Målsättningen är hög i kommunerna

Som tidigare redogjorts för i rapporten är målsättningen hos merparten av kommunerna hög när det gäller att öka teknikanvändningen. Andelen kommuner med målsättning att öka antalet användare är 95 procent vad gäller digital tillsyn, 90 procent för läkemedelsautomater och 77 procent för gps-larm. Det var ingen märkbar skillnad i målsättning mellan kommuner av olika storlek. För gps-larm var det 14 kommuner som uppgav att de inte hade någon målsättning att öka användandet. Gällande digital tillsyn och läkemedelsautomater var det endast 8 kommuner uppgav att de inte hade en målsättning att öka antalet användare.

Socialstyrelsen kan inte uttala sig om lämpliga nivåer av antal användare av välfärdsteknik i en kommun. Dock kan vi i år, för första gången, konstatera de flesta kommuner själva bedömer spridningen som låg och har som målsättning att öka antalet användare. En målsättning innebär inte per automatik att det pågår ett aktivt arbete för att öka användandet, vilket SKR Kompetenscenter välfärdsteknik reflekterade över under ett dialogsamtal. Detta lyftes även fram i 2023 års intervjustudie – men också att det ofta kan saknas en målsättning och plan för att öka antalet användare av välfärdsteknik. Socialstyrelsen bedömer, precis som under 2023, att det finns behov av fler studier om hur kommunerna arbetar med att öka användningen av välfärdsteknik.

Erbjudande av teknik och antal användare

Ökningen i andel kommuner som erbjuder välfärdsteknik har under de senaste åren saktat in, med enskilda förändringar för vissa tekniker eller verksamhetsområden per år. Samtidigt visar årets resultat att antalet

användare, av de tekniker som undersökts, fortsätter att öka. Att kommunerna erbjuder teknik behöver ses i ljuset av att tekniken också används av de som har behov av den. Att antalet användare i år stiger i jämförelse med tidigare år är en fingervisning om att kommunerna i större utsträckning får ut tekniken till de som har ett behov av den. Ökningen ligger i linje med de målsättningar som kommunerna har enligt årets undersökning. Här önskar dock Socialstyrelsen understryka att en teknik kan ha ett stort värde även om det endast är ett fåtal individer som använder den. Det centrala i sammanhanget är inte antalet användare av en viss teknik, utan att kommunerna når en ändamålsenlig användningsnivå utifrån individens behov.

Skillnader mellan välfärdsteknik inom olika verksamhetsområden

Socialstyrelsens uppföljning visar att välfärdsteknik över lag är betydligt vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshindersområdet. Denna skillnad lyftes även fram i rapporten från 2022 och 2023 [17]. I årets intervjustudie undersökte Socialstyrelsen varför kommuner gör olika vägval när det kommer till implementering av välfärdsteknik inom olika verksamheter. Intervjustudien visade att skillnaderna i vissa fall beror på att kommunerna har olika syn på behovet av tekniken hos brukare, personal och i verksamheterna. Vissa kommuner uppmärksammar behov i flera verksamheter och implementerar tekniken brett, medan andra kommuner inte ser samma behov och i stället implementerar tekniken snävt. I andra fall beror skillnaden på andra faktorer, som inte har att göra med hur kommunen bedömer behovet av tekniken. Det kan till exempel handla om juridiska tolkningar, infrastruktur, organisatoriska hinder och val av teknik.

Anledningen till att kommunerna bedömer behovet av tekniken olika kan ha många skilda förklaringar. I intervjustudien betonades följande aspekter:

- om kommunen fångat upp önskemål om tekniken från brukare
- om tekniken efterfrågats av verksamheterna
- kommunens processer för införande och spridning
- kommunens interna organisering och samarbete över verksamhetsgränser
- kommunens styrning
- extern dialog
- kommunens syfte med att införa tekniken
- kommunens bild och analys av teknikens nytta
- kommunens förhållningssätt till tekniken som införs.

Under intervjuerna fick kommunerna frågan om de upplever skillnader i att erbjuda välfärdsteknik inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet. Svaren skilde sig mycket mellan kommunerna där vissa såg stora skillnader och andra inte. De intervjupersoner som såg skillnader hänvisade ofta till skillnader i verksamheternas utformning och innehåll och skillnader i brukarnas behov. En annan återkommande aspekt var skillnader i resurser där äldreomsorgen fått riktade statliga stimulansmedel för att digitalisera sina verksamheter, medan verksamheter inom funktionshindersområdet inte fått det. Här väcks frågan om hur den statliga styrningen kan påverka hur kommunerna inför välfärdsteknik i sina verksamheter. Några intervjupersoner, som representerade funktionshindersområdet, lyfte även att välfärdsteknik ofta talas om som något som riktar sig till äldre och har resursbesparande fördelar. En ytterligare fråga som väcks är hur det allmänna samtalet och framställningen av välfärdsteknik kan påverka hur kommunerna inför teknik i sina verksamheter.

Sammantaget visar intervjustudien att kommunernas olika vägval i implementering av välfärdsteknik kan ha en rad olika förklaringar. I vissa fall kan det härledas till hur kommunen har bedömt brukarnas behov, men dessa bedömningar kan i sig färgas av aspekter som inte är kopplade till brukarna per se, utan andra faktorer som styrning, organisering och resurser. Detta är ett viktigt bidrag i tolkningen av enkätstudiens resultat – de skillnader som framkommer mellan olika verksamhetsområden behöver inte spegla att kommuner bedömt tekniken som olämplig för vissa brukare eller att det saknas behov av tekniken, utan har ofta andra orsaker.

Fler kommuner ger stöd för att minska digitalt utanförskap

Årets uppföljning visar att 82 procent av kommunerna erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap. De större kommunerna erbjuder denna typ av stöd i betydligt högre utsträckning än de mindre kommunerna.

Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap. Även om en majoritet av kommunerna erbjuder denna typ av stöd är det 18 procent av kommunerna som inte gör det. Denna typ av stöd skapar förutsättningar för en jämlik och inkluderande digital omställning. Dessutom kan arbetet med digital inkludering också främja en ökad användning av den välfärdsteknik som kommunen erbjuder, vilket konstaterades i 2023 års rapport.

Att invånare har låg kunskap om digital teknik eller inte vet om att tekniken finns tillgänglig, kan också bli ett hinder för att sprida teknik mellan olika verksamhetsområden. Årets intervjustudie visade att en bidragande faktor

till en bred implementering av välfärdsteknik är att brukare själva uttrycker önskemål om den – för att detta ska vara möjligt behöver brukarna ha fått information om tekniken på ett sätt som de kan tillgodogöra sig. Här lyfte några intervjupersoner fram vikten av att ta fram informationsmaterial om digital teknik som är anpassad efter individens förutsättningar, exempelvis lättläst material och bildstöd.

Framgångsfaktorer och hinder

I detta avsnitt presenteras de framgångsfaktorer och hinder för implementering av e-hälsa och välfärdsteknik som Socialstyrelsen identifierat i årets uppföljning.

Styrning

En välkänd framgångsfaktor för kommunernas digitala utveckling är att den är förankrad i långsiktiga mål som genomsyrar hela organisationen. Detta är något som Socialstyrelsen har lyft under flera år inom ramen för denna uppföljning [16, 19, 20], och som betonats i flera andra studier och undersökningar [5, 21, 22]. Årets enkätresultat visar en positiv utveckling i förekomsten av styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, där andelen kommuner som har detta har ökat med 10 procentenheter 2023–2024. Detta är den största ökningen inom området sedan Socialstyrelsen började ställa frågan 2017. Fram till 2023 låg nivån förhållandevis stilla omkring 70 procent.

I dialogen med SKR:s nätverk och kompetenscenter framkom ingen specifik orsak som tros ligga bakom ökningen just i år. Snarare förs resonemang om att kommunerna har arbetat med detta under längre tid, men att det är först i år som det börjar märkas i enkätresultatet. Att ta fram denna typ av strategidokument kan vara en tidskrävande process, vilket också har framgått i enkäten – där ett flertal kommuner under många år uppgett att de har ett pågående arbete med att ta fram styrande dokument. En annan bidragande faktor till ökningen kan vara att SKR, Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och andra myndigheter under flera år har lyft fram styrande dokument som centrala i arbetet med välfärdsteknik.

Trots den ökning som skett 2024 saknar fortfarande 22 procent av kommunerna styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Socialstyrelsen bedömer, precis som under 2022 och 2023, att det finns utrymme för utveckling i kommunernas arbete med styrande dokument. Här kan mer nationellt stöd, till exempel kunskaps-

och metodstöd, bidra till utvecklingen. Detta stöd kan framför allt behöva riktas till mindre kommuner, som har styrande dokument i lägre utsträckning.

Årets intervjustudie visade på att styrning kan vara en framgångsfaktor – inte bara när kommunen ska införa välfärdsteknik – utan också för att sprida tekniken mellan olika verksamhetsområden. Kommuner med en bred implementering av digital nattillsyn och läkemedelsautomater lyfte fram förvaltningsövergripande strategier som en bidragande faktor. På motsvarande sätt framkom att brist på styrning, inom vissa verksamhetsområden, kan leda till en snäv implementering. Att välfärdsteknik införts inom äldreomsorgen, men inte inom andra områden, kopplades ofta till ledning och styrning där digitalisering hade en högre prioritet inom äldreomsorgen än inom exempelvis funktionshindersområdet. Att styrningen skiljer sig åt mellan olika verksamhetsområden, inom en och samma kommun, var också något som kändes igen under dialogen med SKR:s nätverk och kompetenscenter. Detta belyser behovet av styrning på flera nivåer – både som verksamhetsnära handfasta planer och som vägvisare för den övergripande riktningen och målsättningen för kommunen i stort.

Behovsanalyser

Behovsanalyser är i likhet med styrning en återkommande framgångsfaktor i den digitala omställningen som har lyfts av flera aktörer, däribland Socialstyrelsen, under flera år [16, 20]. Exempelvis betonar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys vikten av att kommunerna gör behovsanalyser, och involverar brukare och personal i detta arbete, innan de inför välfärdsteknik [5]. Behovsanalyser är centrala för att den teknik som införskaffas ska kunna få avsedd effekt och fylla de behov som den är tänkt att möta.

I årets enkät inkluderades en ny fråga om behovsanalyser. Totalt 84 procent av kommunerna uppgav att de utför behovsanalyser inför införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering, i någon omfattning. Dock visade fritextsvaren att många kommuner misstolkat frågan, och i stället avsett andra typer av analyser, såsom nyttoanalyser. Socialstyrelsen bedömer att andelen kommuner som genomför behovsanalyser, som innefattar en strukturerad kartläggning och analys av målgruppens behov, är betydligt lägre än vad som framgår av enkätresultatet. SKR:s nätverk och kompetenscenter instämmer i denna bild. SKR Kompetenscenter välfärdsteknik uttryckte att de uppfattar det som ovanligt att kommuner utför behovsanalyser, utifrån de kontakter de har haft med kommunerna. Deras

bild är att de flesta kommuner är ovana vid metoder som omfattar direkt dialog med brukare och personal före ett införande. Socialstyrelsen bedömer utifrån detta att behovsanalyser är ett utvecklingsområde för kommunerna där det finns behov av mer nationellt stöd, som kunskaps- och metodstöd, för att stärka kommunernas arbete. Att många kommuner tolkat enkätfrågan felaktigt är i sig ett tecken på att det behövs mer kunskap om behovsanalyser, samt att frågan kan behöva förtydligas framöver för att vägleda respondenten.

Årets intervjustudie visade att behovsanalyser också påverkar i vilken verksamhet en kommun väljer att införa välfärdsteknik. En förvaltningsövergripande inventering av behov kunde ofta leda till en bred implementering av tekniken, till skillnad från verksamhets specifika behovsanalyser som ofta kunde leda till en snäv implementering, även om så inte alltid var fallet. Här påverkade också vilka behov som kommunen valt att undersöka – de kommuner som främst sett till brukarnas behov kunde lättare finna bredare användningsområden för tekniken än de kommuner som hade fokuserat mer på verksamhetsbehov.

Framför allt visade sig löpande behovsanalyser vara en avgörande faktor – det vill säga att behovsanalysen inte bara utfördes före ett införande utan också fanns med under resans gång. Intervjustudien visade på svårigheter att ringa in alla tänkbara behov på förhand. Här fanns exempel på kommuner som genomfört strukturerade behovsanalyser men ändå missat behov som sedan uppkom, och ofta uttrycktes av brukarna själva. Detta visar på vikten av att våga ompröva tidigare behovsanalyser och komplettera dem med nya analyser för att uppmärksamma och möta nya behov.

Nyttoanalyser

Vikten att genomföra nyttoanalyser före införande av välfärdsteknik har lyfts som en central framgångsfaktor inom ramen för denna uppföljning, och i flera andra studier och undersökningar, under flera år [6, 22]. Att nyttan med tekniken framgår tydligt, inte minst för den personal som ska förmedla tekniken, betonades i intervjustudien 2023 [16]. Nyttan behöver även vara tydlig för den enskilde som ska använda tekniken, och för den ledning som beslutar om införande, förvaltning och utveckling av tekniken.

Årets enkätresultat visade en ökning i andel kommuner som utför nyttoanalyser. I år uppgav 77 procent av kommunerna att de utför nyttoanalyser, dock i olika utsträckning. I dialogen med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik framkom att de kände igen sig i att nyttoanalyser har fått större spridning och att många kommuner arbetar med detta, men med varierad grad av systematik. Fritextsvaren i enkätstudien

visade att kommunerna ofta använder strukturerade metoder och modeller för sina nyttoanalyser – vilket framkom tydligare i år jämfört med fritextsvaren om nyttoanalyser 2023. Många kommuner hänvisade till det stöd som finns framtaget av SKR och Inera inom området. Detta talar för att det nationella stöd som finns i dag har fått ett visst genomslag och kan ha bidragit till ökningen.

Dock lyfter Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i sin utvärdering att nyttoanalyser är ett fortsatt utvecklingsområde och att det generellt saknas tillräcklig kunskap, rutiner, stöd och resurser för att göra dessa analyser i kommunerna [5]. Socialstyrelsen delar denna bild. Trots att nyttoanalyser börjar användas mer i kommunerna är det fortfarande 23 procent av kommunerna som inte utför denna typ av analyser. Vidare är det endast 16 procent av kommunerna som utför nyttoanalyser vid alla införanden av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen bedömer, precis som för 2022 och 2023, att det finns ett behov av ökat nationellt stöd, till exempel kunskaps- och metodstöd, till kommunerna inom detta område. Stödet behöver framför allt riktas till de kommuner som har svårt att genomföra denna typ av analyser på egen hand, exempelvis mindre kommuner.

Intervjustudien visade att nyttoanalyser och kommunens syn på vilken nytta tekniken är tänkt att uppnå får stor påverkan på var tekniken införs. Kommuner som fokuserat mer på nytta för brukare tenderade att ha en bred implementering av teknikerna – tekniken infördes inom alla verksamheter där man såg att den kunde bidra med mervärde för den enskilde. Kommuner som fokuserat mer på ekonomisk nytta eller omfördelningsnytta tenderade att ha en snäv implementering av teknikerna – tekniken infördes i verksamheter där den kunde bidra med resursbesparingar eller avlasta personal, men inte i verksamheter där den endast bidrog med ökad kvalitet för individen.

Detta visar på nyttoanalysens påverkanskraft – hur den kan leda till olika vägval, beroende på vilken nytta det är som analyseras. Vissa nyttor kan också vara lättare att påvisa och beräkna än andra, exempelvis kan en kvantifierbar nytta som tidsbesparing vara lättare att räkna på än kvalitativ nytta i form av ökad trygghet eller självständighet för individen. Här kan risker med ensidiga nyttoanalyser uppkomma, som bara tar hänsyn till ett värde, medan andra värden som tekniken kan bidra med exkluderas. För att motverka denna risk bedömer Socialstyrelsen det som centralt att olika typer av värden, både kvantitativa och kvalitativa, är med i nyttoanalysen och att en prioritering av dessa värden sker utifrån olika perspektiv, där de som berörs av förändringen är involverade.

Uppföljning

Systematisk uppföljning är ytterligare en välkänd framgångsfaktor vid införande av välfärdsteknik som lyfts av flera aktörer, däribland Socialstyrelsen, under flera år [6, 16, 19]. För att ett införande ska bli ändamålsenligt behöver kommunerna känna till vilket utfall det har haft, och om kommunen nått den nytta de avsåg med införandet. I årets enkät ställdes en ny fråga om kommunerna löpande följer upp införd välfärdsteknik eller annan digitalisering. Detta avsåg uppföljning på grupp- och verksamhetsnivå och inte den individuella uppföljning som utförs i enskilda ärenden.

Totalt 86 procent av kommunerna uppgav att de följer upp sina införanden, i någon omfattning. Dock visade fritextsvaren att kommunerna tolkat frågan olika och att uppföljningen i många fall inte sker strukturerat.

Socialstyrelsen bedömer att andelen kommuner som genomför systematisk uppföljning av införd teknik är betydligt lägre än vad som framgår av enkätresultatet. I dialogen med SKR:s nätverk och kompetenscenter framkom att de delar denna uppfattning. Jämförelser med andra undersökningar om uppföljning stärker denna bild. Exempelvis är det cirka 25 procent av kommunerna som uppger att de utför individbaserad systematisk uppföljning i Socialstyrelsens öppna jämförelser för äldreomsorgen [23].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att uppföljning av välfärdsteknikens effekter är ett fortsatt utvecklingsområde för kommunerna och att det generellt saknas tillräcklig kunskap, rutiner, stöd och resurser inom detta område. Socialstyrelsen delar denna bild. Exempelvis är det endast 18 procent av kommunerna som uppgav att de följer upp alla införanden av välfärdsteknik och annan digitalisering. Även om det finns vissa nationella stöd inom området, som inom individbaserad systematisk uppföljning, bedömer Socialstyrelsen, precis som för 2022 och 2023, att det finns ett behov av ökat nationellt stöd, till exempel kunskaps- och metodstöd, till kommunerna inom detta område – framför allt riktat till de kommuner som har svårt att genomföra denna typ av analyser på egen hand, såsom mindre kommuner.

I årets intervjustudie lyftes värdet av uppföljning. Framför allt betonades vikten av att löpande följa upp välfärdsteknikens effekter på individnivå. Här lyfte kommuner fram hur en tät uppföljning är en förutsättning för att vissa grupper ska kunna ta del av tekniken på ett bra sätt, exempelvis personer med kognitiv svikt. I stället för att på förhand exkludera dessa individer kan en nära uppföljning möjliggöra att de får prova tekniken under en tid, innan den byts ut mot fysiska insatser om det behövs. Flera intervjupersoner vittnade om hur tekniken gav ett mervärde för personer

som de först inte trodde var lämpliga användare. Detta visar på hur uppföljning blir ett viktigt verktyg när kommunen ska definiera en tekniks målgrupp.

I 2023 års rapport lyftes hur uppföljning kan bidra till en ökad användning av välfärdsteknik – när kommunen får större vetskap om teknikens effekter. I årets intervjustudie framkom att uppföljning också kan bidra till att teknik sprids till fler verksamhetsområden. Ett exempel som nämndes i intervjustudien var hur en uppföljning av läkemedelsautomater, som visade på ett minskat antal läkemedelsavvikelser, bidragit till att kommunen valt att införa tekniken inom fler verksamheter. Uppföljning av brukarnöjdhet är ett ytterligare område som kan bidra till att teknik sprids mellan olika verksamheter.

Avslutande kommentarer

Årets intervjustudie har fokuserat på frågan om varför kommuner erbjuder välfärdsteknik inom olika verksamhetsområden. En följd av att en kommun väljer att erbjuda välfärdsteknik inom ett verksamhetsområde, men inte ett annat, är att invånarna inte får samma möjlighet att tillgå tekniken. För enskilda individer kan alltså hemort, men också ålder och funktionsförmåga, få stor inverkan på deras möjligheter att nå ökad trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet med hjälp av digital teknik. I förlängningen kan skillnader i utbud av teknik mellan olika verksamhetsområden skapa omotiverade skillnader mellan de grupper av individer som finns i kommunens olika verksamheter. Vidare har intervjustudien visat vilka andra faktorer, än brukarnas behov, som kommuner kan vägledas av när de väljer var de inför välfärdsteknik. Exempelvis spelar faktorer som verksamhetens behov, styrning och omfördelningsnytta ofta en central roll. Här ska tilläggas att individens behov är avgörande för när teknik är lämplig att använda. I vissa fall är tekniken otillräcklig för att möta individens behov och därför inte lämplig att använda.

En framgångsfaktor för införandet av välfärdsteknik, men också för spridning av välfärdsteknik mellan olika verksamhetsområden, är att fler kommuner utformar styrande dokument och utvecklar ett strukturerat införande av välfärdsteknik som omfattar behovsanalyser, nyttoanalyser och uppföljning. Socialstyrelsen bedömer, precis som under 2022 och 2023, att det finns ett behov av ökat nationellt stöd till kommunerna inom dessa områden – framför allt riktat till de kommuner som har svårt att genomföra denna typ av analyser på egen hand. Eftersom kommunerna har olika förutsättningar att utföra strukturerade analyser och uppföljningar är det

centralt att de får stöd i detta arbete och att de delar sina resultat och erfarenheter med varandra.

Samtidigt framkom av intervjuerna att ett strukturerat införande inte automatiskt medför en bred implementering av välfärdsteknik.

Avgränsningar i ett tidigt skede, baserat på vilka de tilltänkta målgrupperna är, kan resultera i att exempelvis brukar- och nyttoanalyser exkluderar grupper som skulle kunna vara hjälpta av tekniken. Att ha en bred ansats från början och ett öppet förhållningssätt till teknikens möjligheter att generera olika typer av nytta för olika målgrupper kan här vara en tillgång. En annan framgångsfaktor kan vara att arbeta iterativt och efterhand utforska nya användningsområdena för välfärdsteknik genom att kartlägga och analysera behovet i en rad olika verksamheter. Här blir löpande behovsanalyser, i direktdialog med de tilltänkta målgrupperna, ett viktigt redskap i att utforska var tekniken kan bidra med nytta. Även uppföljning och utvärdering av teknikens effekter inom befintliga verksamhetsområden blir centralt. Dels för att se om tekniken ger önskad effekt, dels för att avgöra om tekniken bör erbjudas till brukare inom fler verksamhetsområden.

En annan central aspekt som intervjustudien visade är att kommuner är lyhörda till brukarnas behov och önskemål. Som tidigare nämnts fanns det vissa kommuner som fått omvärdera sina tilltänkta målgrupper när brukare själva uttryckt önskemål om tekniken. I detta arbete behöver kommunen ha förmåga att fånga upp brukares önskemål. Men också tillgodose invånare, brukare och anhöriga med information om den teknik som finns tillgänglig. En ytterligare fråga blir i hur stor grad ansvaret ska ligga på brukaren själv att uttrycka behov av digital teknik – och i vilken utsträckning kommunen på förhand kan identifiera behov och erbjuda teknik.

Att vara lyhörd inför brukarnas önskemål är avgörande, men att lägga ansvaret helt på brukarna – att själva efterfråga välfärdsteknik kan vara problematiskt. Detta eftersom alla har olika förutsättningar, är olika resursstarka och har olika kunskap om och erfarenhet av att efterfråga insatser från det offentliga. Att erbjuda välfärdsteknik brett är ett sätt att motverka denna problematik. Genom att erbjuda tekniken till alla brukare, oavsett verksamhetsområde, får alla samma möjlighet att uttrycka sin vilja. Detta ökar i sin tur välfärdsteknikens möjlighet att nå ut till de individer som behöver den, oavsett ålder och funktionsförmåga.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2019-5-16.pdf>
2. 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-var-d-och-omsorg.pdf>
3. Socialstyrelsen. Välfärdsteknik: En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner. 2018. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-3.pdf>
4. Socialstyrelsen. Tillämpning av digital vård i regionerna: En kartläggning. 2023. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-9-8711.pdf>
5. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Digital potential: Utvärdering av satsningen på digital teknik i äldreomsorgen. 2023. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/digital-potential/>
6. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Digital teknik med äldre i fokus: En delredovisning av utvärderingen av överenskommelsen om digitalisering i äldreomsorgen. 2021. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/digital-teknik-med-aldre-i-fokus>
7. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Uppdrag att stödja kommuners användning av artificiell intelligens inom socialtjänsten. 2024. Hämtad från: <https://www.digg.se/analys-och-uppfoljning/publikationer/publikationer/2024-01-23-uppdrag-att-stodja-kommuners-anvandning-av-artificiell-intelligens-inom-socialtjansten>
8. Myndigheten för digital förvaltning. Uppdrag att stödja regeringens arbete med fortsatt digitalisering av välfärden genom att identifiera rättsliga hinder (dnr I2022-00620). 2024. Hämtad från: <https://www.digg.se/analys-och-uppfoljning/publikationer/publikationer/2024-01-09-uppdrag-att-stodja-regeringens-arbete-med-fortsatt-digitalisering-av-valfarden-genom-att-identifiera-rattsliga-hinder>
9. Myndigheten för digital förvaltning. Perspektiv på digitalisering - digital kompetens. 2023. Hämtad från: <https://www.digg.se/analys-och-uppfoljning/publikationer/publikationer/2023-12-19-perspektiv-pa-digitalisering---digital-kompetens>
10. E-hälsomyndigheten. Uppföljning Vision e-hälsa 2025: Rapport avseende 2022. 2023. Hämtad från: https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/rapporter_regeringsuppdrag/uppfoljning-vision-e-halsa-rapport-avseende-2022.pdf
11. E-hälsomyndigheten. Digitala ingångar till vård och omsorg: Kartläggning av behov och utmaningar. 2023. Hämtad från:

- https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/rapporter_kartlaggningar/digitala-ingangar-till-varld-och-omsorg_rapport_maj-2023_230505.pdf
12. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Det systematiska informations och cybersäkerhetsarbetet i den offentliga förvaltningen: Resultatredovisning av Infosäkkollen och It-säkkollen 2023. 2024. Hämtad från: <https://www.msb.se/sv/publikationer/det-systematiska-informations--och-cybersakerhetsarbetet-i-den-offentliga-forvaltningen--resultatredovisning-av-infosakkollen-och-it-sakkollen/>
 13. Myndigheten för delaktighet. Välfärdsteknik och e-tjänster: Redovisning av ett regeringsuppdrag att stödja kommunerna med kunskap. 2021. Hämtad från: <https://www.mfd.se/contentassets/6738c7ea03704b139a056641881908dd/2021-5-valfardsteknik-och-e-tjanster-slutrapport.pdf>
 14. Nordens välfärdscenter. Välfärdsteknologi i de nordiska länderna: En kartläggning av statliga satsningar. 2023. Hämtad från: <https://nordicwelfare.org/publikationer/valfardsteknologi-i-de-nordiska-landerna-en-kartlaggning-av-statliga-satsningar/>
 15. Socialstyrelsens data för jämförelser. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Hämtad 2024-03-25
<https://px.socialstyrelsen.se/pxweb/sv/E-h%C3%A4lsa%20och%20v%C3%A4lf%C3%A4rdsteknik%20i%20kommunerna/>
 16. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. 2023. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-5-8549.pdf>
 17. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7897.pdf>
 18. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Svensk version 2022 av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-1-7716.pdf>
 19. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI). 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-5-7900.pdf>
 20. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. 2021. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-5-7384.pdf>
 21. Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. Stockholm: Norstedts juridik; 2020. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/03/sou-202014/>

22. E-hälsomyndigheten. Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa). 2020. Hämtad från: https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/nationellt-stod-till-kommunerna-vid-inforande-och-anvandning-av-digital-teknik.pdf
23. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av äldreomsorg. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>

Bilaga 1 Svarsfrekvens

Tabell 1. Antal och andel kommuner som har besvarat Socialstyrelsens enkät om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, 2024

	Antal kommuner	Svarande, antal	Svarande, andel
Totalt	290	263	91
Region			
Region Stockholm	26	24	92
Region Uppsala	8	8	100
Region Sörmland	9	8	89
Region Östergötland	13	10	77
Region Jönköpings län	13	10	77
Region Kronoberg	8	8	100
Region Kalmar län	12	12	100
Region Gotland	1	1	100
Region Blekinge	5	5	100
Region Skåne	33	28	85
Region Halland	6	6	100
Västra Götalandsregionen	49	46	94
Region Värmland	16	15	94
Region Örebro län	12	11	92
Region Västmanland	10	10	100
Region Dalarna	15	14	93
Region Gävleborg	10	9	90
Region Västernorrland	7	7	100

	Antal kommuner	Svarande, antal	Svarande, andel
Region Jämtland Härjedalen	8	7	88
Region Västerbotten	15	14	93
Region Norrbotten	14	10	71
Storleksgrupp, antal invånare			
0 - 10 tusen invånare	74	60	81
10 - 20 tusen invånare	92	86	93
20 - 50 tusen invånare	74	68	92
50 - 100 tusen invånare	31	30	97
Fler än 100 tusen	19	19	100

Bilaga 2 Kommunernas driftsformer

I enkäten ställdes frågan om i vilken utsträckning kommunerna har lagt ut verksamheter på andra utförare än kommunens egna. Detta kan ske genom entreprenadavtal eller avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV-avtal), eller genom att kommunen köper enstaka platser hos privata företag. Resultatet visar att en majoritet av kommunerna driver utförarverksamheterna helt eller delvis i egen regi (se tabell 1). Det verksamhetsområde som är vanligast att kommunerna bedriver helt i egen regi är dagverksamhet inom äldreomsorg. Det verksamhetsområde där kommunerna överlåtit all utförarverksamhet i högst utsträckning är inom området familjerätt.

Tabell 1. Driftsformer för kommunernas utförarverksamhet, andel kommuner i procent, 2024 (n=263)

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 till annan juridisk person*
Barn och unga	46	52	2
Arbetsmarknadsinsatser	79	19	2
Familjerätt (till exempel samarbetsamtal)	70	14	16
Vuxna med missbruksproblem	46	52	2
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	61	36	3
Äldreomsorg i särskilda boendeformer	70	27	3
Äldreomsorg, dagverksamheter	91	8	2
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	67	30	2

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 till annan juridisk person*
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	45	53	2
Kommunal hälso- och sjukvård	84	14	2

* Annan juridisk person kan till exempel vara privat bolag, kommunalt bolag, stiftelse, annan kommun eller kommunalförbund.

Bilaga 3 Enkät svar fördelade på kommunstorlek

I denna bilaga redovisas resultatet av utvalda enkätfrågor fördelat på kommunstorlek. Uppdelningen av kommunerna ser ut på följande sätt:

Storleksgrupp	Antal invånare	Antal kommuner (n=263)
De minsta kommunerna	under 10 000 invånare	60
De näst minsta kommunerna	över 10 000 och under 20 000 invånare	86
De medelstora kommunerna	över 20 000 och under 50 000 invånare	68
De näst största kommunerna	över 50 000 och under 100 000 invånare	30
De största kommunerna	över 100 000 invånare	19

Tabell 1. Andel kommuner som har olika typer av styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024

Flera svar kunde anges.

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Styrande dokument där kommunen har angett vad man vill uppnå på lång sikt	Handlingsplan eller motsvarande som är tydligt tid- och resurssatt	Inget av dessa finns	Antal
Socialtjänst				
<10 000 invånare	60	13	32	60
10–20 000 invånare	60	21	30	86
20–50 000 invånare	72	24	18	68
50–100 000 invånare	90	23	3	30

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Styrande dokument där kommunen har angett vad man vill uppnå på lång sikt	Handlingsplan eller motsvarande som är tydligt tid- och resurssatt	Inget av dessa finns	Antal
>100 000 invånare	84	37	5	19
Samtliga	68	21	22	263
Kommunal hälso- och sjukvård				
<10 000 invånare	57	12	35	60
10–20 000 invånare	60	19	30	86
20–50 000 invånare	65	25	24	68
50–100 000 invånare	80	27	10	30
>100 000 invånare	68	32	21	19
Samtliga	63	21	27	263

Tabell 2. Andel kommuner som har olika typer av styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2023

Flera svar kunde anges.

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Styrande dokument där kommunen har angett vad man vill uppnå på lång sikt	Handlingsplan eller motsvarande som är tydligt tid- och resurssatt	Inget av dessa finns	Antal
Socialtjänst				
<10 000 invånare	39	18	54	72
10–20 000 invånare	59	20	31	94
20–50 000 invånare	59	28	27	75

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Styrande dokument där kommunen har angett vad man vill uppnå på lång sikt	Handlingsplan eller motsvarande som är tydligt tid- och resurssatt	Inget av dessa finns	Antal
50-100 000 invånare	83	30	10	30
>100 000 invånare	84	37	5	19
Samtliga	58	24	32	290
Kommunal hälso- och sjukvård				
<10 000 invånare	36	17	57	72
10-20 000 invånare	54	18	36	94
20-50 000 invånare	52	29	31	75
50-100 000 invånare	73	30	17	30
>100 000 invånare	79	37	11	19
Samtliga	53	23	36	290

Tabell 3. Andel kommuner som har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik (inklusive trygghetslarm), per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024

Storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
<10 000 invånare	57	43	60
10-20 000 invånare	70	30	86
20-50 000 invånare	63	37	68
50-100 000 invånare	60	40	30
>100 000 invånare	79	21	19
Samtliga	65	35	263

Tabell 4. Andel kommuner som utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024

Storleksgrupp, antal invånare	Ja, vid alla införanden	Ja, vid de flesta införanden	Ja, vid vissa införanden	Nej	Antal
<10 000 invånare	17	20	32	32	60
10–20 000 invånare	14	24	38	23	86
20–50 000 invånare	16	25	32	26	68
50–100 000 invånare	13	33	37	17	30
>100 000 invånare	21	58	21	0	19
Samtliga	16	27	34	23	263

Tabell 5. Andel kommuner som utför behovsanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024

Storleksgrupp, antal invånare	Ja, vid alla införanden	Ja, vid de flesta införanden	Ja, vid vissa införanden	Nej	Antal
<10 000 invånare	28	27	30	15	60
10–20 000 invånare	17	31	28	23	86
20–50 000 invånare	32	31	26	10	68
50–100 000 invånare	23	37	20	20	30

Storleksgrupp, antal invånare	Ja, vid alla införanden	Ja, vid de flesta införanden	Ja, vid vissa införanden	Nej	Antal
>100 000 invånare	37	53	11	0	19
Samtliga	26	32	26	16	263

Tabell 6. Andel kommuner som löpande följer upp inför välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024

Storleksgrupp, antal invånare	Ja, vid alla införanden	Ja, vid de flesta införanden	Ja, vid vissa införanden	Nej	Antal
<10 000 invånare	13	32	42	13	60
10-20 000 invånare	16	29	36	19	86
20-50 000 invånare	18	32	38	12	68
50-100 000 invånare	23	23	43	10	30
>100 000 invånare	37	26	32	5	19
Samtliga	18	30	38	14	263

Tabell 7. Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2024

Flera svar kunde anges.

Storleksgrupp, antal invånare	Utlånings- verksam- het av digital teknik	Prova-på- rum/visnings- miljöer för digital teknik	Digitala handledare /coacher, till exempel fixartjänster	Utbildning för att höja digital kompetens	Support- verksam- het	Stödmaterial och instruktions- guider till digitala tjänster	Träffpunkter och mötesplatser, till exempel IT-caféer	Annat	Kommunen erbjuder inget stöd inom detta område	Antal
<10 000 invånare	18	18	15	32	15	22	27	10	28	60
10–20 000 invånare	22	28	28	37	26	34	38	16	23	86
20–50 000 invånare	26	26	50	59	46	50	62	13	13	68
50–100 000 invånare	43	47	70	67	40	57	53	13	3	30
>100 000 invånare	74	58	74	84	63	68	89	26	0	19
Samtliga	29	30	39	48	33	40	47	14	18	263

Tabell 8. Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, per storleksgrupp för kommunerna, i procent, 2023

Flera svar kunde anges.

Storleksgrupp, antal invånare	Utlånings- verksamhet av digital teknik	Prova-på- rum/visnings- miljöer för digital teknik	Digitala handledare /coacher, till exempel fixartjänster	Utbildning för att höja digital kompetens	Supportverk- samhet	Stödmaterial och instruktions guider till digitala tjänster	Annat	Kommunen erbjuder inget stöd inom detta område	Antal
<10 000 invånare	24	11	18	25	15	19	11	42	72
10–20 000 invånare	22	19	29	35	18	30	16	36	94
20–50 000 invånare	28	29	48	56	33	35	11	24	75
50–100 000 invånare	43	57	63	73	50	60	17	3	30
>100 000 invånare	63	68	68	84	42	63	11	0	19
Samtliga	29	27	37	45	26	34	13	29	290

Bilaga 4 Kvalitetsdeklaration

Enkätundersökning

Följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik **R56023-3**

Statistikens kvalitet

Relevans och Syfte

Uppdrag

I regleringsbrevet för 2023 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 för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik. 2024 är elfte året i rad som denna enkätundersökning genomförts.

Syfte

Syftet med enkäten är att:

- öka kunskapen om e-hälsa och välfärdsteknik i landets kommuner
- stödja kommunernas digitala verksamhetsutveckling och möjliggöra jämförelser mellan kommuner
- förbättra förutsättningarna för regeringen och andra aktörer i arbetet med att främja den digitala utvecklingen för en god vård och omsorg.

Statistikens innehåll

Objekt och population

Målpopulationen är de objekt man vill analysera och dra slutsatser om. I den här undersökningen består de av samtliga kommuner.

Undersökningen vänder sig till äldreomsorgschef, socialchef eller motsvarande funktion som kan besvara frågor om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i sin kommun.

Ramppopulationen identifierar objekten i målpopulationen och skapas med hjälp av listan av samtliga kommuner. Ramppopulationen är komplett och sammanfaller med målpopulationen.

Variabler och statistiska mått

Frågorna är utformade i ett samarbete mellan frågekonstruktören, projektledare och projektmedarbetare med inspel från sakkunniga på olika avdelningar inom Socialstyrelsens organisation. Under processen har samråd med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomförts. SKR hade vissa

synpunkter på frågeutformningen, vilka ledde till revideringar. Den slutliga enkäten testades av statistiker före utskick.

Enkäten består av en blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor. Totalt sett ställs ett 60-tal frågor, varav många är matrisfrågor med flera delfrågor. Ett antal frågor är följdfrågor som ska besvaras beroende på hur man besvarat tidigare frågor.

Rådatafil med variabler och svar levererades till projektledaren. För enkätsfrågor som är envals- eller flervalfrågor levererades även resultattabeller med andelar och frekvenser. Ytterligare korstabeller skapades enligt en beställning från projektledaren i form av en tabellplan för 2024. Redovisning sker på kommunnivå samt uppdelad i vissa fall på kommunstorlek. Då rapporten är årligt återkommande prioriterats även jämförelsen mellan åren.

Viktberäkning och estimation

Undersökningen är en totalundersökning och därför görs ingen viktberäkning eller estimation.

Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät programmerad och utskickad i verktyget Survey Generator. De primära mottagarna har varit kommunernas registratorsadresser. I följbrevet har det tydliggjordes att enkäten ska besvaras av kommunens äldreomsorgschef, socialchef eller motsvarande befattning med ansvar för socialtjänst och vård och omsorg i kommunen, eller av befattningshavare med ansvar för e-hälsa och välfärdsteknik (exempelvis it-strateg, digitaliseringsstrateg eller kvalitetssamordnare). Registratorerna har förutsatts vidarebefordra utskicket till en person med sådan funktion.

Första utskicket gjordes den 8 januari 2024. Efter tre påminnelser och en förlängning stängdes insamlingen den 14 februari. Den ursprungligt angivna sista svarsdagen var den 5 februari. Förlängningen av fälttiden skickades ut den 6 februari och hade den 14 februari genererat ytterligare 27 svar, vilket motsvarar drygt 10 procent av samtliga inkomna svar i insamlingen.

Svarsfrekvens

Totalt har 263 kommuner besvarat enkäten. Det ger en svarsfrekvens på lite mindre än 91 procent.

Referenstider

Undersökningens referensperiod är 2024 och mätperiod är 2024.

Tillförlitlighet

Urval

Undersökningen är en totalundersökning av Sveriges samtliga kommuner, urvalsosäkerhet förekommer därmed inte.

Ramtäckning

Ingen över- eller undertäckning förekommer eftersom ramen sammanfaller med målpopulationen.

Mätning

I samband med datainsamlingen kan slumpmässiga och systematiska mätfel uppstå. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bland annat mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingsättet. Den största osäkerhetskällan i mätningen är felrapporteringar av respondenten. Dessa kan bero på kommunernas organisation, rutiner och arbetsbelastning. För vissa frågor kan de svarande personerna ha behövt inhämta information från andra uppgiftslämnare internt, vilket kan ge utrymme för skilda tolkningar av undersökningsvariabler. En rimlighetsbedömning av inkomna svar görs av projektledaren efter datagranskning och vid behov kontaktas respondenten för att kontrollera svaren och ge möjlighet till rättning. För mer information se bilaga 6.

Bortfall

Svarsbortfall ökar den slumpmässiga osäkerheten eftersom antalet svarande är färre än det totala antal respondenter. Om en respondent inte har svarat på hela enkäten får man ett objektbortfall. Saknas det däremot enbart svar på några frågor uppstår ett partiellt bortfall för respektive fråga där svarsbortfall har skett. Den varierar därmed för de olika frågorna och respektive variabel. Det är mycket svårt att bedöma om systematiskt bortfall sker och hur tillförlitligheten påverkas av eventuell skevhet. Det är viktigt vid högt bortfall att använda försiktighet i tolkning av statistiken eftersom denna kan inneha systematiskt fel.

Enkäten har besvarats av 263 kommuner och det ger ett svarsbortfall på drygt 9 procent. I flesta fall har ingen uppgift om varför enkäten inte besvarats inkommit. Många frågor i enkäten är obligatoriska att besvara och därmed uppstår inget partiellt bortfall för dessa frågor. Partiellt bortfall kan ske på frågorna som utformats som frisvarsfrågor, i denna enkät handlar det om 6 frågor.

Bearbetning

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel. Eftersom enkätsvar i undersökningen samlas in via webbverktyg, minimeras stegen i dataprocessen samt risken för kodnings- och bearbetningsfel. En kvalitetskontroll med avseende på rimliga värden utförs.

Modellantagande

Inga modellantagande görs.

Tillgänglighet och tydlighet

Tillgång till statistiken

Resultaten på enkätundersökningen publiceras i en årligt återkommande rapport om e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Socialstyrelsen publicerar rapporten på Socialstyrelsens webbplats. Enkätresultatet publiceras i jämförelseverktyget *E-hälsa i kommunerna*, som finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats, där kommunerna kan jämföra sitt resultat med andra kommuner, län och nationellt.

Presentation

De insamlade statistikuppgifterna sammanställs i Excel i form av en rådatafil, frekvenstabeller och andra tabeller sammansatta enligt projektledarens tabellbeställningsplan. Rådatasetet diarieförs. En kvalitetsdeklaration upprättas för undersökningen.

Dokumentation

Denna kvalitetsdeklaration utgör en produktbeskrivning som del av dokumentationen av statistiken. För ytterligare information och frågor om statistiken kan kontaktpersonerna kontaktas.

Jämförbarhet och sammanvändbarhet

Detta är elfte gången Socialstyrelsen genomför en kartläggning och analys av e-hälsa och välfärdsteknik införd hos kommunerna. Frågeformuläret revideras varje år och några variabler ersätts, definitioner ändras eller nya frågor adderas i undersökningen. Alla insamlade variabler är därför inte jämförbara över tid.

Bilaga 5 ICF och KSI

Tabell 1. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder ICF i dokumentationen, i procent, 2015–2024

Verksamhet	2015 (n=238)	2016 (n=243)	2017 (n=238)	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)	2024 (n=263)
Barn och unga	14	18	19	18	23	25	28	28	35	35
Ekonomiskt bistånd	4	5	7	10	13	16	17	21	24	22
Vuxna med missbruksproblem	7	8	9	11	15	20	22	24	27	25
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	14	20	23	32	47	56	65	67	73	79
Äldreomsorg	26	29	37	44	58	60	66	69	73	78
Familjerätt*	-	-	-	-	-	-	-	-	24	24

*Frågan om Familjerätt ställdes inte mellan 2015 och 2022.

Tabell 2. Andel kommuner där personal i de kommunala utförarverksamheterna använder ICF i dokumentationen, i procent, 2015–2024*

Verksamhet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Barn och unga	8	14	14	13	20	20	19	22	30	28
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6	8	14	12	15	18	19
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8	12	18	17	20	24	22
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	12	17	18	28	39	47	46	57	63	70
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26	36	45	45	44	51	58	64

Verksamhet	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Äldreomsorg, särskilt boende och dagverksamhet**	19	20	25	37	46	-	-	-	-	-
Äldreomsorg, särskilt boende***	-	-	-	-	-	48	46	55	60	66
Äldreomsorg, dagverksamheter***	-	-	-	-	-	41	42	52	55	62

* Antal kommuner som har besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andelen beräknas utifrån hur många kommuner som har svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

** 2015–2019 var frågan om särskilt boende för äldre och dagverksamhet sammanslagen.

*** Från 2020 delas frågan upp mellan särskilt boende för äldre och dagverksamhet.

Tabell 3. Andel kommuner där ICF används i dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården i procent, 2015–2024*

Typ av boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	72	77	75	82	83	84	86	87	87
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	72	78	76	82	83	84	86	87	87

* Antal kommuner som har besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andelen beräknas utifrån hur många kommuner som har svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

Tabell 4. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder KSI i dokumentationen, i procent, 2018–2024

Verksamhet	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)	2024 (n=263)
Barn och unga	7	14	12	12	11	11	13
Ekonomiskt bistånd	6	10	8	9	10	9	11
Vuxna med missbruksproblem	6	10	10	9	10	10	11

Verksamhet	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)	2024 (n=263)
Funktionshinder (SoL- och/eller LSS)	7	19	14	16	20	20	21
Äldreomsorg	10	23	19	21	23	21	22

Tabell 5. Andel kommuner där personalen i de kommunala utförarverksamheterna använder KSI i dokumentationen, i procent, 2018–2024*

Verksamhet	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Barn och unga	4	9	9	6	9	9	12
Arbetsmarknadsåtgärder	3	5	7	5	7	7	9
Vuxna med missbruksproblem	4	7	8	6	10	9	10
Funktionshinder**	5	13	11	-	-	-	-
Funktionshinder (LSS)***	-	-	-	11	14	16	17
Funktionshinder (SoL)***	-	-	-	12	15	17	18
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	8	17	15	13	17	15	18
Äldreomsorg, särskilt boende för äldre och dagverksamheter****	7	16	-	-	-	-	-
Äldreomsorg, särskilt boende för äldre *****	-	-	14	14	18	17	19
Äldreomsorg, dagverksamheter*****	-	-	12	12	17	16	16

*Antal kommuner som har besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andelen beräknas utifrån hur många kommuner som har svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

**2018–2020 var frågan om LSS och SoL sammanslagen.

***Från 2021 delas frågan upp mellan LSS och SoL.

****2018–2019 var frågan om särskilt boende för äldre och dagverksamhet sammanslagen.

*****Från 2020 delas frågan upp mellan särskilt boende för äldre och dagverksamhet.

Bilaga 6. Kvalitetskontroll och stickprov

Socialstyrelsen genomförde en kvalitetskontroll och stickprov av 2024 års enkätsvar gällande antal användare av välfärdsteknik. I kvalitetskontrollen identifierades kommuner med en kraftig uppgång eller nedgång i antal användare av digital tillsyn, gps-larm eller läkemedelsautomater mellan 2023 och 2024. Totalt identifierades 18 kommuner med denna typ av skarpa förändringar i antal användare, vilket kunde vara ett tecken på felsvar. Socialstyrelsen kontaktade dessa 18 kommuner varav 8 kommuner uppgav att de uppgifter de angett var felaktiga och rättade sina enkätsvar.

Sammantaget visar stickproven att de enkätresultat som rör antalsuppgifter behöver tolkas med försiktighet. Upp- och nedgångar i utvecklingen kan bero på felsvar eller olika respondenters tolkningar av enkätfrågan, och inte faktiska förändringar i verksamheten. Detta gäller inte bara enkätfrågorna som rör antalsuppgifter utan även övriga enkätfrågor – vilket 2023 års kvalitetskontroll visade [16]. Generellt kan sägas att för stor vikt inte bör ges åt mindre förändringar i resultatet, på några enstaka procentenheter, men att större förändringar fortfarande visar på trender i utvecklingen.

Socialstyrelsen ser ett behov av fler kvalitetskontroller framöver för att öka uppföljningens tillförlitlighet. Socialstyrelsen driver ett löpande arbete tillsammans med sakkunniga och kommunrepresentanter för att anpassa enkäten och tydliggöra enkätfrågor för att begränsa tolkningsutrymmet.

Bilaga 7. Urval, intervjupersoner och intervjuguide

Urval

Socialstyrelsens urval för intervjustudien syftade till att ringa in kommuner som inför digital nattillsyn och läkemedelsautomater i olika verksamhetsområden – för att på så sätt kunna belysa skillnader och möjliggöra jämförelser och analyser av varför kommuner gör olika vägval. Detta resulterade i ett urval av kommuner som under 2023¹² hade något av följande:

1. en bred implementering av digital nattillsyn. Det vill säga hade infört digital nattillsyn inom samtliga verksamhetsområden som ingår i enkäten (ordinärt boende för äldre, ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning, särskilda boendeformer för äldre och stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning).
2. en snäv implementering av digital nattillsyn. Det vill säga hade endast infört digital nattillsyn inom ett verksamhetsområde.

Ett villkor för samtliga kommuner var att de infört läkemedelsautomater.¹³ Det första urvalet resulterade i ett för högt antal kommuner som uppfyllde kriterierna i förhållande till intervjustudiens omfattning. I ett andra steg sorterades kommuner fram som hade en bred respektive snäv implementering av övriga typer av välfärdsteknik utifrån 2023 års enkätdata. Socialstyrelsen gjorde även en prioritering bland kommunerna för att uppnå högre geografisk spridning och en blandning mellan större och mindre kommuner. En intervjuförfrågan skickades slutligen ut till 15 kommuner varav 10 tackade ja till att ingå i intervjustudien. Hälften av kommunerna hade en bred implementering av digital nattillsyn och resterade en snäv implementering.

Sett till invånarantal bestod urvalet av 1 kommun med över 100 000 invånare, 2 kommuner med 50 000–100 000 invånare, 2 kommuner med 20 000–50 000 invånare, 4 kommuner med 10 000–20 000 invånare och 1 kommun med under 10 000 invånare. Kommunerna var belägna i:

¹² Uppgifterna hämtades från Socialstyrelsens enkät om e-hälsa och välfärdsteknik 2023.

¹³ För läkemedelsautomaterna finns ingen statistik uppdelad per verksamhetsområde, vilket medförde att Socialstyrelsen inte kunde förfina urvalet ytterligare för den tekniken.

Södermanlands län, Östergötlands län, Kronobergs län, Kalmar län, Hallands län, Värmlands län och Västernorrlands län.

Intervjupersoner

I intervjufrågan efterfrågade Socialstyrelsen deltagare som hade insikt i följande:

- målgruppen för digital nattillsyn och läkemedelsautomater i kommunen och vilka verksamhetsområden som använder sig av tekniken i dagsläget. Gärna med insyn i hur väl tekniken bedöms nå och fungera för målgrupperna.
- den process kommunen har haft vid införande av digital nattillsyn och läkemedelsautomater gällande val av målgrupp och verksamhetsområde för teknikerna.
- tankar och eventuella planer framåt gällande användning av digital nattillsyn och läkemedelsautomater i kommunen.

Kommunerna avgjorde själva vilka roller eller professioner de önskade ha representerade vid intervjun. Hälften av intervjuerna var gruppintervjuer där flera representanter från kommunen deltog, ofta från olika verksamhetsområden. Resterande var individuella intervjuer. I en kommun genomfördes två separata intervjuer – en intervju med en representant från kommunens äldreomsorg och en intervju med representanter från kommunens individ- och familjeomsorg.

Totalt intervjuades 21 personer från 10 kommuner.¹⁴ Intervjupersonerna hade olika roller på kommunen. Vanligast var att de arbetade som verksamhetsutvecklare, strateger eller samordnare inom digitalisering. Det var också vanligt att intervjupersonerna var chefer på olika nivåer – som enhetschefer, verksamhetschefer, förvaltningschefer och utvecklingschefer. Några intervjupersoner hade andra roller på kommunen som distriktssjuksköterska eller digital lots. Gällande verksamhetsområden arbetade merparten av intervjupersonerna med verksamhetsövergripande digitalisering inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Vissa av intervjupersonerna representerade specifika områden som äldreomsorg, individ- och familjeomsorg eller hemsjukvård. Trots att merparten av intervjupersonerna hade övergripande funktioner hade de i regel störst insyn i digitalisering inom äldreomsorgen. Flera intervjupersoner uttryckte att de hade bristande insyn i arbetet med digitalisering inom exempelvis

¹⁴ Varav 16 kvinnor och 5 män.

funktionshindersområdet och individ- och familjeomsorgen. Dessa skillnader behöver beaktas i tolkningen av intervjureultatet.

Intervjuguide

I intervjuerna användes en intervjuguide med frågor om hur kommunerna gått till väga när de definierat målgruppen för digital nattillsyn och läkemedelsautomater, samt hur de själva såg på denna process och den målgrupp de valt. Intervjuerna behandlade de två teknikerna var för sig och utgick från följande frågor:

- vilka målgrupper erbjuds tekniken i er kommun i dagsläget?
- hur såg arbetet/processen ut med att definiera målgruppen?
- hur bedömer ni att arbetet med att definiera målgruppen har gått?
- hur ser ni på ert val av målgrupp för tekniken?
- upplever ni att målgruppen är lämplig för tekniken?
- ser ni andra potentiella målgrupper?
- ser ni något behov av nationellt stöd i processen med att definiera teknikens målgrupp? I så fall vilket?
- upplever ni någon skillnad i att erbjuda välfärdsteknik inom äldreomsorgen och funktionshindersverksamheten?
- varför tror ni att kommunerna skiljer sig åt i hur målgrupperna för välfärdsteknik definieras?



Socialstyrelsen

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024 (artikelnr 2024-5-9099)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.