

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021

Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården

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

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

Artikelnummer 2021-5-7384

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2021

Förord

Regeringen har årligen sedan 2014 gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen av användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Det här är åttonde året som Socialstyrelsen rapporterar om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Rapporten spänner över äldreomsorg, insatser till personer med funktionsnedsättningar, individ- och familjeomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

I årets rapport ingår en uppföljning av de stimulansmedel som regeringen gett för att förbättra kommunernas förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering. Stimulansmedlen är en del av regeringens och Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. Då 2020 har präglats av pandemin har Socialstyrelsen också, som en del av denna rapport, gjort en särskild analys av pandemins påverkan på den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

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

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

Nyckeltalen och resultatet från uppföljningen 2021 finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Den digitala utvecklingen i korthet	7
Pandemins påverkan på den digitala utvecklingen	8
Breddinförande av välfärdsteknik går långsamt	8
Användning av stark autentisering ökar	8
Kommunens storlek spelar roll i den digitala utvecklingen	9
Skillnad mellan äldreomsorg och individ- och familjeomsorg	9
Statliga stimulansmedel har använts till kommunikationslösningar	9
Hinder och framgångsfaktorer för digital utveckling	10
Background and summary in English	11
Background	11
Summary of results	13
Bakgrund	17
Nationella strategier	17
Stimulansmedel	18
Vision e-hälsa 2025	18
Tidigare rapportering från Socialstyrelsen	19
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik	20
Uppdraget	20
Metod och genomförande	20
Agenda 2030 för hållbar utveckling	22
Utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården	24
Strategi och utveckling	24
Utvecklingen i socialtjänsten	32
Driftsformer för socialtjänstens verksamheter	32
E-tjänster	33
Automatisering i socialtjänsten	36
Välfärdsteknik	38
Säker hantering av identiteter och behörigheter för socialtjänstens personal	49
Dokumentera mobilt	53
Strukturerad dokumentation och klassifikationer	54
Utvecklingen i den kommunala hälso- och sjukvården	59
Kommunala och privata utförare	59
E-tjänster	59
Välfärdsteknik	59

Allt fler kan dokumentera mobilt.....	60
Den nationella patientöversikten.....	61
Strukturerad dokumentation i den kommunala hälso- och sjukvården.....	63
Intervjuer med kommuner om hur de samarbetar med privata utförare	65
Kommunens krav på privata utförare	66
Intervjustudien i sammandrag	68
Kommunala möjligheter och hinder för digital utveckling	70
Framgångsfaktorer för digitalisering	70
Hinder för digitalisering.....	71
Pandemins påverkan på den digitala utvecklingen	73
Digitala möten har ökat.....	73
Annan digital teknik och digitala arbetssätt	74
Pandemin har bromsat utvecklingsarbetet	75
Effekter för organisationen	75
Effekter för personalen	76
Effekter för enskilda.....	77
Statliga stimulansmedel för 2020	79
Syftet med satsningen	80
Ett spektrum av aktiviteter och investeringar i kommunerna	81
Ersättning till kommuner för att motverka isolering för äldre med anledning av covid-19	84
Diskussion.....	86
Pandemins påverkan på den digitala utvecklingen	86
Kommunens storlek spelar roll.....	87
Skillnad mellan äldreomsorg och individ- och familjeomsorg	88
Breddinförande av välfärdsteknik går långsamt	88
Låg användning av stark autentisering.....	89
Den nationella patientöversikten.....	91
Hinder och framgångsfaktorer	91
Referenser	95
Bilaga 1 Svarsfrekvens.....	97
Bilaga 2. Enkät svar fördelade på kommungrupper	98
Bilaga 3. Kvalitetsdeklaration	120
Inledning	121
Omfattning	121
Datainsamling	121
Svarsfrekvens	122
Mätfel	123
Beskrivning av data	123
Tillgänglighet	123

Sammanfattning

Den digitala utvecklingen i korthet

- Under pandemin har användningen av digital kommunikation ökat i snabbare takt än tidigare. Kommunerna har snabbt ställt om till digital kommunikation när fysiska möten inte är möjliga. Detta handlar om kommunikation mellan kommunens tjänstemän, vård- och omsorgspersonal och enskilda samt i kommunens kommunikation med andra aktörer. Ett exempel är samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video.
- I cirka 87 procent av kommunerna har personer som bor i särskilda boenden för äldre tillgång till internet i sina bostäder, via wifi eller fiber. I stöd och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar är det 84 procent.
- Allt fler kommuner inför e-tjänster för ekonomiskt bistånd. Cirka 48 procent av kommunerna kan ta emot ansökningar om försörjningsstöd via en e-tjänst.
- Användningen av digital natttillsyn ökar och cirka 76 procent av kommunerna har infört detta för äldre som bor i ordinärt boenden. Över 3000 personer har sådan tillsyn. Allt fler kommuner använder också digital tillsyn under dagen.
- Allt fler personalgrupper kan dokumentera digitalt när de arbetar externt. Utvecklingen är särskilt tydlig inom hemtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. I 56 procent av kommunerna kan all hemtjänstpersonal dokumentera i verksamhetssystemet när de arbetar utanför kontoret och i 45 procent av kommunerna kan all hälso- och sjukvårdspersonal dokumentera mobilt.
- Drygt 70 procent av kommunerna har tagit fram styrande dokument i form av digitaliseringsplaner eller liknande för att kunna bedriva en planerad verksamhetsutveckling med stöd av digitalisering.
- 58 procent av kommunerna har ett ledningssystem som omfattar välfärdsteknik och 28 procent har ett som omfattar e-tjänster.
- Användning av säker hantering av identiteter- och behörigheter inom socialtjänsten ökar inte. Endast 35 procent av kommunerna har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas. Andelen kommuner där all personal i handläggningen och i utförarledet som har tillgång till stark autentisering har dock ökat markant i förhållande till 2019 och 2020.
- Klassifikationen ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) ökar kontinuerligt inom samtliga socialtjänstområden och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Användningen av den nationella patientöversikten (NPÖ) för att ta del av andra vårdgivares journalinformation fortsätter att öka. Under 2020 har flera kommuner anslutit sig för att också dela hälso- och sjukvårdsdokumentation.

Pandemins påverkan på den digitala utvecklingen

Pandemin har under 2020 haft effekter på den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården – utvecklingen har både snabbats på och saktats ner i vissa avseenden. Kommunerna har varit tvungna att ta i bruk digitala lösningar för att klara jobbet med hjälp av teknik som man ofta redan hade tillgänglig eller lätt kunde implementera. Däremot har större upphandlingar och projekt fått skjutas på framtiden då situationen i många kommuner inneburit att personal och resurser fått omfördelas till akuta uppgifter relaterade till pandemin.

Breddinförande av välfärdsteknik går långsamt

En relativt stor andel av den välfärdsteknik som finns i kommunerna är i pilotprojekt. I genomsnitt uppger cirka 28 procent av kommunerna att de har välfärdsteknik i pilotprojekt i ordinarie boende. Detta kan tolkas både som att det pågår mycket utvecklingsarbete men också att det är svårt att införa tekniken i ordinarie drift – att breddinföra den.

Socialstyrelsen konstaterar att digitaliseringen handlar mer om organisationsutveckling än inköp av teknikprodukter. Detta visar sig i svårigheten att omvandla pilotprojekt till ordinarie drift vilket innebär att utvecklingsarbete och pilotverksamhet görs förgäves och kvalitets- och effektivitetsvinster uteblir.

Användning av stark autentisering ökar

I kommunerna finns lokala verksamhetssystem för socialtjänstens personakter och patientjournaler för den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns också andra fristående system där kommunerna lagrar och behandlar uppgifter om personer. Dessa system innehåller känsliga personuppgifter och behöver skyddas mot obehörigt intrång. Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner så att enbart behörig personal har tillgång till uppgifterna.

Andelen kommuner där all personal i såväl myndighetsutövningen som i utförarledet har tillgång till stark autentisering har ökat med i genomsnitt 10 procentenheter i förhållande till 2020. En förklaring till denna kraftiga ökning kan vara den ökade användningen av digitala kommunikationsmedel under pandemin, där det krävs inloggning av användaren.

Däremot har inte andelen kommuner som säkrat sina verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas ökat. Det är endast 35 procent av kommunerna som har säkrat samtliga system med krav på stark autentisering när personalen arbetar utanför kommunens interna nät.

Kommunens storlek spelar roll i den digitala utvecklingen

Socialstyrelsens analys av enkätsvaren visar att de större kommunerna oftare har kommit längre i den digitala utvecklingen än de mindre. Detta är särskilt tydligt när det gäller de strategiska frågorna som handlar om planerat införande av digital teknik, systematiskt arbete och informationssäkerhet.

Kommuner med upp till 15 000 invånare har inte kommit lika långt i den digitala utvecklingen som övriga kommuner. Denna ojämlikhet kan innebära att personer som bor i mindre kommuner har sämre förutsättningar att ta del av insatser från socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen bedömer att denna kommungrupp är i större behov av nationellt stöd än övriga grupper och konstaterar att nationella aktörer behöver säkerställa att de mindre kommunerna har förutsättningar att ta del av det stöd som ges.

Skillnad mellan äldreomsorg och individ- och familjeomsorg

Av enkätsvaren framgår att det är skillnad mellan äldreomsorg och individ- och familjeomsorg när det gäller digital utveckling. Det är skillnad på i vilken utsträckning de olika verksamhetsområdena har digitaliserat sitt arbete. Kommunerna har i högre grad styrande dokument för digital utveckling inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet (här kallat vård- och omsorgsområdet) än inom individ- och familjeomsorg. Skillnaderna mellan individ- och familjeomsorg och äldreomsorg i de andra frågorna kan troligen delvis förklaras av denna skillnad i dokumenterad planering.

Socialstyrelsen konstaterar att de stimulansmedel och annat stöd som utgått med inriktning på äldreomsorgen har bidragit till utvecklingen.

Statliga stimulansmedel har använts till kommunikationslösningar

De statliga stimulansmedlen som gick till kommunerna för att utveckla verksamheterna för äldre har till stor del använts till teknik för att förbättra kommunikationen mellan äldre och deras anhöriga, med personal och handläggare. Uppföljningen av stimulansmedlen för 2020 visar att kommunerna till stora delar använt medlen till kommunikationslösningar, för till exempel inköp av

- läsplattor och smarta mobiler – för kommunikation, påminnelser, träning med mera för enskilda
- utrustning för digital natttillsyn
- utrustning eller system för videokommunikation mellan enskilda och närstående.

Framgångsfaktorer för digital utveckling

Socialstyrelsen presenterar här en sammanställning av några centrala förutsättningar, eller framgångsfaktorer, för en framgångsrik digitalisering i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

- **Kompetens**
Att alla grupper av personal och beslutsfattare i kommunen har relevant information och kompetens när det gäller utveckling och implementering av digital teknik är en viktig framgångsfaktor. Kompetens handlar om information och kunskap om möjligheter, teknisk kompetens i kommunen, juridisk kompetens särskilt med avseende på integritetsfrågor, sekretess och upphandling.
- **Kommunens organisering och informationssäkerhet**
En ändamålsenlig organisering av kommunens resurser gynnar en digital utveckling. Det handlar om att ta tillvara intresse och engagemang från alla som berörs i kommunen; politiker, chefer, handläggare och annan personal. Det handlar också om prioriteringar, styrande dokument, förmåga att arbeta proaktivt snarare än reaktivt, hur kommunen tillsätter resurser för utveckling, samarbetsformer inom kommunen och hur kommunen rekryterar rätt personal som kan leda utvecklingsarbetet. Kompetens och ett strukturerat arbete kring informationssäkerhet är en annan förutsättning för ett effektivt informationssäkerhetsarbete som syftar till att skydda uppgifter om individer och för att underlätta informationsflödet inom kommunerna och mellan kommuner och regioner.
- **Styrande dokument**
För att den digitala utvecklingen ska vara framgångsrik är det viktigt att det finns styrande dokument för införandet av digital teknik. Socialstyrelsen menar att det är en framgångsfaktor att kommunen har en plan för införandet av digital teknik. Planer kan behövas på både kommunövergripande och nämndnivå.
- **Samverkan**
Digitalisering inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är en komplex och resurskrävande process som en enskild kommun, eller förvaltning i en kommun, ofta har svårt att hantera på egen hand. Samverkan inom kommunen, mellan kommuner och med andra aktörer är därför en viktig framgångsfaktor.
- **Ekonomi**
Att kommunen satsar och avsätter resurser för digitaliseringsarbetet är en viktig framgångsfaktor. Detta handlar om ekonomi, personal och att organisationen anpassas för att gynna verksamhetsutvecklingen. Kommunerna har behov av att kunna visa ekonomisk balans under budgetåret och att kunna tillgodoräkna sig digital effektivisering ekonomiskt. Det kan dock ta flera år innan det går att visa på någon vinst, vilket är en utmaning med kommunernas årsvisa budgetar.

Background and summary in English

Background

The National Board of Health and Welfare has been tasked by the government to conduct an annual follow-up of the development of e-health, welfare technology and digitalization in social services and the municipal healthcare sector.

The investigation concerns

- care for the elderly for people still living at home and in special forms of housing
- the municipality's efforts on behalf of people with physical and mental disabilities still living at home and in special forms of housing
- individual and family care, that is:
 - protection and support to children and young people
 - financial assistance
 - support to people with substance abuse problems
 - family law
 - family counselling
 - activities for people in long-term unemployment
- the municipal healthcare sector. This is the type of healthcare provided for older people still living at home and in special forms of housing. Several professions are represented in the municipal healthcare sector, in particular: nurses, physiotherapists, dietitians, and occupational therapists. However, not doctors. All other healthcare is the responsibility of the regions.

There are 21 regions and 290 municipalities in the country. This survey refers to the 290 municipalities.

The survey is aimed at both the administration, i.e. the exercise of public authority, and at municipal providers of social services. The survey does not refer to private companies and organizations procured by the municipality to carry out social services, e.g. homecare services or special housing for the elderly. Approximately half of the municipalities have procured external providers for parts of their activities. However, only a small percentage of the municipalities have outsourced all service provider activities to procured parties.

Method and implementation

Development of key figures

The questionnaire survey is based on a set of key figures to measure the digital maturity in municipalities. The key figures were drawn up in a first version in 2013, and have been progressively updated in order to register developments in the area.

Questionnaire survey

The data collection for 2021 was carried out using two electronic questionnaires. They were sent out to all municipalities on 11 January and closed on 16 February following four reminders. One of the questionnaires targeted the 268 municipalities that had requisitioned the stimulus funding for 2020 from the Legal, Financial and Administrative Services Agency (Kammarkollegiet). For these municipalities, the questionnaire was mandatory. Of these, 266 responded to the questionnaire (99 per cent). The second questionnaire targeted the 22 municipalities that had not requisitioned the stimulus funding. Of these, 19 responded to the questionnaire (86 per cent). In total, 285 municipalities had therefore responded to the questionnaire (98 per cent). See Appendix 1.

In this report, the National Board of Health and Welfare has compared the results of the questionnaire surveys from previous years for the questions asked in previous years.

Information from Inera

The National Board of Health and Welfare has obtained information from Inera on the use by municipalities of the Swedish National Patient Overview (NPO). Inera is the joint company of the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) for developing and managing digital support for municipalities and regions.

Interviews

A sample of 15 municipalities was selected for interviews about how they collaborate with private service providers when it comes to digitalization. The sample was taken from among the municipalities that have one or more agreements with private service providers. Themes for the questions included the municipality's public procurement requirements, what support the municipality provided to companies, documentation, information security, and compensation for digital initiatives. The interviews were conducted digitally between November 2020 and February 2021. 13 interviews were conducted from the sample.

An additional interview survey was conducted in 15 other municipalities. The purpose of this survey was to identify the scale of the impact of the pandemic on the development work. These interviews were also conducted between November 2020 and February 2021. The sample for both series of interviews was selected with a view to obtaining a distribution across municipality sizes and geographic location.

Web review

A review of municipality websites was conducted in November 2020. The aim was to show whether the municipalities had the facility to receive views and complaints from the public in digital form.

Reference groups

An external reference group, consisting of SALAR:s network for regional digitalization coordinators, participated in the work to analyze the questionnaire responses.

An internal reference group from the National Board of Health and Welfare also participated in the analysis work.

Analyses

This report includes analyses linked to municipality size that have been performed by the National Board of Health and Welfare. Comments on how the data material differs depending on municipality size have been added to the main text where differences occur. Appendix 2 contains all tables, broken down by municipality size.

Summary of results

A brief description of the digital development

- The use of digital communication increased at a faster rate than previously during the pandemic. The municipalities have quickly transitioned to digital communication when holding physical meetings is not possible. This is a question of communication between a municipality's officials, care and nursing staff and individuals, as well as in the municipality's communication with other parties. One example is coordinated individual planning (CIP) supported by video. CIP is a conference between different parties that the individual and his/her relatives are in contact with, usually the social services and the regional healthcare sector. The video Conference replaces a joint physical meeting.
- In approximately 87 per cent of the municipalities, people living in special housing for the elderly have access to the Internet at home, via Wi-Fi or fiber. The figure is 84 per cent for support and service housing for people with disabilities.
- Increasing numbers of municipalities are introducing e-services for financial assistance. Approximately 48 per cent of municipalities can receive applications for income support via an e-service.
- The use of digital surveillance by night is increasing, and approximately 76 per cent of the municipalities have introduced this for the elderly who are still living at home. In January 2021, more than 3,000 people used such care services. Increasing numbers of municipalities are also using digital surveillance services during the daytime.
- Increasing numbers of staff groups can record information digitally via laptop, tablet, mobile device or other equipment when working externally. The development is particularly clear in homecare services and the municipal healthcare sector. In 56 per cent of the municipalities, all homecare staff can record in the operational system when working outside the office, and in 45 per cent of the municipalities, all healthcare staff can record information using mobile devices.
- Over 70 per cent of the municipalities have drawn up policy documents in the form of digitalization plans or similar in order to be able to carry out planned operational development with support from digitalization.

- 58 per cent of the municipalities have a governing document (vision, strategy etc.) that includes welfare technology, and 28 per cent have one that includes e-services.
- There is no increase in the use of secure processing of identities and competences within social services. Only 35 per cent of municipalities have secured all systems in which personal data are processed. However, the percentage of municipalities where all personnel in administration and at service provider level have access to strong authentication has increased significantly in relation to 2019 and 2020.
- The ICF classification (International Classification of Functioning, Disability and Health) continues to increase in all areas of social services and the municipal healthcare sector.
- The use of the Swedish National Patient Overview (NPO) to access medical record information from other care providers continues to increase. In 2020, there was a break in the trend when more municipalities joined to also share healthcare sector documentation.

The impact of the pandemic on the digital development

During 2020, the pandemic has had an impact on digital development in social services and the municipal healthcare sector – the development has both accelerated and paused. It has meant that municipalities have been forced to use digital solutions to manage the work. This was technology that was often already available or easy to implement. On the other hand, municipalities have been forced to postpone major procurements and projects since the situation within many of them has meant that staff and resources have had to be reallocated to urgent tasks related to the pandemic.

Broad introduction of welfare technology is slow

A relatively large percentage of the welfare technology available in municipalities is in pilot projects. On average, approximately 28 per cent of municipalities report that they have welfare technology in pilot projects for those still living at home. This can be interpreted both as a lot of ongoing development work, as well as that it is difficult to introduce the technology into day-to-day operation – for it to be widely introduced.

The National Board of Health and Welfare notes that digitalization is more a question of organizational development than purchasing technology products. This becomes evident through the difficulty of converting pilot projects into day-to-day operation, which means that development work and pilot activities are in vain, and that the quality and efficiency gains are not realized.

Increase in the use of strong authentication

Municipalities have local digital operational systems for the employee records of social services personnel and for patient records in the municipal healthcare sector. There are also other stand-alone systems in which municipalities' store and process information about people. These systems contain sensitive personal data and need protection against unauthorized intrusion.

These systems therefore need to be equipped with login and access procedures in order that information can only be accessed by authorized personnel.

The percentage of municipalities where all staff in both the exercise of public authority and at service provider level have access to strong authentication has increased by an average of 10 percentage points compared to 2020. One explanation for this steep increase may be the increased use of digital communication during the pandemic requiring the user to login.

On the other hand, there has been no increase in the percentage of municipalities that have secured their operational systems and other systems where personal data are processed. Only 35 per cent of the municipalities have secured all systems with strong authentication requirements for when staff are working outside of the municipality's internal network.

Municipality size is relevant to digital development

The analysis of the survey responses by the National Board of Health and Welfare shows that it is more often the larger municipalities that have made more progress in digital development. This is particularly clear when it comes to the strategic issues that concern the planned introduction of digital technology, systematic work, and information security.

Municipalities with up to 15,000 inhabitants have not made as much progress in digital development as other municipalities. This inequality may mean that inhabitants of smaller municipalities have less opportunity to receive support from social services and the municipal healthcare sector.

The assessment by the National Board of Health and Welfare is that this municipal group is in greater need of national support than other groups, and it notes that national actors need to act to ensure that smaller municipalities have the conditions to take advantage of the support provided.

Difference between care for the elderly and individual and family care

The survey responses show that, when it comes to digital development, there is a difference between care for the elderly and individual and family care. There is a difference in the extent to which the various operational areas have digitalized their work. Municipalities have policy documents for digital development within the area of care for the elderly and disability (here called the care and welfare area) to a greater extent than within the area of individual and family care. This difference in documented planning can probably be used to partially explain the differences in the other issues between individual and family care and care for the elderly.

The National Board of Health and Welfare notes that the stimulus funding and other support provided with a focus on care for the elderly have contributed to the development. The National Board of Health and Welfare proposes that stimulus funding and other support should be broadened so that other social service areas can also benefit from them.

Government stimulus funding has been used for communication solutions

The government stimulus funding for the municipalities to develop activities for the elderly has largely been used for technology in order to improve communication between the elderly and their relatives, and with staff and administrators. The follow-up of the 2020 stimulus funding shows that the municipalities have largely used the funding for communication solutions such as, for example, the purchase of

- tablets and smartphones – for communication, reminders, training, etc., for individuals
- equipment for digital night care services
- equipment or systems for video communication between individuals and relatives.

Bakgrund

Sverige står i likhet med många andra länder inför en betydande demografisk förändring där andelen äldre i befolkningen ökar kraftigt. Detta innebär att det ställs allt större krav på vården och omsorgen. Många kommuner har redan idag stora svårigheter att rekrytera personal som ska upprätthålla omsorgsbehoven. Flera regeringar genom åren har konstaterat att det krävs nya sätt att arbeta inom vården och omsorgen där verksamhetsutveckling med digitala stöd kan fylla en viktig funktion för att samhället ska kunna fortsätta att erbjuda välfärd för invånarna. Nedan beskrivs i korthet de strategier, överenskommelser och statsbidrag som regeringarna har tagit fram sedan 2006 för att stötta den digitala utvecklingen i kommunernas socialtjänst och i den kommunala hälso- och sjukvården.

Nationella strategier

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

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

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

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

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

Stimulansmedel

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

År 2013 ingick regeringen en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [3] (sedan 2018 SKR) och avsatte totalt 129,5 miljoner kronor för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna. För 2014 avsattes lika mycket.

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

I januari 2020 ingick regeringen en ny överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR): *Överenskommelse om äldreomsorgen – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus*. Den innebär bland annat att kommunerna fick 168,7 miljoner kronor som stimulansbidrag för att stärka den digitala utvecklingen inom äldreomsorgen. Vidare utgick ett bidrag om 15 miljoner kronor till 10 modellkommuner och 16,3 miljoner kronor till SKR för att utveckla ett stöd för digitalisering till kommunerna [5]. Samma summor planeras att betalas ut 2021 och 2022.

Vision e-hälsa 2025

I mars 2016 antog regeringen och SKL (numera SKR) en vision för e-hälsoutvecklingen i Sverige [6]:

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

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

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

- regelverket
- enhetligare begreppsanvändning
- standarder

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

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

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

Uppföljningen görs av en arbetsgrupp med representanter för E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SKR och Inera² [8, 9]

Tidigare rapportering från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen rapporterar årligen om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Resultaten från 2020 års uppföljning visade en varierande utveckling [10]:

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

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

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

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

Socialstyrelsen publicerade i slutet av 2015 en definition av termen *välfärdsteknik* i termbanken:⁴ ”Digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning”.

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

Gränsen mellan välfärdsteknik och hjälpmedel för det dagliga livet är inte skarp, därför publicerade Socialstyrelsen år 2019 ett meddelandeblad om regler kring välfärdsteknik utifrån olika lagrum⁵. Vissa produkter kan ges till den enskilde både som välfärdsteknik efter ett biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) eller som förskrivet hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I denna rapport använder Socialstyrelsen endast begreppet välfärdsteknik, även i de fall tekniken har förskrivits enligt HSL, till exempel gps-larm.

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2020 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 hemsida. 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. Inom ramen för uppföljningen ska myndigheten även redovisa och analysera resultaten av regeringens aviserade satsning på att stödja kommunala investeringar i tekniska lösningar. Socialstyrelsen ska redovisa vilka kommuner som svarat på enkäten till Kammarkollegiet senast 31 mars 2021. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 maj 2021.

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

Hösten 2013 utarbetade Socialstyrelsen nyckeltalen dels utifrån intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och*

³ <https://www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa>

⁴ <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=385&SrcLang=sv>

⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2019-5-16.pdf>

säker information inom vård och omsorg [2], dels utifrån de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL (SKR) [11].

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

Nyckeltalen har därefter justerats för att bättre beskriva utvecklingen inom området

Enkätundersökning

Datainsamlingen för 2021 gjordes med hjälp av två elektroniska enkäter. De gick ut till samtliga kommuner den 11 januari och efter fyra påminnelser stängdes de den 16 februari. Den ena enkäten riktades till de 268 kommuner som hade rekviderat stimulansmedlen för 2020. För dessa kommuner var enkäten obligatorisk. Av dessa har 266 besvarat enkäten (99 procent). Den andra enkäten riktades till de 22 kommuner som inte hade rekviderat stimulansmedlen. Av dessa har 19 besvarat enkäten (86 procent). Totalt hade alltså 285 kommuner besvarat enkäten (98 procent). Se bilaga 1.

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

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

Uppgifter från Inera

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

Intervjuer

En stor andel av kommunerna har valt att upphandla utförandet av socialtjänstens insatser från privata aktörer. I 2019 och 2020 års undersökningar intervjuades företag som hade avtal med kommuner att driva särskilda boenden för äldre och hemtjänst i ordinärt boende respektive företag som driver gruppboenden och dagverksamheter med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Syftet med intervjustudierna var att beskriva de privata vård- och omsorgsföretagens förutsättningar för att använda e-hälsa och välfärdsteknik i verksamheterna.

I år gjordes ett urval av 15 kommuner för intervjuer om hur de samarbetar med privata utförare när det gäller digitaliseringen. Urvalet gjordes bland de kommuner som har ett eller flera avtal med privata utförare. Teman för frågorna var kommunens krav vid upphandling, vilket stöd kommunen ger till företagen, dokumentation, informationssäkerhet och ersättningar vid digitala insatser. Intervjuerna genomfördes digitalt från november 2020 till februari 2021. Av urvalet genomfördes 13 intervjuer.

Ytterligare en intervjuundersökning gjordes i 15 andra kommuner. Syftet med denna var att få en bild av pandemins inverkan på utvecklingsarbetet. Också dessa intervjuer genomfördes under november 2020 – februari 2021.

Urvalet gjordes för att få en spridning bland kommunstorlekar såväl som en geografisk spridning.

Webbgranskning

En granskning av kommunernas webbsidor gjordes i november 2020. Syftet var att ta reda på om kommunerna hade möjlighet att ta emot synpunkter och klagomål från allmänheten digitalt.

Referensgrupper

I arbetet med analysen av enkätsvaren deltog en extern referensgrupp bestående av SKR:s nätverk för regionala digitaliseringssamordnare.

En intern referensgrupp från Socialstyrelsen deltog också i analysarbetet.

Presentation av siffror

I denna rapport har Socialstyrelsen valt att använda andelstal för att presentera de resultat som kan jämföras med tidigare års undersökningar, det vill säga procentandelar av kommunerna. När myndigheten inte kunnat göra jämförelser med tidigare år presenterar vi, i de flesta fall, uppgifterna med både antal och andel. Myndigheten redovisar både antal och andelar i webbverktyget "E-hälsa i kommunerna" på Socialstyrelsens webbplats.⁶

Analys

I denna rapport har Socialstyrelsen gjort analyser kopplade till kommunstorlekar. Kommentarer om hur datamaterialet skiljer sig åt beroende på kommunstorlekar har lagts in i den löpande texten där det finns skillnader. I bilaga 2 finns samtliga tabeller redovisade nedbrutet på kommunstorlek.

Denna rapport

Resultaten av enkäten och intervjuerna redovisas i fyra avsnitt. Det första avsnittet handlar om gemensamma frågor som gäller utvecklingen i hela kommunen eller socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården gemensamt. Därefter kommer ett avsnitt som handlar om den digitala utvecklingen i socialtjänsten följt av ett avsnitt om den kommunala hälso- och sjukvården. Det fjärde avsnittet är en redovisning av användningen av de stimulansmedel som kommunerna fått för att utveckla arbetsformerna inom äldreomsorgen. Efter dessa redovisande avsnitt har vi lagt ett diskussionsavsnitt där vi analyserar och redovisar de slutsatser som Socialstyrelsen drar.

Agenda 2030 för hållbar utveckling

Detta uppdrag om utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna anknyter till mål 9 och 10 i *Agenda 2030 för hållbar utveckling*. Mål 9 handlar om att bygga upp en motståndskraftig infrastruktur, verka för en inkluderande och hållbar industrialisering och främja innovation. Mål 10 handlar om att minska ojämlikheten inom och mellan länder. Delmål 10.2 är att möjlig-

⁶ <http://opnjamforelser.socialstyrelsen.se/NationellEHalsa/Sidor/default.aspx>

göra och verka för att alla människor blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion, ekonomisk eller annan ställning.

Utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården

Strategi och utveckling

En dokumenterad strategi är en förutsättning för en välplanerad och samordnad utveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik. Strategin visar vilken utveckling kommunen vill se när det gäller verksamhetsutveckling med digitalt stöd i socialtjänsten. Socialstyrelsen frågade i enkäten om kommunerna har styrande dokument om införande, eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik inom individ- och familjeomsorgen respektive övrig vård och omsorg. Styrande dokument kan vara verksamhetsplaner, handlingsplaner, strategier för it-utveckling med mera.

Många kommuner har styrande dokument för digital utveckling

Enkätsvaren visar att totalt 205 kommuner (cirka 72 procent) har tagit fram något styrande dokument som har antagits av kommunstyrelsen, en nämnd eller på tjänstemannanivå. Inom individ och familjeomsorg var det 167 kommuner (59 procent) och i vård och omsorg var det 200 kommuner (70 procent). Av tabell 1 framgår i vilken instans de styrande dokumenten har antagits. En större andel kommuner har styrande dokument för vård och omsorg än för individ- och familjeomsorg. De flesta styrande dokument har antagits på nämndnivå i kommunerna med i 32 procent för vård och omsorg och 23 procent för individ- och familjeomsorg.

När enkätsvaren bryts ner på kommunstorlekar framgår att de större kommunerna oftare har styrande dokument för digital utveckling och de mindre har det mer sällan. När det gäller vård och omsorg var det 59 procent av kommungruppen upp till 15 000 invånare som hade något styrande dokument för digital utveckling och av kommungruppen över 70 000 invånare var det 86 procent. Inom individ- och familjeomsorg var det 52 procent av kommunerna upp till 15 000 invånare som hade något styrande dokument för individ- och familjeomsorg och av kommunerna över 70 000 var det 76 procent.

Flera kommuner anger i fritextsvar att de har styrande dokument på flera nivåer. Av fritextsvaren framgår vidare att det i flera kommuner finns övergripande planer för digitalisering i hela kommunen men inga detaljerade strategier eller handlingsplaner för nämnderna. I något län finns en gemensam regional plan för digitalisering. I flera kommuner pågår arbete med att ta fram styrande dokument. Det kan handla om att uppdatera utgångna dokument eller skriva helt nya.

Tabell 1. Andel kommuner som har styrande dokument för införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik i %, 2021

Verksamhetsområde	... som har antagits av kommunstyrelsen	... som har antagits på nämndnivå	... som har antagits på tjänstemannanivå	Det finns inga sådana styrdokument inom området
Individ- och familjeomsorg	19	23	16	41
Vård och omsorg	20	32	18	30

Styrande dokument kan vara i form av verksamhetsplan, handlingsplan, strategi.

I förhållande till 2020 har andelen kommuner som har något styrande dokument ökat något. Det var då 70 procent som hade något styrande dokument, i år var det 72 procent.

Kvalitetsledningssystem

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

Välfärdsteknik och e-tjänster är hjälpmedel för kommunen att utföra sitt uppdrag inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Med e-tjänster gör kommunen sina tjänster mer tillgängliga för invånarna, förutsatt att de är utformade på ett sätt som enskilda kan hantera och att de är tillgängliga på kommunens webbplats. Med välfärdsteknik kan den enskilde äldre personen eller personen med funktionsnedsättningar få en högre grad av trygghet, självständighet och deltagande i samhället. Dessutom kan kommunen utföra sina uppgifter med större effektivitet. För att tekniken ska fylla dessa syften är det viktigt att kommunerna arbetar systematiskt med kvaliteten i hela systemet.

Socialstyrelsen frågade i enkäten om kommunen har ett ledningssystem för sitt systematiska kvalitetsarbete som omfattar e-tjänster och välfärdsteknik. Av enkätsvaren framgår att 58 procent av kommunerna har ett ledningssystem som omfattar välfärdsteknik och 28 procent har ett som omfattar e-tjänsterna.

I förhållande till 2019 är det en större andel kommuner som har ett ledningssystem som omfattar välfärdsteknik och e-tjänster. Det var då 53 procent av kommunerna som hade ett ledningssystem som omfattade välfärdsteknik och 19 procent hade ett som omfattade e-tjänsterna.

Nedbrutet på kommunstorlekar visar det sig att i kommungruppen 30–70 000 invånare är det minst andel kommuner som har ett kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik och e-tjänster (52 respektive 24 procent). Kommungruppen 70 000 och fler invånare har högst andel med 63 respektive 41 procent.

- I föreskriften definieras några områden som särskilt viktiga att ta hänsyn till i kvalitetsarbetet. I enkäten frågade vi därför även om kommunerna i frågan om kvalitetsledningssystem hade identifierat, beskrivit och fastställt processerna för installation och drift

- rutiner för att kvalitetssäkra arbetet med installation och drift
- rutiner för riskanalyser
- rutiner för egenkontroll för att kvalitetssäkra de digitala tjänsterna.

Av tabell 2 framgår att kommunerna har kommit olika långt när det gäller innehållet i sina respektive ledningssystem. De har kommit längst när det gäller att ta fram rutiner för att säkra kvaliteten i införandet och för välfärdstekniken.

Tabell 2. Andel kommuner som har ett ledningssystem för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, i %, 2021

Andel kommuner som i ledningssystemet har:	Välfärdsteknik (n=285)	E-tjänster (n=285)
identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör installation och drift	48	18
tagit fram rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med installation och drift	51	17
rutiner för riskanalys	48	20
rutiner för egenkontroll för att säkra kvaliteten	47	19

Av fritextsvaren framgår att det i några kommuner finns processer och rutiner m.m. för viss välfärdsteknik, t.ex. trygghetslarm, men inte för all teknik och alla e-tjänster som används. Ett flertal kommuner beskriver att det pågår arbete med att ta fram ledningssystem som omfattar också välfärdsteknik och e-tjänster. I en del av kommunerna handlar det om att uppdatera befintliga ledningssystem då ny teknik har tillkommit eller planeras att införas. Vidare beskriver någon kommun att arbetet med att utveckla ledningssystemet har avstannat på grund av den rådande situationen med pandemin.

Systematiskt samarbete

I utvecklingsarbetet med digitalisering i kommunerna är samarbete och samverkan viktiga inslag. De flesta kommuner har inte resurser att på egen hand kunna driva en digitaliseringsprocess. I enkäten ställdes därför frågan om kommunen har något systematiskt samarbete inom kommunen eller med andra aktörer. Med systematiskt menar vi att det är kontinuerligt över tid och med tydliga mål för samarbetet. Av tabell 3 framgår att en majoritet av kommunerna har ett internt samarbete över förvaltnings- och avdelningsgränser samt att en stor andel av kommunerna deltar i regionala nätverk för chefer och utvecklingsledare och andra nyckelpersoner. Endast fyra kommuner menar att de inte har något samarbete över huvud taget.

Kommunerna i den största gruppen, 70 000 och fler invånare, samarbetar oftare med andra kommuner och andra aktörer än de mindre kommunerna.

Av fritextsvaren framgår att samarbete och deltagande i nätverk är ett viktigt inslag i det digitala utvecklingsarbetet. Det ges exempel på olika forum inom kommunen, interkommunalt mellan ett kluster av kommuner, regionala och nationella samarbeten och nätverk. Flera kommuner lyfter fram att de deltar i de nätverk som SKR leder. Kommuner ger exempel på samarbeten

med privata aktörer, med FoU-enheter, högskolor och med ideella organisationer, t.ex. pensionärsorganisationer. En kommun beskriver att de har en ”Advisory Board” för välfärdsteknik bestående av brukare och kommuninvånare och samma kommun har ett digitaliseringsråd där samtliga förvaltningar är representerade.

Flera kommuner i Skåne beskriver att de har ett nätverk i länet där målet är att dela med sig av goda och dåliga erfarenheter, att vara innovativa och se vilka möjligheter som finns, att belysa svårigheter och framgångsfaktorer. Det kan t.ex. handla om hur man bäst når ut med information till medborgare och medarbetare.

Andra exempel på nätverk och samarbeten som nämns i fritextsvaren är användarnätverk för verksamhetssystem, innovation och digital utveckling med stöd från EU, regionalt samarbete för att bli producenter i Nationella patientöversikten (NPÖ), nätverk för användare av FUNCA (ett verktyg för personal inom LSS), Framtidens Vårdmiljö (FVM) mm.

Flera kommuner säger dock att deltagande i samarbetsforum och nätverk legat nere under pandemin.

Tabell 3. Andel kommuner som har ett systematiskt samarbete fördelat på olika aktörer, i %, 2021 (n=285)

Aktörer för samarbete	Antal kommuner	Andel kommuner i %
Andra enheter eller förvaltningar i kommunen	222	78
Deltar i regionala nätverk för utvecklingsledare, e-hälsostateger, it-samordnare m.fl.	222	78
Deltar i regionala nätverk för chefer	209	73
Regionen kring gemensamma projekt	194	68
En eller flera andra kommuner kring gemensamma projekt	188	66
Privata företag (t.ex. konsulter, leverantörer och/eller andra privata partner)	182	64
Kunder/brukare/invånare	113	40
Forskare/högskolor och universitet	102	36
Annat	24	8
Inget samarbete	4	1

Informationssäkerhet

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

- EU:s allmänna dataskyddsförordning,⁷ GDPR
- patientdatalagen (2008:355), PDL

⁷ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

- socialtjänstlagen, lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
- offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

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

Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)

Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) är ett stöd för hur informationssäkerhetsarbetet styrs i verksamheterna. En central del i ett ledningssystem är ledningens uttalade stöd. Ledningen bör också se till att organisationen antar en policy för informationssäkerhetsarbetet. I ytterligare styrdokument, riktlinjer och liknande kan sedan den högsta ledningen ge vägledning till chefer och övriga medarbetare⁸.

I riktlinjer är det vanligt att det förs in bestämmelser om till exempel:

- användning av internet och e-post
- åtgärder till skydd mot skadlig kod
- fysisk säkerhet
- incidenthantering
- kontinuitetsplanering
- mobilt arbete
- inventarier och licenser
- behörighetsadministration
- loggning.

Av enkätsvaren framgår att 44 procent av kommunerna har ett LIS som avser socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Av kommuner som har 15 till 30 000 invånare är det 31 procent. I kommungruppen med över 70 000 invånare är det 63 procent som uppger att de har ett LIS för socialtjänsten och 66 procent som har det för den kommunala hälso- och sjukvården.

Flera kommuner som i enkätsvaren angett att de inte har ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) anger i fritextsvaren att de är på gång med ett under 2021 eller på längre sikt.

Uppföljning av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet

Informationssäkerheten kan bevakas och upprätthållas på olika sätt. Ett grundläggande sätt är att göra regelbundna uppföljningar av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerheten. Socialstyrelsen ställde i enkäten frågan om kommunen under 2020 gjort en uppföljning av risker och behov av utveckling av informationssäkerheten i socialtjänsten.

Det var 147 kommuner (52 procent) som uppgav att de gjort en sådan uppföljning under 2020. Av fritextsvaren framgår att flera kommuner inte har

⁸ <https://www.msb.se/sv/amnesomraden/informationssakerhet-cybersakerhet-och-sakra-kommunikationer/standardisering-inom-informationssakerhet/lis-iso-27000/>

genomfört planerade risk- och behovsuppföljningar under 2020 på grund av pandemin. I några kommuner gjordes ingen uppföljning över huvud taget och i några gjordes begränsade analyser.

De regelbundna uppföljningarna rapporteras och beslut om åtgärder tas på olika nivåer i den kommunala organisationen. I cirka 23 procent av kommunerna görs det i kommunstyrelsen, i 28 procent på nämndnivå och i 69 procent av kommunerna görs det på tjänstemannanivå, i regel i förvaltningsledningen. Cirka 10 procent av kommunerna uppgav att de rapporterar resultaten av uppföljningarna på olika sätt beroende på vad som framkommer och vilka behov av åtgärder som framkommer⁹. Exempel på andra instanser dit uppföljningen rapporteras är systemägare, informationssäkerhetsansvarig, kommundirektör, sektorsledning, övergripande kommunledningsgrupp eller styrgrupp för förvaltningsobjekt.

Flera kommuner angav i fritextsvaren att de gjort begränsade uppföljningar antingen i delar av verksamheten eller att bara vissa aspekter av informationssäkerheten analyserats, till exempel risker vid digitala vårdmöten mellan kommunen och regionen.

Några kommuner menar att de normalt gör regelbundna risk- och behovsanalyser men att det inte gjorts under 2020 på grund av pandemin.

Risk- och behovsanalyserna görs på olika nivåer i kommunerna. De flesta kommuner gör detta på förvaltningsnivå men i en mindre andel kommuner görs det gemensamt för hela kommunen.

Klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet

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

Det var 18 procent av kommunerna som uppgav att de har klassificerat alla objekt, 62 procent har klassat delar av sina objekt och 21 procent har inte gjort någon säkerhetsklassning alls. I 2020 års enkät angav 18 procent av kommunerna att de hade klassificerat alla objekt, 58 procent hade klassat delar av sina objekt och 24 procent hade inte gjort någon säkerhetsklassning.

I kommungruppen upp till 15 000 invånare var det 16 procent som hade klassat alla objekt och av kommunerna större än 70 000 invånare hade 34 procent klassat alla objekt. Det var också 29 procent av kommunerna upp till 15 000 invånare som inte hade klassat några objekt. Kommunerna större än 70 000 invånare hade klassat alla eller delar av sina objekt.

Av fritextsvaren framgår att flera kommuner gör informationssäkerhetsklassningar när de inför nya system, t.ex. verksamhetssystemen men att de inte har klassat äldre befintliga system. Några kommuner menar att de inte gjort någon informationssäkerhetsklassning under 2020 på grund av pandemin.

⁹ Kommunerna kunde ange flera svarsalternativ på frågan, därför överstiger summan 100 procent

Kraftig ökning av användning av säkra digitala kommunikationskanaler

I intervjuerna angående pandemins påverkan på den digitala utvecklingen framgår att flera kommuner har infört eller utökat användningen av säker digital kommunikation mellan enskilda invånare och kommunen. Detta visar sig också i enkätsvaren där allt fler kommuner anger att de har system för att invånare ska kunna kommunicera digitalt med socialtjänsten på ett sätt som säkerställer att den enskildes integritet skyddas vid kommunikation över öppna nät. Detta förutsätter att den enskilde loggar in med e-legitimation i kommunens app.

Av tabell 4 framgår att kommunernas användning av säker digital kommunikation ökade något mellan 2019 och 2020 och att det skett en kraftig ökning mellan 2020 och 2021. Den största ökningen har skett inom ekonomiskt bistånd där 5 procent av kommunerna 2018 hade säker kommunikation med invånarna till 2021 då 43 procent av kommunerna hade detta. Detta kan sättas i samband med att allt fler kommuner infört möjligheten att ansöka om försörjningsstöd digitalt.

Det är en tydlig skillnad mellan kommunstorlekarna i enkätsvaren. Den minsta kommungruppen har minst andel kommuner som erbjuder säker kommunikation med invånarna inom alla verksamhetsområden. När det till exempel gäller ekonomiskt bistånd hade 30 procent i kommungruppen upp till 15 000 invånare säker kommunikation och för kommuner över 70 000 invånare var det 72 procent.

Tabell 4. Andel kommuner som erbjuder säker kommunikation med invånare, i %, 2018–2021 (n=285)

Verksamhetsområde	2018	2019	2020	2021
Barn och unga	6	4	9	19
Ekonomiskt bistånd	5	6	12	43
Familjerätt	3	3	6	16
Familjerådgivning i kommunal drift	2	3	4	13
Vuxna med missbruksproblem	4	3	7	16
Funktionshinder, (LSS eller Sol)	4	4	4	18
Äldreomsorg	3	3	4	19

Synpunkter och klagomål

Socialstyrelsen har gjort en webbgranskning av kommunernas digitala system för synpunkter och klagomål. Ett urval av kommuner (132 st.) granskades. Av de 132 kommunerna visade det sig att 89 (67 procent) hade ett digitalt system för att ta emot synpunkter och klagomål. I de flesta av dessa kan vem som helst skriva in sina synpunkter i ett formulär på kommunens webbsida. De som skriver kan välja om de vill vara anonyma eller lämna namn och kontaktuppgifter. I 6 av de 89 (7 procent) kommunerna krävs att den som skriver loggar in i systemet med en e-legitimation.

18 kommuner (14 procent) har varken e-tjänst eller webbformulär utan hänvisar till ett nedladdningsbart formulär som ska skrivas ut, fyllas i och

skickas till kommunen och 25 kommuner (14 procent) hade varken e-tjänst, webbförmulär eller nedladdningsbara blanketter. Dessa kommuner uppmanar de som vill framföra synpunkter eller klagomål att ta kontakt med respektive verksamhet via telefon eller e-post.

Det är skillnad beroende på kommunstorlek. För de minsta kommunerna, mindre än 15 000 invånare, var det 50 procent av kommunerna i urvalet som hade en tjänst för att lämna synpunkter och klagomål via ett webbförmulär på kommunens webbplats. Alla kommuner i urvalet som var större än 15 000 invånare hade en sådan tjänst.

Utvecklingen i socialtjänsten

Driftsformer för socialtjänstens verksamheter

I enkäten till kommunerna ställdes frågan i vilken utsträckning de 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 omsorgsföretag. Svaren visar att en liten andel av kommunerna har lagt ut alla verksamheter på andra utförare. En majoritet av kommunerna driver socialtjänstverksamheterna i egen regi och en mindre andel av kommunerna har lagt ut delar av verksamheterna på andra aktörer. Se tabell 5.

Vid en jämförelse mellan kommunstorlekarna är bilden i de flesta verksamhetsområden att ju mindre kommun, i desto högre grad driver de verksamheterna i egen regi och ju större kommun, desto fler har upphandlat hela eller delar av utförarverksamheterna.

Tabell 5. Driftsformer av socialtjänstverksamhet i kommunerna, andel kommuner i %, 2021, (n=285)

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 ¹⁰
Barn och unga	45	54	1
Arbetsmarknadsinsatser	75	24	1
Familjerätt (t. ex samarbetsamtal)	74	15	11
Vuxna med missbruksproblem	47	51	2
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	41	59	1
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	59	40	1
Hemtjänst i ordinarie boende inom äldreomsorg	58	40	3
Äldreomsorg i särskilt boende	69	29	2
Äldreomsorg, dagverksamheter	88	10	2

¹⁰ Annan juridisk person kan vara privat bolag, kommunalt bolag, stiftelse, annan kommun, kommunalförbund m.m.

E-tjänster

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

E-tjänsterna får däremot inte innebära en försämring för den stora grupp människor som har svårigheter att hantera digitala media eller inte använder internet.

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

- En e-tjänst förmedlas elektroniskt. Tjänsten är interaktiv, vilket innebär att den sker i någon form av dialog mellan den enskilde och socialtjänsten. Den riktas till enskilda som kommer i kontakt med socialtjänsten, anhöriga och invånare. Många e-tjänster kräver säker inloggning av användare med till exempel bank-id. Vissa e-tjänster är dock tillgängliga utan säker inloggning.
- Med e-tjänster avses inte informationstexter eller blanketter som publicerats på kommunens webbplats, inte heller tjänster som enbart är avsedda för socialtjänstens personal.
- Med e-tjänster avses inte heller välfärdsteknik, det vill säga tjänster som ges till enskilda efter utredning och beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller förskrivning enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), till exempel trygghetslarm, trygghetskameror, gps-larm, passiva larm med mera.

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

En ökande andel kommuner har e-tjänster

I enkäten till kommunerna frågade Socialstyrelsen om kommunen har någon form av e-tjänst enligt definitionen ovan.

Näst efter e-tjänster för synpunkter och klagomål som beskrivs i föregående avsnitt var det vanligaste svaret att kommunen inte hade någon e-tjänst inom respektive verksamhetsområde. Det var 66 kommuner (23 procent) som uppgav att de inte hade någon e-tjänst alls på något område inom socialtjänsten, och 47 kommuner (cirka 16 procent) hade e-tjänster inom alla verksamhetsområden.

En ökande andel av kommunerna har e-tjänster för att ansöka om bistånd, framför allt ekonomiskt bistånd (48 procent av kommunerna). En mindre andel av dessa kommuner har utöver e-tjänsten också automatiserat handlägg-

ningsprocessen så att alla kontroller och övrig handläggning sköts automatiskt ända fram till beslutet. Inom äldreomsorgen var det 29 procent av kommunerna som hade e-tjänster för biståndsansökningar och inom funktionshinderområdet var andelen 23 procent. Se tabell 6.

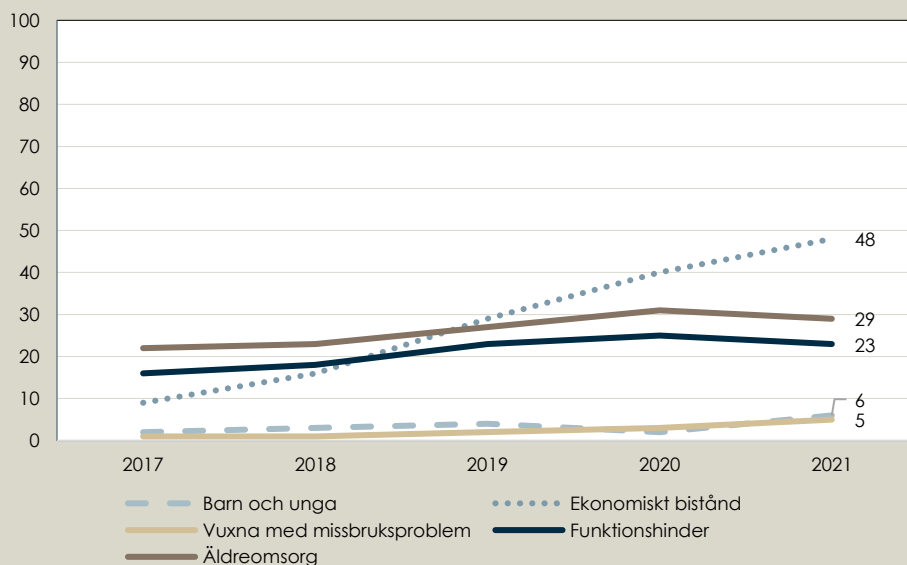
En tredjedel av kommunerna uppgav att de kan ta emot intresseanmälningar från personer som vill vara familjehem, kontakt- och stödperson, god man, förvaltare med mera inom verksamhetsområdet för barn och unga.

Tabell 6. Andel kommuner som har minst en e-tjänst inom socialtjänsten, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst, i %, 2021, (n =285)

Verksamhetsområde	Tidsbokning (%)	Ansökan om bistånd eller insats, mm. (%)	Chatt (%)	Intresseanmälan (%)	Tillgång till sin socialtjänstjournal digitalt (%)	Övriga e-tjänster (%)	Inga e-tjänster (%)	Vet ej (%)
Barn och unga	4	6	7	36	0	15	49	2
Ekonomiskt bistånd	4	48	7	4	8	13	41	1
Familjerätt	6	2	2	5	.	10	71	8
Familjerådgivning	5	.	2	2	.	5	78	11
Vuxna med missbruksproblem	1	5	3	6	1	12	73	3
Funktionshinder	0	23	1	18	0	14	60	1
Äldreomsorg	1	29	-	1	1	16	60	1

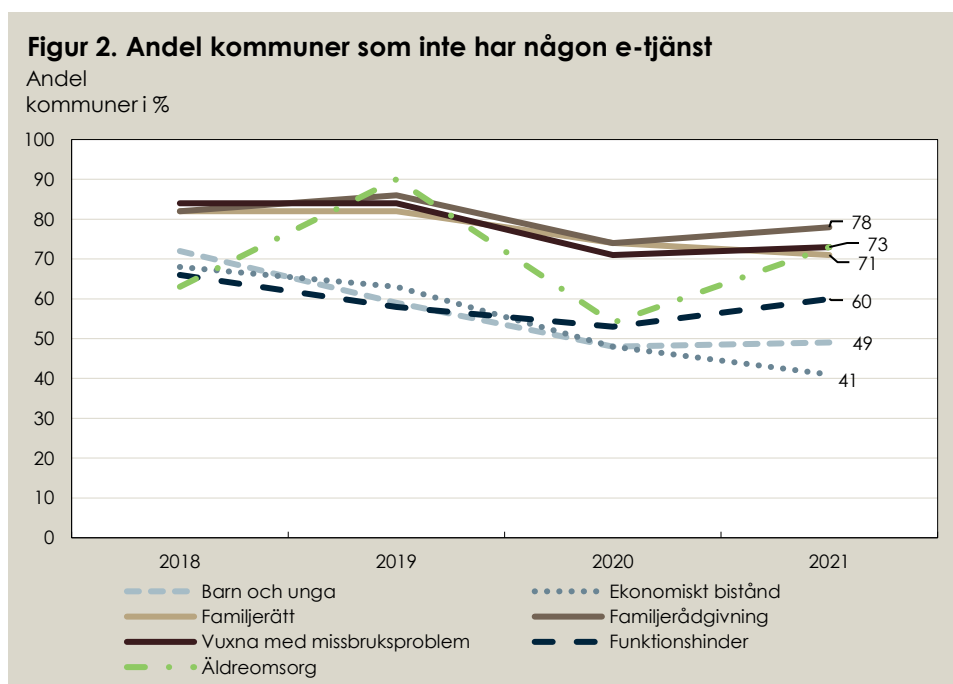
Ansökningar om bistånd är den snabbast växande e-tjänsten i kommunerna. I synnerhet har andelen kommuner som har digitala ansökningar för ekonomiskt bistånd ökat under senare år. År 2017 var det 9 procent av kommunerna och 2021 var det 48 procent som erbjöd detta. Se figur 1.

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



Av figur 1 framgår att det i huvudsak varit en positiv utveckling av andelen kommuner som tar emot biståndsansökningar digitalt sedan 2017. Undantaget från detta är inom äldreomsorg och funktionshinder där det varit en liten nedgång mellan 2020 och 2021. En förklaring till detta kan vara att de kommuner som inte besvarade enkäten 2020 i lägre grad tar emot digitala ansökningar än de kommuner som besvarade enkäten både 2020 och 2021. Av de kommuner som besvarade enkäten både 2020 och 2021 var det 31 procent som tar emot digitala biståndsansökningar avseende äldreomsorg mot 13 procent av de kommuner som inte besvarade enkäten 2020. För funktionshinderområdet är motsvarande siffror 25 procent respektive 13 procent.

Ett annat mått på utvecklingen av e-tjänster i kommunerna är andel kommuner som **inte** har några e-tjänster alls inom något verksamhetsområde. Sedan 2018 ställs denna fråga i enkäten och trenden visar att det är allt färre kommuner som inte har någon e-tjänst. Det verksamhetsområde som har haft den kraftigaste utvecklingen över hela perioden är ekonomiskt bistånd som har gått från 59 till 41 procent av kommunerna. Figur 2 visar också att de flesta kommuner inte har några e-tjänster inom de flesta verksamhetsområden. Beroende på verksamhetsområde varierar andelen kommuner som inte har någon e-tjänst mellan 41 och 78 procent.



Utöver de e-tjänster som framgår i tabell 6 är det 86 kommuner (30 procent) som har en e-tjänst för orosanmälningar avseende barn som far illa, 40 kommuner (14 procent) som kan ta emot faderskapsanmälan digitalt och 46 kommuner (16 procent) som kan ta emot en förenklad ansökan om bistånd enligt SoL 4:2 a.

Det är skillnader i vilken utsträckning kommunerna erbjuder e-tjänster beroende av kommunstorlek. Detta illustreras i tabell 7 där ett urval e-tjänster

visas. Det framgår att kommuner med 70 000 eller fler invånare tenderar att oftare erbjuda dessa e-tjänster.

Tabell 7. Andel kommuner som har e-tjänster per kommunstorlek, i %, 2021

E-tjänst	0–15 000 (%)	15–30 000 (%)	30–70 000 (%)	70 000 eller fler (%)	Totalt (%)
Orosanmälningar för barn och unga	16	34	43	66	30
Faderskapsanmälan familjerätten	7	8	30	31	14
Förenklad ansökan om hemtjänst till äldre personer enligt SoL 4.2a §	8	21	22	31	16
Ansökan om försörjningsstöd	38	46	67	66	48

Övriga e-tjänster

Förutom de e-tjänster som presenteras i tabell 6 och figur 1 så har kommunerna i fritextform gett exempel på andra e-tjänster som förekommer, det är:

- orosanmälningar för vuxna
- tjänst för att beräkna avgifter för äldreomsorgen eller funktionshinderområdet
- ekonomiska och administrativa funktioner, till exempel att ansöka om autogiro eller lämna inkomststoppgifter för avgiftsberäkning inom äldreomsorgen eller inom funktionshinderområdet
- möjlighet att följa sitt ärende om försörjningsstöd, på ”Mina sidor”
- tjänst för att ansöka om färdtjänst
- tjänst för att ansöka om samarbetsamtal eller avtal angående vårdnad, boende och umgänge inom familjerätten
- förenklad ansökning om vissa serviceinsatser såsom ”fixartjänster”
- handläggning och behandlingsinsatser för personer med alkoholproblem
- ansökan om bostadsanpassningsbidrag
- dödsboanmälningar
- val av utförare inom hemtjänsten
- anmälningar till aktiviteter och gruppverksamheter
- ungdomsrådgivning på nätet
- anhörigstöd
- månadsrapporter för kontaktpersoner och kontaktfamiljer
- råd och stöd för personer som upplevt våld i nära relationer

Automatisering i socialtjänsten

I socialtjänsten utförs till största delen handläggning och andra administrativa processer av handläggare som tar emot ansökningar, bereder dessa och ser till att beslut fattas. Även andra administrativa processer som förekommer är helt eller till stora delar beroende av insatser från människor. I takt med att

datorstödet ökar så ökar förutsättningarna för att automatisera många handläggings- och administrativa processer. Av tabell 8 framgår dock att majoriteten av kommunerna inte har automatiserat någon process. Det område som utgör ett undantag är ekonomiskt bistånd där 22 procent av kommunerna uppger att de har automatiserat handläggningen. På grund av kommunallagens (KL) regler kan besluten i socialtjänsten inte tas av en dator, men hela handläggningen fram till beslutet kan skötas automatiskt (6 kap. 37 § och 7 kap. 5–6 §§ KL). KL förutsätter att endast fysiska ledamöter i ett politiskt utsett organ fattar kollegialt beslut eller att en fysisk person gör detta.

Ett observandum är att 48 procent av kommunerna uppger att de tar emot ansökningar om ekonomiskt bistånd via en e-tjänst på kommunens webbplats men endast 22 procent uppger att de har automatiserat handläggningsprocessen.

Vid en jämförelse mellan kommunstorlekarna visar det sig att när det gäller ekonomiskt bistånd så har kommunerna med ökande storlek större tendens att ha infört automatiserade handläggings- och administrativa processer.

Tabell 8. Andel kommuner som har automatiserat en eller flera handläggningsprocesser eller administrativa processer i %, 2021

Flera svar kan anges, därför blir summan ibland mer än 100 %

Verksamhetsområde	Minst en handläggningsprocess är automatiserad	Minst en administrativ process är automatiserad	Det finns ingen automatiserad process
Barn och unga	1	2	97
Ek. bistånd	22	16	69
Familjerätt	2	2	97
Familjerådgivning i kommunal drift	0	1	99
Vuxna med missbruksproblem	0	1	99
Funktionshinder, Sol, LSS	2	7	93
Äldreomsorg	3	10	89

Automatisering av handläggning och administration är ett utvecklingsområde och det finns kommuner som arbetar med att utveckla stöd för automatisering. Det framgår av tabell 9 att en större andel kommuner har arbetat med att utveckla automatiska processer än har infört automatiska processer. Inom ekonomiskt bistånd är det 27 procent av kommunerna som har arbetat med automatisering av handläggningsprocesserna och 18 procent med administrativa processer. Även inom äldreomsorgen har arbetet påbörjats i högre grad än inom övriga socialtjänstområden.

Tabell 9. Andel kommuner som under 2020 har arbetat med att automatisera någon handläggningsprocess eller administrativ process, men inte infört i dem reguljär drift ännu i %

Flera svar kan anges, därför blir summan ibland mer än 100 %

Verksamhetsområde	påbörjat arbete med att automatisera minst en handläggningsprocess	påbörjat arbete med att automatisera minst en administrativ process	Ingen automatisering påbörjad
Barn och unga	5	6	90
Ek. bistånd	27	18	64
Familjerätt	2	5	94
Familjerådgivning i kommunal drift	1	2	98
Vuxna med missbruksproblem	1	3	96
Funktionshinder, Sol, LSS	6	9	88
Äldreomsorg	8	12	82

Välfärdsteknik

Socialstyrelsens definition av begreppet välfärdsteknik lyder:

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 funktionsnedsättning¹¹

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

Välfärdsteknik i ordinärt boende

Välfärdsteknik kan delas in i två områden:

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

Det går dock ingen klar gräns mellan dessa tekniker. En stor del av välfärdstekniken fyller i olika grad båda syftena och de redovisa gemensamt i det följande avsnittet.

Alla trygghetslarm är digitala

Trygghetslarmen är den vanligaste formen av välfärdsteknik för enskilda, och de har använts i alla kommuner i årtionden. Antalet trygghetslarm ökar något år från år. I januari 2014 var det enligt Socialstyrelsens statistik cirka 170 000 personer över 65 som hade ett trygghetslarm och i oktober 2020 var det cirka 203 000 personer. Trygghetslarmen har på senare år genomgått en

¹¹ <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

digitalisering och så gott som alla trygghetslarm är idag digitala. Analoga trygghetslarm finns endast på ställen där det saknas mobilt eller fiberburet bredband.

Fler kommuner använder digital tillsyn

I årets enkät redovisar 76 procent av kommunerna att de använder digital nattillsyn för äldre personer som bor kvar i sitt eget hem (så kallat ordinärt boende) och 47 procent använder det för personer med funktionsnedsättningar. Se tabell 10 för äldre i ordinärt boende och tabell 11 för personer med funktionsnedsättningar i ordinärt boende. Det är totalt 3 146 personer som har utrustats med sådana kameror. Detta är en ökning med 953 kameror (cirka 43 procent) från 2020. Av enkätsvaren framgår att det är fem kommuner som har 100 kameror eller fler. Snittet ligger på cirka 11 kameror per kommun och den kommun som har flest kameror för digital nattillsyn har 179.

Det uppges också att 199 personer har digital tillsyn under dagtid, i totalt 33 kommuner.

Många kommuner erbjuder gps-larm

Med ett gps-larm kan den enskilde larma även utanför sin bostad. Larmen kan kopplas till en larmcentral, direkt till hemtjänsten eller till någon närstående. Det går även att med hjälp av gps-koordinater lokalisera var larmet kommer ifrån. Gps-larmen kan också vara utrustade med en så kallad geofencing-funktion som innebär att larmet utlöses om personen skulle röra sig utanför ett i förväg definierat geografiskt område.

Cirka 62 procent av kommunerna erbjuder gps-larm inom äldreomsorgen och 45 procent inom funktionshinderområdet. De har utrustat totalt 1 806 personer i ordinärt boende med sådana larm, med stöd av biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen¹². Av enkätsvaren framgår också att en kommun har utrustat över 700 personer med gps-larm.

Stor andel av kommunerna har passiva larm

I kommunerna har också så kallade passiva larm, eller sensorer, varit i bruk i många år, exempelvis larmmattor, dörrlarm och rörelselarm. Det är 78 procent av kommunerna som använder denna typ av utrustning för äldre personer som bor i ordinärt boende och 67 procent som använder den inom funktionshinderområdet. Detta innebär att de boende inte behöver larma aktivt. Larmet utlöses av personens aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall.

Många kommuner använder SIP med stöd av video

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

¹² I tidigare års enkäter efterfrågades antalet gps-larm som gavs oberoende av vilken lag som utgjorde grund för detta. I år har frågan delats på socialtjänstbeslut och HSL-beslut. I årets enkät ställdes inte frågan om hur många personer som tilldelats ett gps-larm med stöd av HSL. Det totala antalet gps-larm i kommunerna kan därför antas vara större än de redovisade 1806, som endast avser socialtjänstbeslut.

via video- eller webbkamera. Cirka 80 procent av kommunerna använder videostöd för SIP inför utskrivning från sjukhus för äldre och 71 procent inom funktionshinderområdet.

SIP med stöd av video vid andra tillfällen används av 82 procent av kommunerna inom äldreomsorgen och 76 procent inom funktionshinder.

Personalen använder teknik som stöd

När det gäller teknik till stöd för personalen finns flera elektroniska verktyg som har fått stor spridning i kommunerna. Elektroniska planeringsverktyg fanns 2020 i form av mobilappar för användning inom äldreomsorgen i 88¹³ procent av kommunerna och inom funktionshinderområdet användes de av 50 procent av kommunerna. Med dessa kan hemtjänsten lägga schema för hemtjänstpersonalens arbete, registrera besöken och göra anteckningar om besöken hos hemtjänstkunderna. I apparna finns också adresser, portkoder och annan viktig information som underlättar hemtjänstpersonalens arbete.

Digitala lås till enskilda hemtjänstmottagares bostäder finns i cirka 75 procent av kommunerna inom äldreomsorgen och i 34 procent av kommunerna inom funktionshinderområdet. Andelen kommuner som installerar denna typ av lås ökar. Med sådana lås behöver hemtjänstpersonalen inte hantera några nycklar. Detta underlättar hemtjänstpersonalens arbete och minskar risken att nycklar hamnar på villovägar.

Andra typer av välfärdsteknik

Totalt 19 procent av kommunerna har angett att de har andra typer av välfärdsteknik inom äldreomsorgen och 9 procent har det inom funktionshinderområdet. Det handlar främst om

- digitala planeringsverktyg för personalen
- surfplattor och andra hjälpmedel för aktivitet
- surfplattor för kommunikation
- digitala lås till brukares bostäder
- inkontinenssensorer
- äthjälpmedel
- trygghetslarm
- duschrobotar
- intelligenta toaletter
- digitala signeringslistor för HSL-insatser
- läkemedelsfordelare¹⁴
- digitala medicinskåp.

Se tabell 10 för äldre i ordinärt boende och tabell 11 för personer med funktionsnedsättningar i ordinärt boende.

¹³ Denna uppgift är från 2020, frågan ställdes inte 2021

¹⁴ Eller dispenser

Små skillnader mellan kommunstorlekarna i användning av välfärdsteknik

Vid en jämförelse mellan kommunernas svar på frågorna om välfärdsteknik framgår att det totalt är små skillnader mellan kommunstorlekarna när det gäller användning av välfärdsteknik. Se tabell 16–19 i bilaga 2.

Kommunernas kommentarer

I fritextsvaren beskrev några kommuner att de under 2021 ska införa välfärdsteknik eller trygghetsskapande teknik. Flera kommuner planerar för att breddinföra nyckelfri hemtjänst, digital natttillsyn, digitala inköp och gps-larm. Någon kommun menar att man har breddinfört viss teknik och att den finns tillgänglig i kommunen men att det är få personer som ansöker om och beviljas dessa tekniker.

Tabell 10. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för äldre personer i ordinärt boende, i %

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=242)	2021, test- verksamhet (n=285)	2021, bredd- infört (n=285)	2021, totalt
Natttillsyn med digital teknik (Trygghetskamera, natt-tillsyn/fjärrtillsyn med kamera)	65	18	58	76
Tillsyn dagtid med digital teknik	*	16	17	33
Gps-larm	65	23	39	62
Passivt larm/sensorer	90	4	74	78
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	78	12	68	80
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	67	11	71	82
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	27	12	22	34
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (t.ex. påminnelser)	24	11	16	27
Stöd för digitala inköp	26	16	21	37
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	*	24	31	55
Digitala lås till enskildas bostäder	*	8	67	75
Annat	16	4	14	18

* frågan ställdes inte i 2020 års enkät

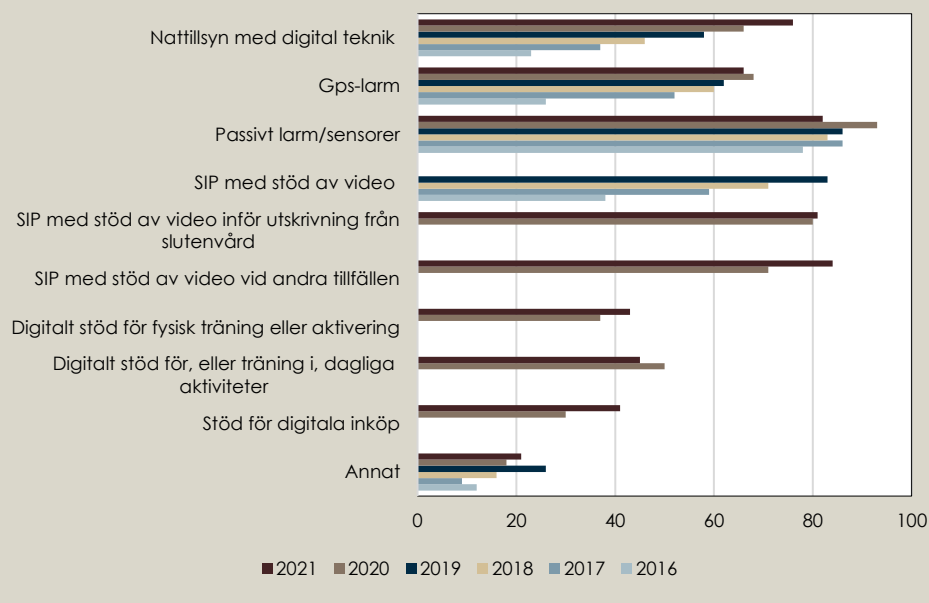
Tabell 11. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer med funktionsnedsättningar i ordinärt boende, i %

Typ av välfärdsteknik	2020	2021, test- verksamhet (n=285)	2021, bredd- infört (n=285)	2021 totalt
Nattillsyn med digital teknik	45	11	36	47
Tillsyn dagtid med digital teknik	*	10	13	23
GPS-larm (positioneringslarm)	37	14	32	46
Passivt larm/sensor (t. ex dörr- larm, fallarm, rörelselarm m.m.)	70	6	61	67
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför ut- skrivning från slutenvård	60	9	62	71
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	61	8	68	76
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	28	9	23	32
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (ex. påmin- nelser)	45	11	31	42
Stöd för digitala inköp	14	8	16	24
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller när- stående	*	14	35	49
Digitalt planeringsverktyg för per- sonalen	38	8	42	50
Digitala lås till enskildas bostäder	*	6	28	34
Annat	11	2	7	9

* frågan ställdes inte i 2020 års enkät

Av figur 3 framgår utvecklingen 2016–2021 för de vanligaste formerna av välfärdsteknik avseende både äldreomsorg och personer med funktionshinder i ordinärt boende. I 2021 års enkät var frågan uppdelad och kommunerna kunde ange om de hade tekniken i pilotprojekt eller om den var införd i ordinarie drift, dvs. breddinförd. I figur 3 har svaren på dessa två frågor slagits samman för att kunna jämföras med tidigare års uppgifter.

Figur 3. Välfärdsteknik i ordinärt boende 2016–2021



Mer välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre

I särskilda boenden för äldre personer förekommer flera olika typer av välfärdsteknik. Den vanligaste är passiva larm, det vill säga olika sensorer såsom dörrlarm, fall-larm och rörelsedetektorer. De skickar ett larm till personalen på det särskilda boendet utan att personen ifråga behöver larma själv. Larmet utlöses av den boendes aktivitet, eller brist på aktivitet i vissa fall. En stor andel av kommunerna, 92 procent, använder passiva larm i särskilda boenden.

Totalt 74 procent av kommunerna uppgav att de kan erbjuda samordnad individuell planering (SIP) med video inför utskrivning från sjukhus och 78 procent vid andra tillfällen. Cirka 61 procent kan erbjuda gps-larm för personer som bor i särskilt boende och cirka 44 procent använder natttillsyn med digital teknik. Se tabell 12.

Av de svarande har 18 procent uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre. De vanligaste svaren är utrustning för aktivering såsom virtuella spel för stimulans och träning för personer med demens (Tovertafel m.m.), virtuella cyklar (BikeAround) och robotkatter. Flera kommuner anger att de också har digitala medicinskåp, digital signering av HSL-insatser. Andra produkter som nämns i fritextsvaren är musik-dockor, duschrobotar och inkontinenssensorer.

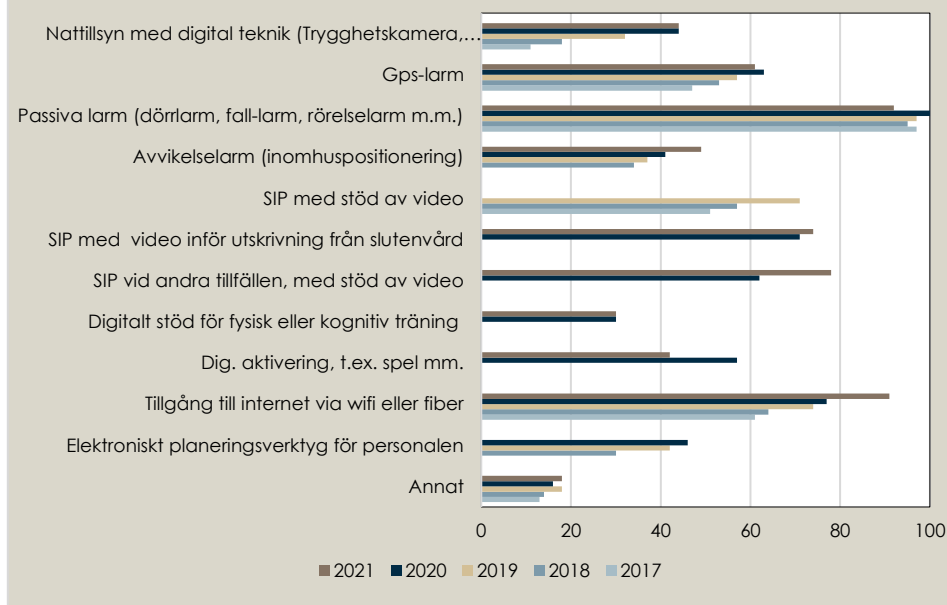
Tabell 12. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, i %

Typ av välfärdsteknik	2020	2021 test- verksamhet (n=285)	2021, bred- dinförd (n=285)	2021
Nattillsyn med digital teknik	44	19	25	44
Tillsyn dagtid med digital teknik	*	13	15	28
GPS-larm (positioneringslarm)	63	20	41	61
Passivt larm/sensor (t. ex dörr- larm, fallarm, rörelselarm m.m.)	100	3	89	92
Avvikelselarm (positionering)	41	10	39	49
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför ut- skrivning från slutenvård	71	9	65	74
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	62	6	72	78
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	30	14	28	42
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (ex. påmin- nelser)	57	10	20	30
Stöd för digitala inköp	*	2	9	11
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller när- stående	*	20	56	76
Digitala lås till enskildas bostäder	*	15	39	54
Annat	16	5	13	18

*. Dessa frågor ställdes inte i 2020 års enkät

Av figur 4 framgår utvecklingen 2016–2021 för de vanligaste formerna av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre. I 2021 års enkät var frågan uppdelad och kommunerna kunde ange om de hade tekniken i pilotprojekt eller om den var införd i ordinarie drift, dvs. breddinförd. I figur 4 har svaren på dessa två frågor slagits samman för att kunna jämföras med tidigare års uppgifter.

Figur 4. Välfärdsteknik i särskilt boende för äldre 2017–2021



Ökning av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden

I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar är passiva larm de vanligast förekommande typerna av välfärdsteknik, det vill säga dörrlarm, rörelselarm, fall-larm med mera. Det är 73 procent av kommunerna som 2021 har denna typ av teknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. Se tabell 13.

I 69 procent av kommunerna finns möjlighet till samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård för de som bor i stöd- och serviceboenden och 73 procent av kommunerna vid andra tillfällen. Vidare finns det gps-larm för de som bor i stöd- och serviceboenden i 38 procent av kommunerna.

Digital nattillsyn i stöd- och serviceboenden finns i 27 procent av kommunerna.

Totalt 8 procent av kommunerna har uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik, såsom utrustning för aktivering såsom virtuella spel för stimulans och träning för personer med demens (Tovertafel m.m.), virtuella cyklar (BikeAround) och robotkatter. Vidare digital signering av HSL-insatser, digitala medicinskåp, utrustning för digital kommunikation och påminnelseverktyg. Annan välfärdsteknik som nämns är duschrobot, äthjälpmiddel, smarta toaletter och appar för teckenspråk.

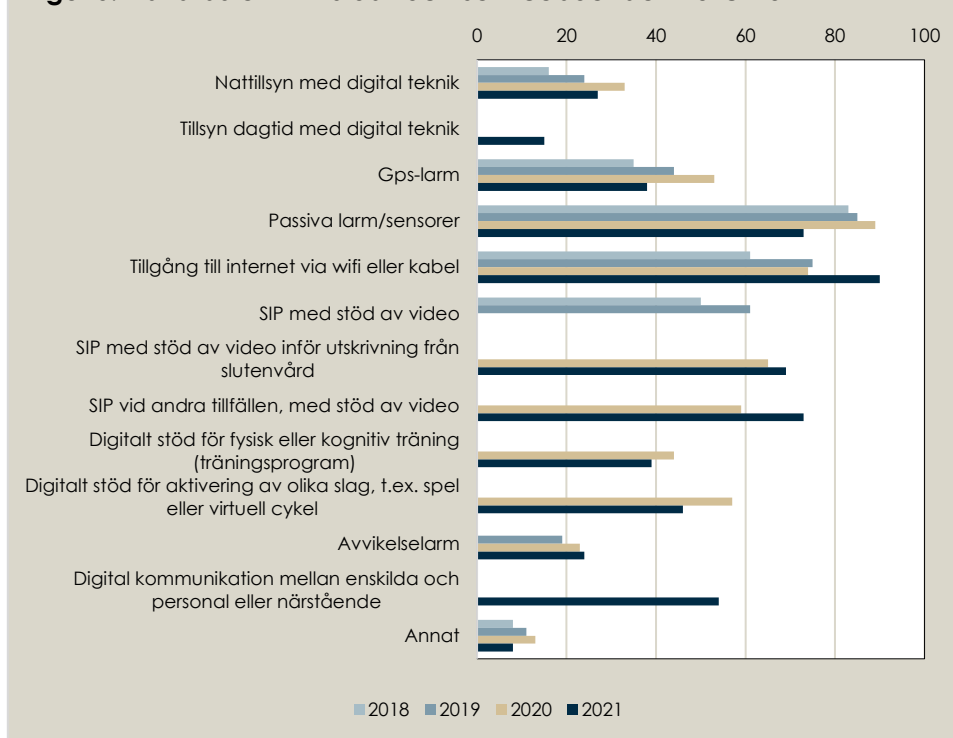
Tabell 13. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättning (stöd- och serviceboenden) i %

Typ av välfärdsteknik	2020	2021, pilot eller testverksamhet (n=xx)	2021, breddinförd (n=xx)	2021
Natttillsyn med digital teknik	33	8	19	27
Tillsyn dagtid med digital teknik	*	6	9	15
GPS-larm (positioneringslarm)	53	13	25	38
Passivt larm/sensor (t. ex dörrlarm, fallarm, rörelselarm m.m.)	89	6	67	73
Avvikelselarm (positionering)	23	4	20	24
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	65	7	62	69
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	59	6	67	73
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	44	11	28	39
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (ex. påminnelser)	57	11	35	46
Stöd för digitala inköp	*	7	12	19
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	*	16	38	54
Digitala lås till enskildas bostäder	*	5	10	15
Annat	13	2	6	8

*, frågorna ställdes inte i 2020 års enkät

Av figur 5 framgår utvecklingen 2016–2021 för de vanligaste formerna av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar. I 2021 års enkät var frågan uppdelad och kommunerna kunde ange om de hade tekniken i pilotprojekt eller om den var införd i ordinarie drift, dvs. breddinförd. I figur 5 har svaren på dessa två frågor slagits samman för att kunna jämföras med tidigare års uppgifter.

Figur 5. Välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden 2018–2021



Andel kommuner som har välfärdsteknik

I ovanstående avsnitt har Socialstyrelsen presenterat förekomsten av välfärdsteknik inom olika verksamheter; äldreomsorg i ordinärt boende, stöd till personer med funktionsnedsättningar i ordinärt boende, särskilt boende för äldre och stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Längre fram i denna rapport finns en liknande presentation om välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård.

I tabell 14 har såväl teknik som har breddinförts som teknik i pilot- eller testverksamheter räknats med utan uppdelning på verksamhet.

Tabell 14. Andel kommuner som har välfärdsteknik i någon verksamhet, i %, 2021

Välfärdsteknik	Andel kommuner i %
Nattillsyn med digital teknik	82
Tillsyn dagtid med digital teknik	47
GPS-larm (positioneringslarm)	84
Passivt larm/sensor (t. ex dörrlarm, falllarm, rörelselarm m.m.)	98
SIP med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	94
SIP vid andra tillfällen	91
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	62
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (ex. påminnelser)	66
Stöd för digitala inköp	68
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	69
Digitala lås till enskildas bostäder	96

Välfärdsteknik	Andel kommuner i %
Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, till exempel läkemedelssignering	57
Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen	26
Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av regionen/ primärvården.	8
Digitala medicinskåp	58
Annan medicinteknisk utrustning (t.ex. för monitorering)	10
Inkontinenssensorer	16
Digitalt planeringsverktyg för personal	68
Annat	75

Tillgången till internet på särskilda boenden ökar

I enkäten ställdes frågan om kommunen erbjuder uppkoppling till internet i särskilda boenden för äldre och i boenden för personer med funktionsnedsättningar. Av de svarande kommunerna var det totalt 87 procent som uppgav att boende för äldre kunde få tillgång till internet och 84 procent av kommunerna hade wifi eller fiber i boenden för personer med funktionsnedsättningar. I 56 procent av kommunerna hade alla särskilda boenden för äldre tillgång till wifi i de boendes egna lägenheter och i 49 procent av kommunerna hade alla stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar tillgång till wifi i den boendes egen bostad. Se tabell 15.

Av fritextsvaren framgick att det varierade mellan olika boenden i kommunen och att utbyggnad pågår. Flera kommuner säger att det finns tillgång till wifi i allmänna utrymmen men inte i de enskilda bostäderna. Några kommuner menar att den enskilde själv kan köpa ett abonnemang för bredbandsuppkoppling.

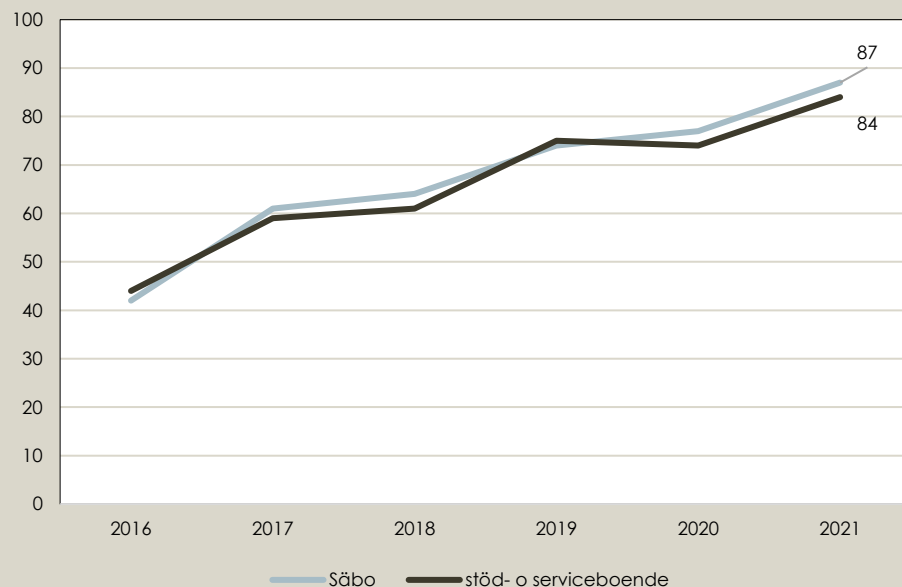
I kommuner med upp till 15 000 invånare var det vanligare att alla boenden hade internetanslutningar i de boendes rum än i de större kommunerna. Det var 62 procent av de små kommunerna som uppgav att alla boenden hade detta i äldreboenden och 55 procent som uppgav att alla stöd och serviceboenden för personer med funktionsnedsättningar hade detta.

Tabell 15. Andel kommuner där de boende har tillgång till internet i sina lägenheter i %, 2021

Typ av boende	Alla	Mer än hälften	Cirka hälften	Mindre än hälften	Inget	Vet inte
I särskilda boenden för äldre (n=279)	57	14	3	13	9	4
I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning (n=285)	49	20	6	9	10	6

Det har varit en ökning av andelen kommuner som har internetförbindelse i de boendes lägenheter under senare år. Se figur 6.

Figur 6. Andel kommuner som erbjuder internetförbindelse i boenden



Säker hantering av identiteter och behörigheter för socialtjänstens personal

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

De personalkategorier som hanterar uppgifter om enskilda personer behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete och personuppgifterna som behandlas i dessa system skyddas av sekretessregler. Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna. Med detta avses i de flesta fall att medarbetaren har en e-legitimation som är kopplad till en katalog där rollerna finns angivna. Medarbetaren använder e-legitimationen vid inloggning till systemen tillsammans med en personlig pinkod eller ett engångslösenord. Det finns olika sätt att logga in med en stark autentisering. Några exempel på teknik för stark autentisering är SITHS-kort, kommunens eget tjänstekort, Yubikey, privata bank-id eller kod-dosor.

I 35 procent av kommunerna kräver alla system en stark autentisering och i nio kommuner (3 procent) kräver inga system stark autentisering för personal som arbetar utanför kommunens interna nät. Se tabell 16.

Socialstyrelsen gjorde en rundringning till de nio kommuner som i enkäten uppgett att de inte hade säkrat några system med stark autentisering. Det visade sig då att tre av dessa har stark autentisering vid externt arbete, i delar av sina system. Flera kommuner har VPN-anlutningar för anslutning till verksamhetssystemet vid externt arbete och har bedömt att detta är tillräckligt för en säker anslutning.

Det var skillnad på hur kommuner av olika storlek svarade; 41 procent av kommunerna med upp till 15 000 invånare uppgav att samtliga system kräver stark autentisering jämfört med 28 procent av kommunerna med över 70 000 invånare. De andra låg däremellan.

I fritextsvaren beskriver flera kommuner att stark autentisering krävs för att komma åt verksamhetssystemet utifrån, till exempel via mobila enheter, men det krävs inte när personalen använder den stationära datorn som är uppkopplad i kommunens nätverk. Några kommuner säger att verksamhetssystemet kan säkras med en stark autentisering men att kommunen har valt att inte använda den funktionen. Flera kommuner menar att kommunala hälso- och sjukvårdens system kräver stark autentisering, men inte socialtjänstens.

Tabell 16. Andel kommuner som kräver stark autentisering i system som ger personalen åtkomst till känsliga personuppgifter över öppna nät, i %, 2020 och 2021

	2020 (n=248)	2021 (n=285)
Inga	3	3
Delvis	63	62
Alla	34	35
Totalt	100	100

Personalen i myndighetsutövningen

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

Det framgår av tabell 17 att svaren skiljer sig åt i myndighetsutövningen beroende på verksamhetsområde. Inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet använder all handläggande personal stark autentisering i 83 procent av kommunerna. Inom individ och familjeomsorg är det en mindre andel kommuner där all handläggande personal använder stark autentisering. Ekonomiskt bistånd är det område som uppvisade minst andel kommuner, 60 procent, där den handläggande personalen använder stark autentisering.

En förklaring till att det är så pass stor skillnad mellan äldreomsorg och funktionshinderområdet å ena sidan och individ och familjeomsorg å den andra kan vara att inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet gör handläggarna en större del av sitt arbete utanför kontoret, vid hembesök, medan handläggarna inom individ- och familjeomsorgen arbetar till större del på kontoret, inom kommunens intranät och brandväggar. Flera kommuner bedömer att personalen inte behöver stark autentisering när de arbetar i kommunens interna nät.

Inom samtliga verksamhetsområden är det kommuner upp till 15 000 invånare som oftast rapporterar att all handläggande personal har tillgång till stark autentisering.

Ett par kommuner menar att personalen har tillgång till SITHS-kort men det är frivilligt att använda dem vid inloggning till verksamhetssystemet. Ett flertal kommuner anger i fritextsvaren att de arbetar med att införa stark autentisering under 2021.

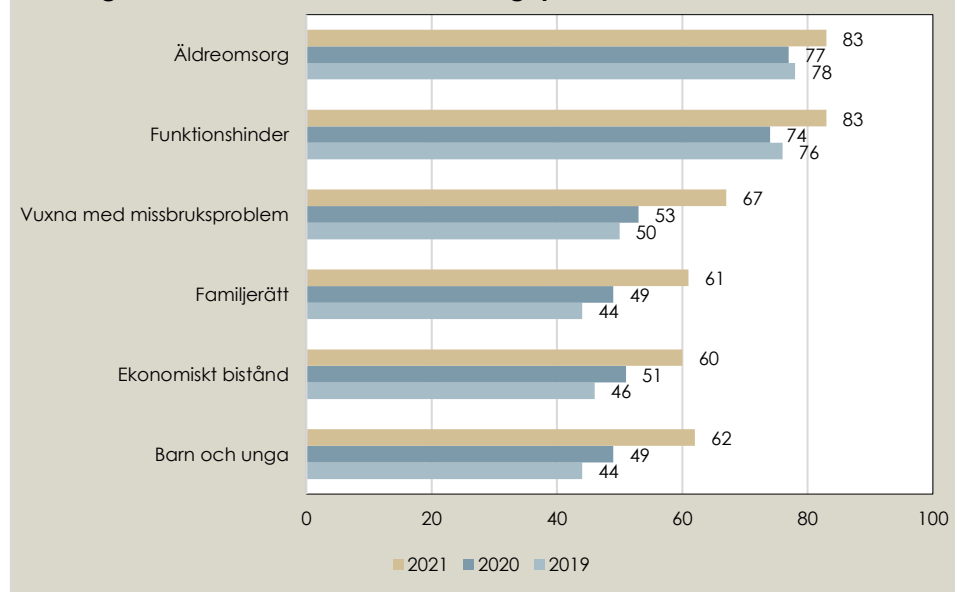
Tabell 17. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder stark autentisering, per verksamhet i %, 2021

Verksamhetsområde	Antal svar	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla
Barn och unga	282	22	11	1	4	62
Ekonomiskt bistånd	285	25	9	2	4	60
Familjerätt	254	28	7	1	2	61
Vuxna med missbruksproblem	280	19	9	1	4	67
Funktionshinder (LSS och SoL)	285	9	5	1	2	83
Äldreomsorg	282	10	4	1	2	83

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

Från och med 2019 års enkät ombeds kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde. Det har varit en fortsatt positiv utveckling sedan 2019 i andelen kommuner där den handläggande personalen använder stark autentisering. Särskilt stark har ökningen varit under 2020. Se figur 7.

Figur 7. Andel kommuner där all socialtjänstpersonal i myndighetsutövningen använder stark autentisering, per verksamhet, 2019–2021, i %



Personalen i utförande verksamheter

Jämfört med myndighetsutövningen i kommunerna är det en mindre andel av kommunerna där den utförande personalen har tillgång till tvåfaktorsinloggning. Det framgår av tabell 18 att svaren varierar något beroende på verksamhetsområde. Inom äldreomsorgen är det mellan 44 och 47 procent av kommunerna där all utförande personal använder stark autentisering, och inom arbetsmarknadsinsatser är andelen 36 procent.

Det finns också kommuner där ingen personal alls har tillgång till stark autentisering. Av tabell 18 framgår till exempel att i 42 procent av kommunerna använder personalen inom arbetsmarknadsinsatser inte alls stark autentisering.

Vid en uppdelning på kommunstorlekar visar det sig att störst andel kommuner som rapporterar att den utförande personalen har tillgång till stark autentisering är de med mer än 70 000 invånare.

Flera kommuner beskriver att de planerar att införa tvåfaktorsinloggningar under 2021. I någon kommun har de själva tagit fram ett mobilt tjänste-id för den handläggande personalen och för personal som delar på mobiler har de utvecklat ett tjänste-id kort med NFC-etikett för säker identifiering. Flera kommuner menar att all personal inte har möjlighet till stark autentisering men chefer och gruppleddare har det.

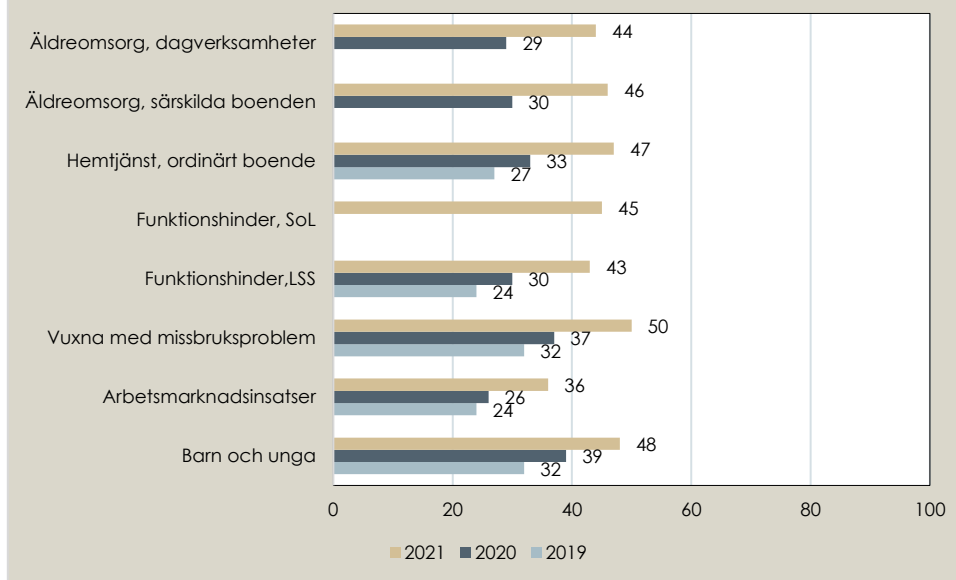
Tabell 18. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i utförarverksamheterna använder stark autentisering för inloggning i %, 2021 (n=285)

Verksamhetsområde	Antal svar	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla
Barn och unga	282	32	12	2	6	48
Arbetsmarknadsinsatser	254	42	16	1	4	36
Vuxna med missbruksproblem	280	30	13	2	5	50
Funktionshinder (LSS-insatser)	283	22	28	2	6	43
Funktionshinder (SoL-insatser)	283	20	27	2	6	45
Äldreomsorg i ordinärt boende	277	17	25	4	7	47
Äldreomsorg, särskilda boenden	279	18	28	2	6	46
Äldreomsorg, dagverksamheter	279	27	23	1	5	44

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

Sedan 2019 ställs frågan i enkäten uppdelad på verksamhetsområden. Den positiva trenden fortsätter vilket framgår av figur 8. Det har skett en positiv utveckling mellan 2019 och 2021 i andelen kommuner där den utförande personalen använder stark autentisering. År 2020 var det 29–39 procent (beroende på verksamhetsområde) av kommunerna där all personal i utförarledet hade tillgång till stark autentisering. I år är det cirka 10 procentenheter fler kommuner som har detta.

Figur 8. Andel kommuner där all socialtjänstpersonal i utförarverksamheterna använder stark autentisering, per verksamhet, i %, 2019–2021



Stapeln för hemtjänst 2019 avser all äldreomsorg. Stapeln för funktionshinder, LSS 2019 avser både LSS- och SoL-insatser och stapeln för funktionshinder LSS 2020 avser både LSS- och SoL-insatser.

I förhållande till 2019 och 2020 har andelen kommuner där all personal i utförarverksamheterna använder stark autentisering ökat inom alla verksamhetsområden. Störst har ökningen varit inom området vuxna med missbruksproblem där all personal i 32 procent av kommunerna använde stark autentisering 2019 mot 50 procent 2021.

Dokumentera mobilt

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

Allt fler kan dokumentera mobilt

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

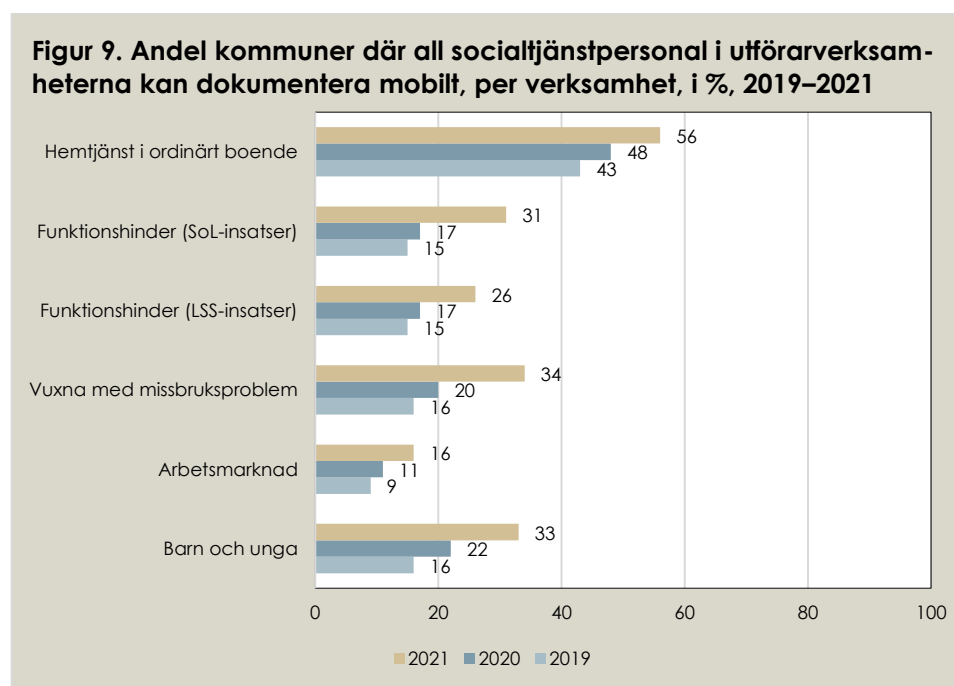
Från 2019 års enkät ombeds kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde och resultaten från 2021 års enkät framgår av tabell 19. I 56 procent av de kommuner som besvarat enkäten har all hemtjänstpersonal möjlighet att dokumentera mobilt. Inom de andra verksamhetsområdena är andelen betydligt mindre.

I en jämförelse mellan olika kommunstorlekar visar det sig att kommungruppen 15–30 000 invånare oftast rapporterar att all personal kan dokumentera mobilt, inom alla verksamhetsområden.

Tabell 19. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen har utrustning för att dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, per verksamhetsområde, i %, 2021

Verksamhetsområde	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla	Antal svar
Barn och unga	41	6	1	5	33	282
Arbetsmarknadsinsatser	48	7	2	5	16	254
Vuxna med missbruksproblem	43	5	1	6	34	280
Funktionshinder (LSS-insatser)	45	13	4	4	26	283
Funktionshinder (SoL-insatser)	42	12	2	5	31	283
Hemtjänst i ordinarie boende	27	9	2	2	56	277

Under perioden 2019–2021 har det skett en ökning av andelen kommuner där den utförande personalen kan dokumentera mobilt. I figur 9 visas utvecklingen avseende de kommuner där samtlig personal kan dokumentera mobilt.



Strukturerad dokumentation och klassifikationer

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form.

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

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

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

En ändamålsenlig och strukturerad dokumentation förutsätter att den görs i ett digitalt verksamhetssystem, men inte heller i ett digitalt system blir informationen automatiskt strukturerad. I dag har alla landets kommuner digitala verksamhetssystem för sin myndighetsutövning, men inte i alla utförarverksamheter. Detta innebär att förutsättningarna delvis är olika för handläggningen och för utförarverksamheterna. Kommunernas användning av strukturerad dokumentation kan skifta beroende på verksamhetsområde och hur kommunen valt att utveckla systemen. Skälet för att använda strukturerad dokumentation är att den ska gå att återanvända utan att den behöver föras in på nytt i alla de system som kommunen använder. Vidare ska informationen kunna användas i kommunens kvalitetsarbete, till exempel för sammanställningar för verksamhetsuppföljningar och i verksamhetsutvecklingen i det systematiska kvalitetsarbetet.

I enkäten till kommunerna ställdes frågan om hur kommunerna använder den strukturerade dokumentationen – om kommunen använder uppgifterna från socialtjänstdokumentationen i aggregerad form i sitt kvalitetsarbete.

Av tabell 20 framgår att mellan 41 och 62 procent av kommunerna använder uppgifterna för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling beroende på verksamhetsområde.

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

Kommuner med 70 000 invånare eller fler är de som oftast rapporterar att de använder den strukturerade dokumentationen i sitt kvalitetsarbete. Övriga kommuner gör det i något mindre utsträckning.

Flera kommuner beskriver att det verksamhetssystem de använder inte medger uttag av data på aggregerad nivå men att de är på väg att byta verksamhetssystem och kommer då att kunna göra detta.

Tabell 20. Andel kommuner som använder den strukturerade socialtjänstdokumentationen i sitt eget kvalitetsarbete i %, 2020 och 2021 (n=285)

Verksamhetsområde	2020	2021
Barn och unga	67	62
Ekonomiskt bistånd	41	47
Familjerätt	40	41
Vuxna med missbruksproblem	53	55
Funktionshinder (SoL och LSS)	48	52
Äldreomsorg	51	52

Ökad användning av ICF

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

Av tabell 21 framgår att mellan 17 och 66 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används det inom äldreomsorgen (66 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (17 procent).

Tabell 21. Andel kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder ICF i den digitala individdokumentationen, i %, 2015–2021

Verksamhetsområde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Barn och unga	14	18	19	18	23	25	28
Ekonomiskt bistånd	4	5	7	10	13	16	17
Vuxna med missbruksproblem	7	8	9	11	15	20	22
Funktionshinder (SoL och LSS)	14	20	23	32	47	56	65
Äldreomsorg	26	29	37	44	58	60	66

Sedan 2015 års undersökning har användningen av klassifikationen ICF ökat kontinuerligt. Inom till exempel myndighetsutövning för funktionshinderområdet har andelen ökat från 14 procent 2015 till 65 procent 2021. Inom äldreområdet har användningen ökat från 26 till 66 procent. Även inom övriga socialtjänstområden har användningen ökat.

I utförandet i kommunala verksamheter används ICF framför allt inom äldreomsorgen (44–46 procent av kommunerna) och i verksamheter för personer med funktionsnedsättningar (46 procent av kommunerna). Se tabell 22.

Tabell 22. Andel kommuner där socialtjänstpersonal i utförarledet använder ICF i den digitala individdokumentationen, i %, 2015–2021

Verksamhetsområde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Barn och unga	8	14	14	13	20	20	19
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6	8	14	12
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8	12	18	17
Funktionshinder (SoL och LSS)	12	17	18	28	39	47	46
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinarie boende	17	22	26	36	45	45	44
Äldreomsorg, SÄBO	19	20	25	37	46	48	46
Äldreomsorg, dagverksamheter	-	-	-	-	-	41	42

Av tabell 22 framgår att användningen av ICF i socialtjänstens utförarled har ökat kraftigt sedan 2015. Största procentuella ökningen har varit inom arbetsmarknadsinsatser där andelen kommuner ökat 4 gånger, dock från låga nivåer. Mellan 2020 och 2021 har utvecklingen dock gått tillbaka något.

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI)

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

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

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

Av tabell 23 framgår att mellan 9 och 21 procent av kommunerna har infört KSI i sin dokumentation inom myndighetsutövningen, beroende på verksamhetsområde. Störst andel kommuner använde KSI inom äldreomsorg och lägst andel inom ekonomiskt bistånd. En större andel kommuner med 15–30 000 invånare använder KSI i myndighetsutövningen och i utförarorganisationen än övriga kommungrupper. Kommuner med 70 000 invånare och storstäderna använder KSI i minst omfattning.

Tabell 23. Andel kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder KSI i den digitala individdokumentationen, i %, 2018–2021

Verksamhetsområde	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)
Barn och unga	7	14	12	12
Ekonomiskt bistånd	6	10	8	9
Vuxna med missbruksproblem	6	10	10	9
Funktionshinder (SoL- eller LSS-insatser)	7	19	14	16
Äldreomsorg	10	23	19	21

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

Kommunerna använder KSI i mindre utsträckning inom utförarverksamheterna i socialtjänsten än inom myndighetsutövningen. Mellan 5 och 14 procent av kommunerna har uppgett att de använder KSI, beroende på verksamhetsområde. Se tabell 24.

Tabell 24. Andel kommuner där personalen i utförarverksamheterna inom socialtjänsten använder KSI i den digitala individdokumentationen, i %, 2019–2021

Verksamhetsområde	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)
Barn och unga	4	9	9	6
Arbetsmarknadsåtgärder	3	5	7	5
Vuxna med missbruksproblem	4	7	8	6
Funktionshinder	5	13	11	*
Funktionshinder (LSS-insatser)	*	*	*	11
Funktionshinder (SoL-insatser)	*	*	*	12
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	8	17	15	13
Äldreomsorg, SÄBO och dagverksamheter	7	16	*	*
Äldreomsorg, SÄBO	*	*	14	14
Äldreomsorg, dagverksamheter	*	*	12	12

*, frågan ställdes inte i enkäten

Det var en markant ökning av användningen av KSI i utförarverksamheterna mellan 2018 och 2019, framför allt inom funktionshinderområdet där andelen kommuner ökade från 5 till 13 procent. Se tabell 24. Sedan 2019 tycks dock utvecklingen ha avstannat.

Utvecklingen i den kommunala hälso- och sjukvården

Kommunala och privata utförare

I enkäten till kommunerna ställdes frågan i vilken utsträckning de har lagt ut den kommunala hälso- och sjukvården på privata utförare. Detta kan ske genom entreprenadavtal eller avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV-avtal). Svaren visar att 1 procent av kommunerna har lagt ut all hälso- och sjukvård på privata utförare. Cirka 78 procent av kommunerna driver all hälso- och sjukvård i egen regi, och 21 procent av kommunerna har lagt ut delar av hälso- och sjukvården på privata aktörer.

E-tjänster

E-tjänster kan stödja och underlätta för patienten och effektivisera verksamheten. De ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar samt vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten. E-tjänsterna får däremot inte innebära en försämring för den stora grupp människor som inte använder internet.

I den del av enkäten som avsåg den kommunala hälso- och sjukvården ställdes frågan om enskilda genom en e-tjänst kan komma åt att läsa sin hälso- och sjukvårdsjournal. Endast 5 kommuner (2 procent) uppgav att de hade en sådan tjänst¹⁵. Några kommuner hade i fritextsvaren angett att de hade andra e-tjänster som avser den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis digital hälso- och sjukvårdskalender, ansökan om hjälpmedel, begäran om registerutdrag och ansökan om tillfällig vistelse i hemsjukvården.

Välfärdsteknik

I den kommunala hälso- och sjukvården är tekniken delvis densamma som inom socialtjänsten och delvis är det andra produkter. De vanligaste välfärdstekniska tjänster som förekommer i kommunerna är SIP med video (79 procent av kommunerna) och passiva larm (75 procent av kommunerna). Se tabell 25.

De kommuner som i störst utsträckning rapporterar att de har välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården är de med 15–30 000 invånare och 30–70 000.

I enkäteten ställdes en särskild fråga om hur många läkemedelsfördelare¹⁶ som kommunen har i den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunerna anger att det totalt finns 770 sådana i bruk. År 2020 fanns det cirka 590, en ökning med 31 procent.

¹⁵ Samtliga regioner är anslutna till Ineras tjänst Journalen. Patienter kan nå sin journal genom att logga in på 1177.

¹⁶ Läkemedelsfördelare eller dispenser är ett digitalt hjälpmedel som påminner patienten när det är dags att ta medicinen, fördelar medicinen och signalerar till vårdgivaren om det sker avvikelser.

Tabell 25. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården i % 2020 och 2021

Välfärdsteknik	2020	2021
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	-	79
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	-	78
Passiva larm, ex epilepsilarm	60	75
Digitala medicinskåp	-	59
Nyckelfria lås till hemsjukvårdens patienter	64	58
Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, till exempel läkemedelssignering	50	57
Elektroniskt planeringsverktyg för personal	56	51
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	26	33
Läkemedelsfördelare	28	26*
Inkontinenssensorer	22	16
Annan medicinteknisk utrustning (t.ex. för monitorering)	4	10
Annat	9	6

*Utöver detta var det 8 kommuner där regionen står för läkemedelsfördelaren.

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

- system för säker kommunikation
- digitala mätare för saturation, bladder-scan, blodtryck, puls
- system för hemmonitorering
- app. för sårvård

Allt fler kan dokumentera mobilt

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

I 45 procent av kommunerna har all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att dokumentera i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret. I 30 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunala verksamheter den utrustning som krävs för att dokumentera mobilt. Se tabell 26.

Tabell 26. Andel kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, i %, 2015–2021

Andel kommuner	2015 (n=201)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)	2020 (n=226)	2021 (n=282)
Ingen	73	62	58	45	36	31	30
Färre än hälften	19	21	19	27	21	16	14
Cirka hälften	0	2	1	2	3	4	1
Mer än hälften	3	4	5	3	7	7	10
Alla	5	11	16	23	32	42	45
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Det har pågått en utveckling i kommunerna när det gäller att dokumentera mobilt sedan 2015. Då kunde 5 procent av all mobil hälso- och sjukvårdspersonal i kommunerna dokumentera mobilt. År 2021 var det 45 procent. Andelen kommuner där ingen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möjlighet att dokumentera mobilt har minskat från 73 till 30 procent under samma period.

Den nationella patientöversikten

I den nationella patientöversikten (NPÖ) kan den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen hos en vårdgivare läsa andra vårdgivares journaler över gemensamma patienter - under förutsättning att patienten ger sitt samtycke och att vårdgivaren har anslutit sig till NPÖ som *konsument*. Den vårdgivare som vill göra journalmaterial tillgängligt för andra vårdgivare behöver vara ansluten som *producent i NPÖ*.

Av tabell 26 framgår att det totalt var 284 kommuner (cirka 98 procent) som i februari 2021 hade anslutit sina vårdenheter till NPÖ för att ta del av information från andra vårdgivare.

Samtliga regioner är anslutna till NPÖ och kan därmed dela patientinformation med andra regioner, kommuner och privata vårdgivare. Enligt Ineras statistik är det 34 kommuner och 63 privata rådgivare som kan producera material i NPÖ. Det är således en mindre andel av kommunerna som kan producera i NPÖ och det är skillnad på hur mycket de visar. Några kommuner visar endast uppgifter om vaccinationer medan de som visar mest kan dela med sig av sju av maximalt elva informationsmängder¹⁷.

¹⁷ <https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/Nationell-patientoversikt/anslutna-vardgivare-i-npo/>

Tabell 27. Användning av den nationella patientöversikten, 2016–2021

	feb-16	feb-17	feb-18	feb-19	jan-20	jan-21
Antal kommuner som kan läsa i NPÖ	235	261	272	272	273	284
Totalt antal unika användare	6 822	11 308	16 643	22 786	30 053	33 893
Varav i kommuner	3 281	4 568	6 241	7 613	8 569	9 476
Totalt antal slagningar per månad	39 535	66 983	114 865	188 234	281 805	355 818
Varav i kommuner	26 711	38 974	62 138	86 776	116 397	154 658
Totalt antal slagningar per unik användare per månad	5,8	5,9	6,9	8,3	9,4	10,5
Varav i kommuner	8,14	8,5	10	11,4	13,6	16,32
Totalt antal patienter per månad	19 669	34 850	55 231	90 442	131 914	156 523
Varav i kommuner	10 812	15 483	22 153	29 968	36 771	45 076

Källa Inera

Användningen av NPÖ ökar

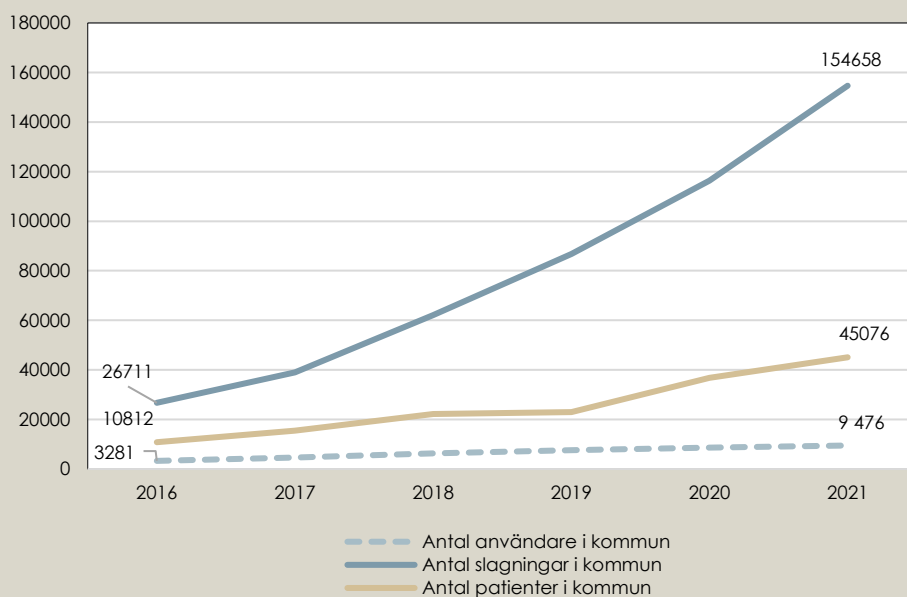
Användningen av NPÖ har ökat sedan 2016. Se tabell 27. Antalet unika användare ökade med en faktor 5 mellan 2016 och 2021. I februari 2021 var nästan 34 000 användare registrerade i NPÖ. Av dessa arbetade cirka 9 500 i kommunerna. Detta kan jämföras med antalet anställda personer i vården. I november 2017 fanns det cirka 31 000 läkare anställda i regioner och lands-ting, och cirka 70 000 sjuksköterskor. I kommunerna fanns cirka 18 000 sjuksköterskor¹⁸. Det finns dessutom en lång rad andra yrkeskategorier som också kan tänkas ha nytta av NPÖ, såsom barnmorskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter med flera.

En grov uppskattning ger att andelen anslutna användare utgör drygt 30 procent av antalet läkare och sjuksköterskor i regionerna och cirka 50 procent av sjuksköterskorna i kommunerna.

Det har varit en stor ökning av användningen av NPÖ. Antalet slagningar har ökat mer än det som motsvaras av ökningen av personal som använder systemet. Det har varit en sexfaldig ökning i kommunerna mellan 2016 och 2021. Se figur 10.

¹⁸ Källa: Nationella Planeringsstödet 2020, Socialstyrelsen

Figur 10. Användning av NPÖ i kommunerna



Strukturerad dokumentation i den kommunala hälso- och sjukvården

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

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

Alla kommuner använder strukturerad dokumentation

Socialstyrelsen bedömer att alla kommuner använder strukturerad dokumentation sina verksamhetssystem i dag. Den kan skifta mellan kommunerna beroende på verksamhet och hur kommunen valt att utveckla sina system. Skälet för att använda strukturerad dokumentation är att den ska gå att återanvända utan att den behöver föras in på nytt i alla de system som kommu-

nen använder och vidare för att informationen ska kunna användas i kommunens kvalitetsarbete, till exempel för sammanställningar för verksamhetsuppföljningar.

I enkäten till kommunerna i januari 2021 ställdes frågan om kommunen använder uppgifterna från dokumentationen i aggregerad form i sitt kvalitetsarbete i den kommunala hälso- och sjukvården. Av tabell 28 framgår att inte alla kommuner använder uppgifterna för kvalitetsarbete. Cirka 54 procent av kommunerna använder aggregerade uppgifter från dokumentationen i hemsjukvården i ordinärt boende i kvalitetsarbetet och i hälso- och sjukvården i särskilda boenden var det cirka 60 procent.

Tabell 28. Andel kommuner som använder de strukturerade uppgifterna från den kommunala hälso- och sjukvårdsdokumentationen i aggregerad form i sitt eget kvalitetsarbete i %, 2020 och 2021

	2020	2021
Hemsjukvård i ordinärt boende	59	54
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	65	60

De flesta kommuner använder ICF

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

I den kommunala hälso- och sjukvården har ICF varit i bruk i en stor andel av kommunerna sedan Socialstyrelsen började med dessa sammanställningar. För hemsjukvård i ordinärt boende har andelen kommuner som använder ICF ökat från 66 till 77 procent mellan 2015 och 2021. För hälso- och sjukvård i särskilda boenden har ökningen gått från 69 till 84 procent under samma period. Se tabell 29.

Tabell 29. Andel kommuner där ICF används i den digitala individdokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården i %, 2015–2021

Typ av boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hemsjukvård i ordinärt boende	66	72	77	75	82	83	77
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	69	72	78	76	82	91	84

Intervjuer med kommuner om hur de samarbetar med privata utförare

En intervjustudie genomfördes i 13 kommuner under november 2020 – februari 2021 med syfte att undersöka hur kommunerna samarbetar med privata utförare i utvecklingsarbete kring e-hälsa och välfärdsteknik. Urvalet bestod av kommuner som i föregående års enkätundersökning uppgett att de har privata utförare inom något socialtjänstområde, och har erfarenhet av att bedriva socialtjänst genom LOV-avtal och annan upphandling. Kommunerna valdes också utifrån kommunstorlek och geografisk spridning. Intervjufrågorna handlade om vilka krav kommunerna ställer på privata utförare när det gäller e-hälsa och välfärdsteknik samt vilket stöd kommunerna erbjuder. Det ställdes också frågor om huruvida privata utförare ska dokumentera i kommunernas eller i egna verksamhetssystem, om kommunerna följer upp informationssäkerheten hos privata utförare och om kommunerna involverar privata utförare i utvecklingsarbetet kring e-hälsa och välfärdsteknik. Nio av intervjuerna genomfördes via Skype och fyra genomfördes per telefon. I några kommuner var det två intervjupersoner som deltog och intervjuerna tog i genomsnitt cirka 45 minuter att genomföra. Av respondenterna var 11 kvinnor och 4 män. De personer som har intervjuats representerar de flesta delar av socialtjänsten och yrkesgrupperna varierar¹⁹. Nedan redovisas en sammanställning av de svar som framkom vid intervjuerna om kommunernas samarbete med privata utförare när det handlar om e-hälsa och välfärdsteknik.

Ersättning för att arbeta med välfärdsteknik

Vid intervjuerna framkommer det att ersättningen inte skiljer sig beroende av om privata utförare ger insatser digitalt eller fysiskt. Det är andra faktorer som styr ersättningen som typ av insats, ersättning för tid eller om det gäller tätorts- eller landsortskommun.

¹⁹ De personer som har intervjuats är förvaltningschef inom vård- och äldreförvaltning, utvecklare inom socialförvaltning tillsammans med ansvarig för kravställning och uppföljning av LOV-avtal, utvecklingsledare och systemförvaltare inom socialförvaltningen, digitaliseringschef inom vård- och omsorg, socialchef tillsammans med kvalitetsansvarig, verksamhetschef inom vård- och omsorg, sektionschef LSS inom funktionsstödsförvaltningen, utvecklingschef/biträdande förvaltningschef, avdelningschef för myndighet och kommunal omsorg inom omsorgsförvaltningen, enhetschef ledning och omsorg, socialchef, e-strateg inom socialförvaltningen samt verksamhetschef för kvalitet och utveckling.

Kommunens krav på privata utförare

Privata utförare ska använda den teknik som kommunen tillhandahåller

Det ser olika ut angående vilka krav kommunerna ställer på privata utförare angående användandet välfärdsteknik. Flera intervjupersoner menar att privata utförare ska använda den teknik som kommunen tillhandahåller och att de ska följa kommunens riktlinjer. Exempel på teknik som kommunerna tillhandahåller är kameratillsyn inom äldreomsorgen och larm, trygghetsskapande teknik som sensorer i den enskildes bostad, inkontinenssensorer, GPS-larm, digitala läkemedelskåp, elektronisk fakturering, wifi på boenden, mobiler och datorer för dokumentation. Kravet på teknik är kopplat till brukaren som väljer vilken teknik som ska användas, exempelvis appar.

Kunskap och kompetens

I hälften av kommunerna finns inga särskilda krav på att privata utförare ska ha digital kompetens. I två kommuner ställs det samma krav på privata och kommunala utförare och i två andra kommuner ska de privata utförarna ha kunskap om digital dokumentation och digitala verksamhetssystem. I en kommun finns det krav på kvalitetsarbete för att utveckla digitalisering, något som kommunen kan följa i avtalsuppföljningar. I en annan kommun finns det krav på att arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska hålla sig uppdaterade och omvärldsbevaka digitala lösningar.

Styrande dokument/policydokument

I hälften av kommunerna finns det inte styrande dokument som privata utförare ska förhålla sig till. I fyra kommuner ska de privata följa kommunens direktiv och styrande dokument, men dessa är inte direkt kopplade till digitalisering medan i en annan kommun finns det styrande dokument som avser e-hälsa. Kommunerna ställer inte krav att de privata utförarna ska ha egna styrande dokument för digital utveckling. Några kommuner ställer krav på att de privata utförarna har egna ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Kommunens stöd till privata utförare

Samarbete kring det digitala utvecklingsarbetet

Några kommuner menar att de privata utförarna inte inbjuds att delta i digitaliseringsprojekt, men att det förs dialog och att de kan komma med förslag och synpunkter på utvecklingsarbetet.

Utbildning och information

I intervjuerna ställdes frågan om privata utförare får ta del av utbildningsinsatser och information från kommunen. Cirka hälften av kommunerna uppger att privata utförare får ta del av utbildningsinsatser och information som kommunen ger. Några kommuner erbjuder första linjens support och utbildning till baspersonal och chefer i verksamhetssystem och när det införs ny teknik erbjuds utbildning med leverantören. I en kommun ges utbildning på

samma sätt som till kommunala utförare och de privata utförarna har tillgång till användarsupport. I en annan kommun bjuds LOV-företagen in till utbildningar gällande till exempel implementering av digitala lås. I några kommuner gäller det vid vissa insatser och en intervjuperson säger att de samarbetar och har gemensamma aktiviteter när kommunen får statsbidrag. Gode män och ställföreträdare får utbildning i e-tjänster för rapportering säger en intervjuperson och en annan menar att det inte är så mycket utbildning, mer informationsvisning, och vid nyheter bjuds personalen in. Vid webbutbildningar skickar de filmer till det privata boendet som finns i kommunen.

Rätt information och kunskap

Kommunerna säkerställer att privata utförare har rätt information och kunskap bland annat genom kommunens verksamhetssystem, att det finns ett rättssäkert system, krav vid upphandlingar och vid uppföljningar av avtal samt genom inbyggda kontrollmoment i ledningssystem. De privata utförarna tänker sällan på informationssäkerheten i nya verktyg menar en intervjuperson. I en kommun utbildas privata utförare i den teknik som det finns krav på att de ska använda. Kommunförbundet följer upp de privata i en region, till exempel tittar de på om utförare har digitala dokumentationssystem. Alla styrdokument i kommunen finns publicerade digitalt, så de är tillgängliga även för de privata utförarna, säger en intervjuperson.

Support

Ungefär hälften av kommunerna menar att de privata utförarna får samma support som de kommunala. Några menar att privata utförare får support från kommunen när de använder sådan teknik som kommunen har upphandlat support för, till exempel lås och planeringssystem eller plattform för trygghetsskapande system. De privata har egen support för den teknik som de själva köper in.

Dokumentera i egna system eller i kommunens

I fem av kommunerna har de privata utförarna tillgång till kommunens dokumentationssystem och ska dokumentera i detta. Fem av intervjupersonerna uppger att privata utförare inte har tillgång till kommunens dokumentationssystem. På frågan om kommunen har tillgång till privata utförares dokumentationssystem svarar sju intervjupersoner nej och tre personer svarar ja. I fem kommuner uppges att privata utförare ska rapportera in KVÅ och ICF till kommunen och fyra svarar att det inte finns sådana krav. I en kommun har boendet en begränsad tillgång till kommunens dokumentation om beslut medan kommunen har tillgång till boendets anteckningar.

Hur kommunen följer upp informationssäkerhet

Vid intervjuerna ställdes frågan hur kommunerna följer upp privata utförares informationssäkerhet. I en kommun uppger intervjupersonen att det inte följs upp och en annan person kan inte svara på detta. I övriga kommuner kräver man att privata utförare använder säkra inloggnings i verksamhetssystem

och andra system. Det som uppges är tvåfaktorsinloggning till kommunens verksamhetssystem, loggkontroller och behörighetskontroller, engångslösenord till olika system, SITHS-kort för sjuksköterskor som använder NPÖ, tre-stegsinloggning med SITHS-kort. Kommunerna har också GDPR-avtal och personuppgiftsbiträdesavtal (PUB-avtal) med de privata utförarna. I en kommun använder de KLASSA för att göra riskbedömningar vilket såväl kommunala som privata utförare omfattas av.

Utvecklingsarbete kring e-hälsa och välfärdsteknik

I intervjuerna ställdes frågor om de privata utförarna involverades i kommunens utvecklingsarbete. Några av kommunerna menade att det inte pågår något systematiskt utvecklingsarbete. Det har införts digitala verktyg inom olika delar av verksamheten, t.ex. digital nyckelhantering och medicinfördelare. Detta har dock varit i form av fristående projekt och de privata utförarna har inte inbjudits i dessa arbeten. I andra kommuner har man lyssnat till synpunkter från privata utförare. Detta har varit idéer om vilken typ av teknik kommunen skulle kunna införa. I ytterligare några kommuner har förvaltningsledningen inbjudit privata utförare att delta i utvecklingsarbetet på samma villkor som kommunens egna utförarverksamheter. Dessa kommuner menar att det är viktigt att ta med utförarverksamheterna i allt utvecklingsarbete som berör dem, privata såväl som kommunala.

Intervjustudien i sammandrag

Sammanfattningsvis kan sägas utifrån denna intervjustudie att det varierar bland kommunerna vilka krav som ställs på privata utförare angående välfärdsteknik, kunskap och kompetens. Det varierar också i vilken utsträckning, kommunen erbjuder privata utförare stöd, teknisk support och utbildningsinsatser.

Ersättningen skiljer sig inte beroende av om privata utförare gör insatser digitalt eller fysiskt. Det är andra faktorer som styr ersättningen som typ av insats, ersättning per tid eller om det är en tätorts- eller landsortskommun.

Det varierar bland kommunerna vilka krav de ställer på privata utförare. När det handlar om krav på teknik så är det vanligaste svaret att privata utförare ska dokumentera i kommunernas verksamhetssystem. Andra vanliga krav är att de privata utförarna ska använda den teknik som kommunen upphandlar och tillhandahåller.

I hälften av kommunerna ställs inga särskilda krav på privata utförarens kompetens inom digitalisering. I några kommuner omfattas privata och kommunala utförare av samma krav. En kommun ställer kravet att det ska finnas ett kvalitetsarbete för digitaliseringen som kommunen kan följa i avtalsuppföljningar.

Utbildnings- och informationsinsatser erbjuds privata utförare i cirka hälften av kommunerna, och i de flesta fall handlar det om ny specifik teknik som införts. Utförare får utbildning för system eller teknik som kommunen

har upphandlat. Kommunerna säkerställer att privata utförare har rätt kunskap och information genom kommunernas verksamhetssystem, rättssäkra system, krav vid upphandlingar och uppföljningar av avtal samt genom inbyggda kontrollmoment i ledningssystem. I hälften av kommunerna erbjuds support till privata utförare för teknik som kommunen har upphandlat.

När det handlar om dokumentation så är det vanligaste att privata utförare ska dokumentera i kommunens verksamhetssystem och i några fall ska de dokumentera i egna system.

Kommunerna ställer krav på privata utförares informationssäkerhet främst genom krav på säkra inloggningar i verksamhetssystem och andra system.

En mindre andel av kommunerna uppger att privata utförare inkluderas i kommunens utvecklingsarbete kring e-hälsa och välfärdsteknik. Vid några intervjuer framkommer att det inte pågår så mycket utvecklingsarbete.

Jämförelser med tidigare intervjustudier

I en annan intervjustudie som Socialstyrelsen genomförde med privata utförare under våren 2020 inom funktionshinderområdet, framgick att privata utförare sällan inkluderas i kommunernas utvecklingsarbete kring e-hälsa och välfärdsteknik, även om detta varierar bland kommunerna. I vissa fall har kommunerna inte alltid kommit så långt i sitt utvecklingsarbete kring e-hälsa och välfärdsteknik, och de har inte uttryckt särskilda krav på välfärdsteknik vid upphandlingar.

Liknande resultat framkom vid en intervjustudie som Socialstyrelsen genomförde 2019 med privata utförare inom äldreomsorgen. Tillgången till och användningen av teknik i privata omsorgsföretag varierar och är avhängig kommunernas krav i upphandlingar och avtal. Kraven omfattar vanligen dokumentation i kommunens verksamhetssystem och att de privata företagen har hårdvara och licenser för att uppfylla dessa krav. Intervjustudien pekade vidare på att kommunerna inte ställer krav på välfärdsteknik i upphandlingar och avtal och att utförarnas användning av välfärdsteknik som är till för enskilda är begränsad.

Sammantaget visar de tre intervjustudierna att kommunerna sällan involverar de privata utförarna i det digitala utvecklingsarbetet. Det ställs inga tydliga krav på utförarna i avtalen och kommunerna ger ett begränsat stöd. Socialstyrelsen menar att i de fall utvecklingsarbete pågår i kommunerna är det viktigt att alla verksamheter, även privata, involveras i utvecklingsarbetet för att det ska bli framgångsrikt. De som ska använda den nya digitala tekniken i det dagliga arbetet kan ofta ge avgörande kunskap om vilken teknik som fungerar i deras arbete. Att få delta i utvecklingsarbetet ökar också motivationen att införa nya arbetssätt.

Kommunala möjligheter och hinder för digital utveckling

I de intervjuer som genomfördes med 13 kommuner om hur kommunen samarbetar med privata utförare kring e-hälsa och välfärdsteknik, ställdes frågor om vilka framgångsfaktorer och hinder som intervjupersonerna ser för införande av digitala arbetssätt i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården. I denna sammanställning av framgångsfaktorer och hinder har de intervjuade kommunerna i huvudsak gett exempel utifrån de egna förutsättningarna i kommunen och i några fall på regional nivå.

Framgångsfaktorer för digitalisering

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

Att se nyttan och vinsterna med digitalisering

Den framgångsfaktor som flest kommuner lyfter är att kunna se och förstå nyttan och vinsterna med digitalisering, att förstå vinsterna med att arbeta på nya sätt, att såväl den enskilde som personalen har nytta av tekniken. Det är nödvändigt att göra en nyttokalkyl för att beräkna vinsten av digitaliseringen, inte enbart i ekonomiska termer, utan även på andra sätt för verksamheten, de enskilda som får del av kommunens omsorgsinsatser, deras anhöriga och samhället i stort. All vinst kan inte räknas hem på kort sikt utan det kan ta flera år att se vinster från investeringar som görs i ny teknik.

De intervjuade menar att digitalisering är en bra väg att gå för att utveckla socialtjänstens insatser och att digitaliseringen är ett måste för att möta den demografiska utvecklingen som kräver förändringar. Det kommer inte att vara möjligt att rekrytera personal som ska möta ökningen av äldre personer som behöver vård och omsorg.

Intresse och vilja till förändring på alla nivåer

I flera av intervjuerna lyfts betydelsen av att nämnder och politiker är intresserade och ser digitalisering som viktig, att de är drivande och vill satsa på digitalisering. Medarbetares intresse för digital teknik är också viktigt, att det finns en efterfrågan på digitalt stöd, innovation och medarbetare som föreslår nya lösningar. De som är nya i socialtjänsten tycker ofta att det är spännande och vill arbeta med digitalisering, även personer i ledande ställning. Det finns också äldre personer som är intresserade av digital utveckling och vill testa den teknik som finns.

Samverkan

Flera intervjupersoner menar att det är viktigt att få med alla nivåer i kommunen, personalen, chefer och politiker, att inkludera alla och inte göra det till

en liten grupp. Samverkan är viktigt, att hjälpas åt och att i verksamheter jobba för vinster för alla. En intervjuperson menar att pandemin har ökat samarbetet då de har tvingats att snabbt nå resultat.

Kunskap om digitalisering och kompetens

Kunskap om digital teknik och kompetens hos chefer och personal är en framgångsfaktor menar flera av intervjupersonerna. I en kommun har alla chefer fått en 2,5 dagars utbildning i verksamhetsutveckling med digitala förtecken och 700 personer ur personalen har genomgått en webbaserad utbildning om digitala lösningar, hot och möjligheter. En högskola stod för utbildningen. Även digitaliseringsombud har utbildats med uppgift att stötta chefer och personal i den tekniska utvecklingen. Dessa tjänster innebär en intern karriär för de som utbildat sig till digitaliseringsombud.

Styrande dokument för införandet av digital teknik

Flera intervjupersoner lyfter fram att det är viktigt att den digitala utvecklingen ska vara framgångsrik är det viktigt att det finns styrande dokument för införandet av digital teknik. Det kan vara utvecklingskartor, handlingsplaner med angivna mål för digitalisering som följs upp årligen.

Teknik som är enkel att använda och är lättillgänglig

En annan framgångsfaktor är att tekniken är enkel att installera och är användbar. I en kommun är en chattbot under införande för att snabbt kunna ge stöd till personalen, exempelvis felanmälningar och information om hygienrutiner. Chattboten ska kunna ge snabba svar eller hänvisa till rätt dokument.

Samverkan och samarbete

Samverkan inom kommunen och mellan kommuner beskrivs som en viktig framgångsfaktor. I Västerbotten till exempel ingår tio kommuner, R10, som försöker göra gemensam upphandling och arbeta med kompetensfrågor. De har gjort en gemensam upphandling om verksamhetssystem och de hjälps åt med gemensamma mallar.

En intervjuperson menar att det behövs funktioner som inte bara driver projekt i en kommun utan är en sambandscentral för flera kommuner alternativt för alla kommuner i regionen. Personen kan vara anställd i regionen, SKR eller en myndighet.

Hinder för digitalisering

I intervjuerna efterfrågades också vilka hinder intervjupersonerna ser för att införa digital teknik i socialtjänsten och den kommunals hälso- och sjukvården. Hinder för digitalisering som identifierades i intervjuerna var följande:

Brist på kompetens

Brist på kompetens i välfärdsteknik och digitala arbetssätt menar flera intervjupersoner är ett hinder. Kunskapen behöver fram för allt finnas på ledningsnivå där de strategiska besluten tas och där man kan avsätta medel för utvecklingsarbetet. I en kommun anställdes en person med kunskap om it och

automatisering som kunde identifiera 15 processer som kunde automatiseras, vilket inte den tidigare chefen hade kunnat göra. Det kan också handla om att målgrupper och en grupp av personal inte är bekväma med digitala arbetsätt. Utvecklingen av digital teknik går så snabbt att personalen inte alltid hänger med säger en annan intervjuperson och menar att det behövs kontinuerliga utbildningsinsatser.

Den digitala utvecklingen ställer krav på förändringsledning vilket inte är självklart i många kommuner. En intervjuperson menade att man inte kan lägga välfärdstekniken ovanpå det gamla arbetsättet utan att ställa om. Hen menar att ”Vi måste göra rätt saker. Det är inte bara att sätta in tekniska saker utan det behöver göras nyttoanalyser. Det är en utmaning att få ihop tänket att socialt arbete innebär en integration av fysiska och digitala insatser.

Ekonomi, organisation och personalresurser

Ekonomi kan upplevas som ett hinder för digitalisering. Det är mycket annat som ska prioriteras och kommunerna avsätter inte alltid särskilda medel för utvecklingsarbetet.

Kommuner går ibland miste om statsbidrag som ställs till förfogande på grund av bristande organisation och omvärldskunskap. En intervjuperson säger att när det ibland handlar om snabba pengar som exempelvis statsbidrag, så är det svårt att veta vad de ska satsa på.

I några kommuner lyfts också bristande personalresurser som hinder. I små kommuner kan det vara en person på en tjänst, och utrymmet för utveckling är ofta beroende av enskilda individers förmåga. Under pandemin har bristen på personal varit ett hinder för att arbeta med digital utveckling menar en intervjuperson. Under pandemin har de inte fått utrymme att arbeta med digitalisering, då de har behövts i omsorgen med andra uppgifter.

Informationssäkerhet

Några intervjupersoner beskriver informationssäkerheten som ett hinder. I en kommun var det i början problem med sekretess, att andra kunde ta sig in i deras videosamtal. För vissa former av möten är det svårt och det finns problem med känslig information när det är olika verksamheter. Vid arbete hemifrån uppstår risker som exempelvis att röja uppgifter.

Otillräckligt it-stöd

Bristande samarbete med kommunens it-avdelning beskrivs som ett hinder för den digitala utvecklingen. En intervjuperson menar att förvaltningen inte har fått någon hjälp från kommunens it-avdelning och har därför fått gå sin egen väg för att utveckla de digitala arbetsätten. I en annan kommun beskrivs att de är två kommuner som ska samsas om it-stödet, att de är sårbara och frågan blir vems behov som ska gå först.

Svag uppkoppling och dålig täckning

Det behövs snabba kanaler och då är problem med täckning ett hinder, att kommunen inte når ut via mobila nät överallt menar en intervjuperson – när vi blir mer digitaliserade gäller det att det finns tillgång till uppkopplingar och bredband.

Pandemins påverkan på den digitala utvecklingen

Denna analys baseras på intervjuer med ett urval om totalt 26 kommuner under november 2020 – februari 2021, resultaten från den årliga enkäten till kommunerna om utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik och uppföljningen av de stimulansmedel som regeringen gett till kommunerna för att stödja den digitala utvecklingen inom äldreomsorgen.

Analysen visar att kommunerna både har sett en ökande användning av digitalt stöd under pandemin och upplevt att utvecklingen och implementeringen av ny teknik till viss del har pausats. Redan befintliga system, i synnerhet för digitala möten, har kommit till användning medan utveckling och upphandlingar av nya system inte har kunnat genomföras då pandemin krävt att personalen fokuserat på insatser för att minska smittspridningen.

Digitala möten har ökat

Majoriteten av de intervjuade kommunerna menar att pandemin på olika sätt har påskyndat den digitala utvecklingen. En kommun säger att digitaliseringen har prioriterats för att möta utmaningarna med pandemin. Flera påpekar dock att det ofta inte handlar om att kommunen köpt in ny teknik utan att man använder den redan befintliga tekniken mer.

Möten för personalen

Den teknik som har ökat mest i användning är digitala möten för personalen. De flesta intervjuade kommunerna hade sedan tidigare tillgång till tekniken men den användes sällan. Fler personalgrupper använder digitala möten, både i myndighetsutövningen och i utförarorganisationen. En kommun beskriver det som att ”Vi hade tekniken på plats så det var bara att skala upp”. En annan kommun säger: ”Fördelen med coronan är att den har tvingat fram en utveckling av framförallt digitala möten. Det förekom tidigare men det var inte förstahandsvalet.” I takt med att många personalgrupper fått arbeta hemifrån har behovet av digitala mötesformer ökat. Ytterligare en kommun säger ”Vår personal har tvingats acceptera digitala möten som vardag och har snabbt lärt sig både teknik och programvaror på ett sätt som sannolikt inte skett utan den påbjudna situationen”.

De digitala mötesformerna används för många typer av möten. Det kan handla om mindre möten med endast ett par personer eller en mindre grupp, även medarbetarsamtal och lönesamtal samt större möten för hela personalgrupper, t.ex. APT och utbildningar som tidigare gavs i fysisk form möts nu digitalt.

Digitala utbildningar och möten med andra aktörer

De digitala utbildningarna handlar dels om den digitala tekniken, alltså en direkt följd av den ökande användningen av digital teknik men också andra teman. De digitala mötesformerna sträcker sig också till andra aktörer utanför kommunen. Kommuner har till exempel uppföljningar med privata utförare via digitala mötesformer. Det kan handla om hemtjänstföretag och särskilda boenden för äldre.

Samordnad individuell plan med video

Användningen av videokonferenser för samordnad individuell plan (SIP) har ökat. Vid dessa finns som regel kommunens biståndsbedömare, den enskilde, anhöriga och företrädare för sjukhus eller primärvård närvarande.

Digitala möten för invånare

Pandemin med påföljande besöksförbud på boenden har inneburit att kommunerna har fått arbeta med att motverka isolering för de äldre. De har bland annat infört teknik för digital kommunikation. För att möjliggöra detta har kommuner bland annat infört wifi i särskilda boenden och köpt in surfplattor som ska möjliggöra videosamtal.

Någon kommun beskriver att digitala möten länge har varit efterfrågat från unga personer som varit i kontakt med socialtjänsten. Några kommuner nämner att de använder Giraffen. Detta är en robot med en läsplatta för digital kommunikation som används i särskilda boenden för äldre i flera kommuner. En kommun säger att ”Vi använde knappt Giraffen innan men nu hittade vi ett användningsområde”.

Digitala möten kräver säkra inloggningar

Flera kommuner beskriver att de har utrustat fler personalgrupper med utrustning försäkra inloggningar, tvåfaktorsautentisering, för att göra det möjligt att arbeta hemifrån och hantera känsliga personuppgifter vid distansarbetet.

Flera kommuner beskriver att de har infört en tjänst för säkra digitala möten. Denna används vid biståndsansökningar, SIP-möten med video och annan kommunikation mellan kommunens handläggare eller personal i utförarorganisationen tillsammans med enskilda brukare och klienter.

Annan digital teknik och digitala arbetssätt

- De intervjuade kommunerna befann sig i olika situationer när det gäller digital teknik före pandemin och hade infört digital teknik i olika omfattning. Flera av kommunerna beskriver att de till följd av pandemin har infört olika former av digital teknik för att förbättra personalens arbetsmiljö och för att förbättra trygghet, självständighet och deltagande för enskilda och brukare. Det handlar om exempelvis Digitala SIP-möten
- Surfplattor för brukare
- Digital signering av HSL-insatser
- Utrustning för digital nattillsyn

- Laptops och surfplattor för personalen
- Storbildsskärmar för de boende på särskilda boenden
- Storbildsskärmar och konferensutrustning för personalgrupper
- Avtal med livsmedelshandlare för digitala inköp

Pandemin har bromsat utvecklingsarbetet

Något fler än hälften av de intervjuade kommunerna menar att det digitala utvecklingsarbetet har fått stå tillbaka under pandemin. I enkäten har flera kommuner kommenterat att utvecklings- och implementeringsarbete har reducerats eller legat nere i kommunen till följd av pandemin. Delar av den pågående digitaliseringen har fått skjutas på framtiden då arbetet med att hindra smittspridning och andra insatser till följd av pandemin har tagit stora resurser i anspråk. Kommunerna har fått fokusera på att klara av den dagliga driften samtidigt som man infört restriktioner och skyddsåtgärder mot smittspridningen. Framförallt handlar det om större och resurskrävande projekt som fått stå tillbaka som till exempel. byte av verksamhetssystem, upphandling av nya teknikersystem och införande av e-tjänster. I vissa kommuner har man tidigare genomfört upphandlingar men har på grund av pandemin inte kunnat implementera tekniken då detta har krävt större omställningar i organisationen och utbildningsinsatser som dessa kommuner inte har kunnat genomföra under rådande pandemi. Kommuner har också ställt in andra utbildningsinsatser för personalen på grund av restriktionerna för fysiska möten och arbetsbelastningen för baspersonalen. En kommun skulle införa digitala signeringslistor men kunde inte göra detta då det inte varit möjligt att vara på plats och introducera tjänsten för den personal som skulle använda den. De bedömde att det inte var möjligt att göra detta digitalt.

En kommun som har en visningslokal för digital teknik har stängt denna för fysiska besök. Den har tidigare varit öppen för allmänheten och för kommunens personal. Kommunen ger istället digitala visningar.

Några kommuner har också haft svårigheter med leveranser av upphandlad teknik, t.ex nya bärbara datorer. Installation av teknik och wifi på särskilda boenden har ibland inte kunnat genomföras då teknikerna inte haft tillträde på grund av besöksförbud.

Flera kommuner rapporterar att äldre personer har av sagt sig serviceinsatser i hemtjänsten under pandemin då de inte har velat riskera att bli smittade av personal. I någon kommun har man tillfälligt ersatt serviceinsatserna med tätare telefon- och videomöten.

En faktor som bidragit till att bromsa utvecklingsarbetet är att i flera kommuner har personal som annars arbetar med digital utveckling fått andra uppgifter under pandemin, t.ex. att ansvara för inköp av skyddsutrustning.

Effekter för organisationen

Den ökade användningen av digital teknik har fått effekter på kommunens verksamheter. De flesta beskriver det som ökad effektivitet. Att man har bytt ut många fysiska möten mot digitala har lett till att man sparar restid. Någon

intervjuperson menar att digitala möten är mer effektiva, de är i regel kortare och man kommer snabbare fram till beslut än vid fysiska möten.

Flera kommuner beskriver att kommun- och förvaltningsledning har tagit ett tydligt ledaransvar, ställt resurser till förfogande och angett inriktningen för digitaliseringen. Detta har lett till att digitaliseringsarbetet har påskyndats. Det har varit kortare vägar mellan projektidéer, beslut i nämnder och förvaltningsledningar och implementering av den nya tekniken. Kommunerna beskriver att det tidigare tagit lång tid när man ville införa någon ny teknik. Det ska i normala fall utredas och testas i pilotprojekt vilket kan ta lång tid. Många pilotprojekt blir dessutom inte verklighet i ordinarie drift.

It-avdelningar har fått en tydligare roll. I takt med att allt mer fokus har hamnat på de digitala verktygen och arbetssätten har it-samordnare och it-enheter blivit mer efterfrågade och fått en tydligare roll i socialtjänsten då deras tjänster efterfrågas i högre omfattning. Det har tidigare i många kommuner funnits en brist på kommunikation mellan socialtjänst och it-avdelning. Socialtjänstens personal har saknat stöd i utvecklingsarbetet och it-avdelningar har uttryckt att deras tjänster inte har efterfrågats.

I någon kommun beskriver intervjupersonerna att det uppstått bra dialoger om när och hur de ska använda digitala arbetssätt, och när de inte ska göra det. Den nya tekniken har framtvingat en ny medvetenhet om hur de bedriver det sociala arbetet, vilka metoder som är bra och vilka mötesformer som är lämpliga för olika grupper och individer. Unga klienter inom kommunens individ- och familjeomsorg har länge efterfrågat möjligheter att få möta sin socialarbetare digitalt, vilket tidigare har mötts med tveksamhet ifrån socialtjänsten. Då kommunerna har digitaliserat sina mötesformer till följd av pandemin har många av dessa önskemål kunnat tillmötesgå.

En kommun som har utvecklat verktyg för verksamhetsstatistik har konstaterat att de har sett färre sjukskrivningar under pandemin. Det faktum att många arbetat hemifrån har gjort att personer med lindriga symptom har kunnat fortsätta arbeta hemifrån. Tidigare hade de troligen sjukskrivit sig.

Administrativ personal och personal som arbetar nära brukarna har blivit tvungna att vänja sig vid digitala arbetssätt.

Effekter för personalen

Pandemin har inneburit att personalen lärt sig att arbeta på nya sätt, mer digitalt. Många har sedan tidigare efterfrågat detta medan andra har varit tveksamma till att arbeta digitalt. Det har varit utmanande för viss personal som har fått lära sig att hantera nya digitala verktyg och bli trygga med dessa.

Positiva effekter

En kommun beskriver att en effekt av de nya digitala arbetssätten är att personalen fått mer tillgång till chefer och stödfunktioner i kommunen då det är lättare att få till digitala möten än fysiska möten. De digitala mötesformerna har också inneburit att personalen inte har behövt resa för att delta i möten i organisationen eller med brukare eller klienter.

Flera personalgrupper, exempelvis socialsekreterare och biståndshandläggare har i ökande utsträckning varit tvungna att arbeta på distans. Detta har i

huvudsak tagits emot positivt dels för att man har kunnat fortsätta sitt arbete på ett smittsäkert sätt och dels för att det gett möjlighet till ett mer flexibelt arbetssätt. En av de intervjuade cheferna tror att det kommer att bli mer vanligt med distansarbete även när covid-19 inte kräver det.

Flera personalgrupper, inte minst de som arbetar i utförarorganisationen, undersköterskor med flera, men även handläggare, har på kort tid varit tvungna att ställa om till ett mer digitalt arbetssätt. Detta har inneburit en kompetensutveckling vilket upplevts som utmanande av vissa men också stimulerande och positivt av många.

Negativa effekter

En effekt av att många arbetar hemifrån och att de är hänvisade till digitala möten är att de spontana mötena mellan kollegor minskar. Fysiska möten bidrar ofta till ett positivt arbetsklimat och dessa har nu minskat i takt med att allt fler möten sker digitalt.

Den digitala omställningen till följd av pandemin har inneburit utmaningar för delar av personalen. Det handlar i huvudsak om personal i utförarorganisationen som inte tidigare varit vana att hantera digitala verktyg och som varit tvungna att på kort tid lära sig nya sätt att kommunicera och arbeta.

Effekter för enskilda

Många särskilda boenden stängde under våren 2020 för besökare. Detta försvårade kontakterna med familj och vänner och många äldre har uttryckt att de upplever att de blivit isolerade. Många kommuner har därför köpt in läsplattor som de äldre kan låna för att kunna möta sina anhöriga och vänner med ett videosamtal. En kommun berättade att de som har anhöriga och vänner på långa avstånd nu har fått tätare kontakt via videomöten på läsplattorna och kan träffas varje dag istället för som förut då det kunde gå lång tid mellan besöken vilket de upplevde som mycket positivt. De äldre har i ökad utsträckning blivit bekväma med tekniken och kan hantera den själva.

Flera av de intervjuade uttrycker att personer med demenssjukdom kan ha svårt att ta till sig tekniken och blir förvirrade av att plötsligt se sina anhöriga i läsplattan och föra ett samtal med dem. Personalen behöver då finnas till hands för att hjälpa den äldre personen vid dessa samtal. Många äldre har dock goda erfarenheter av digital teknik och kan vara ett stöd för personalen i att hantera läsplattorna.

En kommun berättar att på ett boende har de byggt en telefonkiosk i ett demensboende där de boende kan ha samtal med närstående och vänner. De kan då prata i en telefonlur som kopplats till en läsplatta. Detta för att öka igenkänningen för personer med demenssjukdom.

En annan kommun har köpt in ett stort antal läsplattor som lånas ut till personer över 70 år, även till personer som inte bor i särskilda boenden eller har annat stöd från kommunen. De betraktar detta som ett förebyggande arbete då de äldre blir vana att hantera läsplattor vilket kan underlätta för kommunen när dessa personer behöver stöd i framtiden.

Många äldre som har serviceinsatser i form av matinköp, städning med mera men också omsorgsinsatser till exempel i form av tillsynsbesök under

natten i hemmet har av sagt sig detta på grund av riskerna för smittspridning. Kommunerna har då kunnat erbjuda nya tjänster i form av matinköp med mera. Den enskilde kan beställa hem matvaror via nätet från en lokal livsmedelsbutik. Fler äldre i behov av tillsyn nattetid har kunnat få detta i form av digital tillsyn via en webbkamera eller sensorer i den egna bostaden.

Flera kommuner har infört möjligheter till säkra digitala möten mellan handläggare och biståndssökande. En kommun har gjort en utvärdering av tjänsten och de som använt den är positiva. Den har varit särskilt populär bland personer inom funktionshinderområdet. Många i den målgruppen är vana att använda digital kommunikation och de har mycket att vinna på att slippa de risker för smitta som det innebär att möta handläggare öga mot öga eller att sitta i ett väntrum på socialkontoret. Även yngre personer som har kontakt med kommunens individ- och familjeomsorg har uttryckt uppskattning över att kunna möta sin socialarbetare digitalt.

En tjänst som har blivit allt vanligare i kommunerna är att kunna ansöka om ekonomiskt bistånd via kommunens webbplats. Den enskilde behöver då inte uppsöka socialkontoret. Någon kommun uttrycker att denna tjänst har underlättat det smittförebyggande arbetet då färre fysiska möten genomförs i handläggningen av ekonomiskt bistånd.

En kommun som infört e-tjänster till följd av pandemin menar att detta har lett till att enskilda inom verksamheterna för barn och unga och ekonomiskt bistånd har fått bättre tillgänglighet till socialtjänsten. Detta är dock inte fallet för äldre. Däremot har äldre som fått tillgång till läsplattor uppskattat att man har kunnat upprätthålla sociala kontakter.

Statliga stimulansmedel för 2020

Regeringen och SKR har ingått en överenskommelse som syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering – Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus [5]. Överenskommelsen är treårig och gäller för åren 2020–2022. Den omfattade totalt 200 miljoner kronor under 2020. Av dessa gick 183,7 miljoner kronor till kommunerna varav 168,7 miljoner kronor som kommunerna kunde rekvirera från Kammarkollegiet och 15 miljoner kronor till 10 modellkommuner²⁰. SKR erhöll 16,3 miljoner kronor till stödfunktionen/kompetenscentret och till arbetet med säker digital kommunikation. Av överenskommelsen framgår att de kommuner som rekvirerar stimulansmedlen förbinder sig att besvara Socialstyrelsens enkät.

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2020 i uppdrag att redovisa och analysera resultaten av regeringens aviserade satsning på att stödja kommunala investeringar i tekniska lösningar. Socialstyrelsen ska vidare redovisa vilka kommuner som svarat på enkäten till Kammarkollegiet senast 31 mars 2021²¹.

Det var 22 kommuner som inte rekvirerade dessa medel och för dessa var det frivilligt att besvara enkäten. Det var 19 av dessa 22 kommuner som besvarade enkäten. Av de 268 kommuner som hade rekvirerat medlen var det två som inte besvarade enkäten.

Tabell 30. Redovisning av stimulansmedel

Antal kommuner som rekvirerat stimulansmedel	268
Rekvirerade stimulansmedel (kronor):	159 429 726
Förbrukade medel	146 188 959
Kvarstående medel (kronor):	12 740 767

42 kommuner angav att pandemin och brist på tid och personal var det huvudsakliga skälet till att man inte hunnit förbruka medlen och 30 kommuner angav andra skäl. Det kan handla om att personalen fått ägna tid åt att hålla den ordinarie verksamheten uppe och har fått andra uppgifter i krisledning eller att ansvara för inköp av skyddsutrustning. Personal med ansvar för utvecklingsfrågor har också insjuknat i covid-19.

Några kommuner menar att det har varit omsättning på personal i ledningen och man har haft svårigheter att bemanna strategiska utvecklings-tjänster. Detta är faktorer som inte alltid varit relaterade till pandemin. Andra förklaringar till att kommuner inte har förbrukat hela bidraget är att inköpen blivit billigare än förväntat, kommunerna har inte haft hela kostnadsbilden klar när de gjort sina beställningar, inköpsprocessen tog längre tid än förväntat och man hann därför inte förbruka allt under året eller att man inte hittade

²⁰ De 10 modellkommunerna är Borås, Eskilstuna, Grästorp, Kalmar, Karlstad, Kramfors, Lund, Skellefteå, Uddevalla och Övertorneå

²¹ Socialstyrelsens diarienummer: 5271/2018-22

rätt produkter och några kommuner hade problem med leveranser. I några kommuner hade informationen om stimulansmedlen inte nått fram till rätt person eller enhet förrän ganska sent under året. De hade därför begränsat med tid att förbruka dem.

För de kommuner som överhuvud taget inte hade rekviderat medel var informationsbrist i flera fall förklaringen. Den person eller enhet som skulle kunna göra rekvisitionen kände inte till stimulansmedlen.

Syftet med satsningen

Kommunerna kunde i enkäten ange vilket eller vilka syften de hade med stimulansmedlen. Det alternativ som flest kommuner valde var ökad trygghet och säkerhet för individerna, 79 procent, och kvalitet i verksamheterna, 77 procent. Inriktningen var således kommunen som organisation och personalen samt individerna i äldreomsorgen samt i viss mån deras anhöriga.

Tabell 31. Syftet med satsningen som kommunerna gjorde

Flera svar kunde anges

Syfte med satsningen	Antal kommuner	Andel kommuner i %
Ökad trygghet/säkerhet för individen	203	79
Kvalitetshöjning i verksamheter	198	77
Förbättrad arbetsmiljö för personal inom äldreomsorgen	196	76
Tid- och resursbesparingar inom kommunen	161	62
Ökad livskvalitet för individen	156	60
Ökad självständighet för individen	137	53
Ökad delaktighet för individen	130	50
Ökad trygghet/säkerhet för närstående	113	44
Kompetenshöjning för personal inom kommunen kring välfärdsteknik	106	41
Annat	14	5

Det var 14 kommuner (5 procent) som uppgav att de hade andra syften med stimulansmedlen. De svarade så här på frågan om vad andra syften var

- ökad informationssäkerhet
- ökad digital tillgänglighet för äldre samt bättre informationshantering
- utveckla Timecare
- teknik och infrastruktur
- förbättra infrastruktur för befintlig och framtida välfärdsteknik för att nå samtliga ovan angivna syften
- skapa en bra grund för fortsatt utvecklingsarbete inom välfärdsteknik och digitalisering inom äldreomsorgen
- resurser för implementering, förvaltning och utveckling av välfärdsteknik
- att minska känslan av ensamhet
- kartläggning av processer och rutiner. Projekt att flytta processbeskrivningar och rutiner mellan plattformar
- läsplattor – för att ingå i samhällets digitalisering
- införandet av APPVA
- höja den digitala kompetensen inom verksamheterna

- göra arbetet mer intressant för baspersonal
- digital nyckelhantering.

Stimulansmedlen har använts i äldreomsorgen för insatser i ordinärt boende, i särskilda boenden för äldre och i den kommunala hälso- och sjukvården. Se tabell 32.

Tabell 32. Verksamheter där har kommunerna använt stimulansmedlen

Verksamheter	Antal kommuner	Andel kommuner i %
Äldreomsorgen, ordinärt boende	221	86
Äldreomsorg, särskilda boenden	217	84
Kommunal hälso- och sjukvård	143	55
Annat, ange vad...	25	10

Ett mindre antal kommuner angav i fritextsvaren att de använt medlen i andra verksamheter än de som angavs i frågan. Det var tio kommuner som hade använt medlen i LSS-verksamheter och två i socialpsykiatri. Nio kommuner hade använt medlen inom övergripande förvaltning och handläggning, exempelvis till informationsverksamhet och en kommun finansierade del av lön för en metodstödare inom väldfärdsteknik och digitalisering. En kommun uppgav att de gett medel till pensionärsorganisationer och en hade gett stöd till ett privat drivet särskilt boende. Andra generella insatser var att iordningsställa en visningslägenhet för väldfärdsteknik och generella hälsobefrämjande insatser.

Ett spektrum av aktiviteter och investeringar i kommunerna

De vanligast förekommande satsningarna som har genomförts i kommunerna är anskaffning av läsplattor och smarta telefoner för att enskilda ska kunna kommunicera med anhöriga, vänner och personal i kommunen. Läsplattorna används även till påminnelser och fysisk och kognitiv träning. Annan teknik som medlen har använts till är utrustning och system för digital kommunikation. Detta torde överlappa med läsplattor och mobiler. Det är alltså en förhållandevis stor andel kommuner som har använt medlen till kommunikationslösningar. Se tabell 33. Det var 107 kommuner (41 procent) som angav att de (också) hade satsat på annat än de fördefinierade svarsalternativen i frågan.

Tabell 33. Vad medlen har använts till

	Antal kommuner	Andel kommuner i %
Läsplattor, smarta telefoner – för kommunikation, påminnelser, träning m.m. för enskilda	110	43
Digital nattillsyn	81	31
Utrustning eller system för kommunikation mellan enskilda individer och närstående via videosamtal	75	29
Utrustning eller system för mobil journalföring	69	27
Kompetens- och utbildningsinsatser inom välfärdsteknik. Beskriv kompetens och utbildningsinsatserna:	59	23
Utrustning eller system för kommunikation mellan personal och enskilda individer via videosamtal	57	22
Internetuppkoppling (wifi eller kabel) i särskilda boendeformer (tillgänglighet för de boende)	49	19
Digitala lås till hemtjänstmottagarens bostäder/digitala nyckel-gömmor	48	19
Digitala planeringsverktyg, t.ex. schema-planeringssystem för hemtjänstpersonal etc.	48	19
Digitala sällskapsdjur, t.ex. i form av robotkatter	47	18
Digitala trygghetslarm	42	16
Läkemedelsdispenser (medicinrobot, medicinautomat)	37	14
Digital tillsyn under dagen	31	12
GPS-larm	26	10
Utrustning eller system för säker identitet och behörighetsidentifikation	25	10
Appar, t.ex. för minnesövning, eller i annat syfte	24	9
Passiva larm eller sensorer	22	9
Inkontinens-sensorer	7	3
Annat	107	41

De 107 kommuner som angav att de använt stimulansmedlen till annat exemplifierade detta med:

- Digital signering av HSL-insatser 25
- Tover tafel och liknande digitala sällskapsspel 7
- Resursperson för utveckling av välfärdsteknik alternativt stöd till äldre 7
- Virtuellt cykel/Bike around 6
- VR-utrustning 5
- Utrustning för mobil dokumentation 4
- Digitala läkemedelsskåp 4
- Storbildsskärmar till SÄBO 3

- Digitala lås till hemtjänstens brukare 3
- Värmesensorer
- Sjuksköterska i beredskap
- Integration med Senior alert
- E-arkiv
- Valfärdsbibliotek
- Hälsöfrämjande insatser
- Lyfthjälpmedel
- Digitala musikkuddar
- Matbeställning via läsplatta
- Nytt verksamhetssystem
- Matningsrobot
- Joyvest
- Förtätning av datorer och mobiler
- Läkemedelsfördelare
- Digitalt larm på SÄBO
- Digitalt anhörigstöd
- Positioneringslarm
- NPÖ-producent
- Duschrobot
- Intelligent toalett

Ersättning till kommuner för att motverka isolering för äldre med anledning av covid-19

För att motverka konsekvenserna av isolering till följd av pandemin tillförde regeringen 30 miljoner kronor till kommunerna. Medlen skulle användas för digitala lösningar och andra lösningar som syftar till att skapa möjligheter till sociala kontakter. Regeringen skriver i pressmeddelandet från den 18 juni 2020 att det till exempel kan innebära att tillgängliggöra skyddade besöksrum så att anhöriga kan träffas på sätt som inte innebär risker för smittspridning eller att ta in extra personal för att möjliggöra möten med anhöriga utomhus. Det kan också handla om att införskaffa teknisk utrustning för att äldre och anhöriga ska kunna ha kontakt när fysiska besök inte är möjliga. Insatserna ska bidra till att stärka de äldres psykiska välbefinnande och motverka psykisk ohälsa i samband med de restriktioner som följer av virusutbrottet²².

Kommunerna hade möjlighet att rekvirera medlen hos Kammarkollegiet juni – september 2020 utifrån en fastställd fördelningsnyckel. I oktober 2020 utbetalades totalt 25 287 881 kronor till 241 kommuner.

I de intervjuer som genomfördes med kommunerna angående samarbete med privata utförare, ställde Socialstyrelsen också frågan om kommunen har rekvirerat medlen samt hur dessa medel i sådana fall har använts. Intervju personer i elva kommuner svarade att kommunen har tagit del av bidraget och i två kommuner kunde de inte svara. I två av kommunerna som svarade är det sannolikt andra medel som har bekostat insatser och teknik som beskrivs, då vi ser vid en kontroll med utbetalda medel från Kammarkollegiet att dessa inte tagit del av det aktuella bidraget.

I några kommuner har bidraget bland annat använts för inköp av surfplattor till särskilda boenden. En av kommunerna anordnade även kurser för seniorer där personal med pedagogisk utbildning för äldre höll i kurser i att använda surfplattor. I en kommun köptes surfplattor även in för ordinärt boende, där personer 70 år och äldre kan låna läsplattor gratis för att träna på att använda digitala media. Inköp av plexiskärmar till särskilda boenden och för att kunna ta emot besök på ett säkert sätt uppgavs också i några kommuner, liksom inköp av digitala husdjur till särskilda boenden. En av intervju personerna berättar att det till särskilda boenden köptes in en digital gungstol med musik samt en Joy-väst som är kopplad till musik, vilket uppmuntrar till dans och att röra på sig. Vidare uppgavs samordning av aktiviteter med besöksvärdar på boenden, köpta städtjänster för att frigöra undersköterskor för samvaro med äldre. I en kommun utökas grundbemanningen med fem procent under 2020. Andra insatser var samtalsstöd med psykolog, stöttande av

²² Regeringsbeslut Utbetalning av medel till kommunerna för att bidra till att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av spridningen av covid-19, 2020-06-17

ideell förening som handlar mat till de äldre och ger samtalsstöd. En kommun hade samordning med lokala gym där instruktörer besökte boenden. De hade även aktivitetshus och balkonggympa utomhus en gång i veckan. Kommunväxeln har fått medel och informationsmaterial. I en kommun inrättades mini-spa med fotvård och möjlighet att klippa håret, ljusrum och musikrum.

Diskussion

Pandemins påverkan på den digitala utvecklingen

Sverige befinner sig mitt i en pandemi när data samlas in från kommunerna till denna rapport och när rapporten skrivs. I 2020 års rapport skrev Socialstyrelsen att pandemin, redan då, visar på behov av digitalisering i socialtjänsten. Året som har gått har också visat att pandemin har haft effekter på den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. I intervjuer berättar kommunrepresentanterna att pandemin inneburit att införandet av teknik både har snabbats på och pausats. Pandemin har inneburit att kommunerna varit tvungna att ta i bruk digitala lösningar för att klara jobbet. Detta gjordes med hjälp av teknik som man ofta redan hade tillgänglig eller lätt kunde implementera. Pandemin har på andra sätt bromsat utvecklingen. Större upphandlingar och projekt har fått skjutas på framtiden då situationen i många kommuner har inneburit att personal och resurser har fått omfördelas till akuta uppgifter relaterade till pandemin.

Lösningar för digital kommunikation

Samhällets rekommendationer och restriktioner vad gäller större möten, besök i särskilda boenden för äldre och att möta äldre och potentiellt sköra grupper överhuvudtaget har inneburit att socialtjänsten har infört digitala mötesformer där så är möjligt. Det har i enkätsvaren visat sig att användning av video i samordnad individuell planering (SIP) har ökat mellan 2020 och 2021. Detta gäller både sådana konferenser som hålls när en patient ska skrivas ut och tas emot av kommunen och SIP-konferenser som hålls vid andra tillfällen. Det har under flera år varit en trend att allt fler kommuner använder video vid dessa konferenser men i synnerhet SIP-konferenser vid andra tillfällen ser ut att ha ökat mer än tidigare.

Digital natttillsyn har ökat för gruppen äldre i ordinärt boende. En större andel kommuner har infört detta och det har skett en ökning av antalet personer som får digital natttillsyn. Det var i år 3143 personer som hade sådan tillsyn vilket är en ökning med 43 procent i förhållande till 2020. En av flera förklaringar till att antalet personer ökat så kraftigt kan vara att enskilda själva har valt att inte ta emot hemtjänstens personal i sitt hem på grund av smittorisen. Kommunen har då valt att utöva tillsynen med hjälp av digitala medel istället.

Intervjuerna visar också att i takt med att många tjänstemän har skött arbetet på distans har kommunerna börjat använda digitala mötes- och konferenssystem för den interna kommunikationen. Många kommuner har också på kort tid tagit fram lösningar för att kunna kommunicera med enskilda. Vid denna typ av kommunikation krävs lösningar som bevarar den enskildes integritet. Av enkätsvaren visar det sig att andelen kommuner som har infört

säkra kommunikationskanaler med allmänheten har ökat flerfaldigt mellan 2020 och 2021.

Många kommuner har valt att införa biståndsansökningar via en e-tjänst. Detta gäller framförallt ekonomiskt bistånd där det har varit en kraftig uppåt-gående trend under flera år. Trenden har fortsatt under 2020 och det är nu 48 procent av kommunerna som har en sådan e-tjänst. Med en e-tjänst minskas behovet av fysiska möten mellan handläggaren och den enskilde.

Uppföljningen av stimulansmedlen för 2020 visar att kommunerna till stora delar använt medlen till kommunikationslösningar, till exempel inköp av

- läsplattor och smarta mobiler – för kommunikation, påminnelser, träning med mera för enskilda
- utrustning för digital nattillsyn
- utrustning eller system för videokommunikation mellan enskilda och närstående

Socialstyrelsen konstaterar att pandemin har skyndat på en snabb omställning av sättet att kommunicera. Många kommuner ställde på kort tid om till att kommunicera digitalt. Myndigheten menar att kommunerna behöver säkerställa att kommunikationen fungerar, att det finns tillräcklig bandbredd i kommunen, i myndighetsutövningen, i särskilda boenden och andra platser där socialtjänst utförs. Vidare att kommunikationslösningarna är tillförlitliga och anpassade till socialtjänstens målgrupper, inte minst personer med demenssjukdom.

Kommunens storlek spelar roll

För att få en förståelse för resultaten av denna undersökning behöver dessa analyseras vidare. Ett par uppenbara möjligheter är att göra detta utifrån kommunstorlek eller att använda SKR:s kommungruppsindelning. Socialstyrelsen har i år valt att göra en analys med utgångspunkt i kommunens storlek som ett första steg för att hitta faktorer som påverkar kommunernas digitala utveckling.

Socialstyrelsens analys av enkätsvaren visar tydligt att de större kommunerna oftare anger positiva svar på frågorna vilket kan tolkas som att de har kommit längre i den digitala utvecklingen. Detta är särskilt tydligt när det gäller de strategiska frågorna som handlar om planerat införande av digital teknik, systematiskt arbete och informationssäkerhet. Kommuner med 70 000 invånare och mer har högre andel positiva svar i 7 av 10 av dessa frågor. Under socialtjänstfrågorna är trenden densamma men inte lika tydlig. Här avses frågor om e-tjänster, välfärdsteknik, teknik för personalen, säker autentisering och klassifikationer inom socialtjänsten. Kommungruppen upp till 15 000 invånare sticker ut i de två frågor som handlar om stark autentisering för inloggnings. De har oftare säkrat sina system och personalen har i högre utsträckning utrustning för säker autentisering.

I enkäten fanns en avdelning frågor om e-tjänster, välfärdsteknik, teknik för personalen, och klassifikationer inom den kommunala hälso- och sjuk-

vård. Här är det betydligt jämnare mellan kommungrupperna och kommungruppen 15–30 000 invånare har den högsta andelen positiva svar på dessa frågor.

Kommungruppen upp till 15 000 invånare har den lägsta andelen positiva svar i alla frågeavdelningarna och även sammantaget. Detta kan tolkas som att denna grupp inte har kommit lika långt i den digitala utvecklingen som övriga kommungrupper. För invånarna råder det således en ojämlikhet beroende på kommunens storlek. De enskilda kommunerna kan dock skilja sig från detta mönster i enskilda frågor.

Socialstyrelsen bedömer att denna kommungrupp är i större behov av nationellt stöd än övriga grupper och konstaterar att nationella aktörer behöver säkerställa att de mindre kommunerna har förutsättningar att ta del av det stöd som ges.

Skillnad mellan äldreomsorg och individ- och familjeomsorg

Att kommunen har styrande dokument för införande av e-hälsa och välfärdsteknik är en viktig faktor för den digitala utvecklingen inom alla områden. Kommunerna har i högre grad styrande dokument för digital utveckling inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet (här kallat vård- och omsorgsområdet) än inom individ- och familjeomsorg. Skillnaderna mellan individ- och familjeomsorg och äldreomsorg i de andra frågorna kan troligen delvis förklaras av denna skillnad i dokumenterad planering.

Skillnaderna mellan förekomst av styrande dokument mellan verksamhetsområdena kan ha att göra med att det under 2013 och 2014 utgick statsbidrag för att inom äldreomsorgen ta fram strategier för digitaliseringen. Under 2018 och 2020 har ytterligare statsbidrag utgått till verksamhetsutveckling med digitala medel inom äldreomsorgen. Det finns också andra förklaringar till skillnaderna som exempelvis skillnader i möjligheter för kommunerna att göra effektivitetsvinster och att de olika verksamheterna har olika målgrupper och förutsättningar för arbetet. I många kommuner är det tydligt att kommunikationen mellan socialtjänst (läs individ- och familjeomsorg) och vård- och omsorg är svag. Detta medför att den utveckling som sker inom äldreomsorgen inte påverkar det som sker inom individ- och familjeomsorgen.

Socialstyrelsen konstaterar att de stimulansmedel och annat stöd som utgått med inriktning på äldreomsorgen har bidragit till utvecklingen. Socialstyrelsen föreslår att stimulansmedel och annat stöd breddas så att också att övriga socialtjänstområden kan ta del av dem.

Breddinförande av välfärdsteknik går långsamt

Socialstyrelsen konstaterade i 2020 års rapport att breddinförandet av välfärdsteknik i ordinarie drift går långsamt. Myndigheten drog den slutsatsen efter intervjuer med kommunföreträdare och där det framgick att det var ett relativt litet antal personer som hade fått del av digital nattillsyn, gps-larm

och digitala läkemedelsfördelare. I årets enkät ställde vi den direkta frågan om tekniken var i pilotprojekt eller om den var breddinförd. Det visade sig då att i genomsnitt cirka 28 procent av kommunerna uppger att de har välfärdsteknik i pilotprojekt i ordinarie boende. Andelen varierade mellan 5 och 46 procent beroende på vilken välfärdsteknik det var frågan om.

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

Socialstyrelsen menar att digitaliseringen handlar mer om organisationsutveckling än inköp av teknikprodukter. Oförmågan att omvandla pilotprojekt och tester till ordinarie drift innebär att utveckling och pilotverksamhet görs förgäves och kvalitets- och effektivitetsvinsterna uteblir. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna behöver fokusera mer på förändringsledning där de ser över vilka rutiner och arbetssätt som kan bytas ut mot nya med stöd av digital teknik.

Låg användning av stark autentisering

Endast 35 procent av kommunerna har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas och där personalen behöver ha tillgång vid arbete utanför kommunens intranät. Cirka 63 procent av kommunerna har säkrat delar av systemen och 2 procent har inte säkrat några system med stark autentisering utan de förlitar sig på en skyddad anslutning i form av VPN-anslutning. Av denna rapport framgår också att allt fler kommuner utrustar personalen med möjligheter till stark autentisering. Detta är en nödvändighet för att kunna upprätthålla informationssäkerheten när personalen får tillgång till verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas. Det är dock inte tillräckligt att utrusta personalen med stark autentisering, utan systemen med personuppgifter måste också förses med skydd. Krav på stark autentisering är bara en av flera åtgärder som behöver finnas på plats.

Att inte skydda personuppgifterna med en stark autentisering kan innebära att obehöriga personer riskerar att få tillgång till enskildas uppgifter. Med tanke på att dessa system innehåller känsliga personuppgifter måste de skyddas på bästa tänkbara sätt.

Det finns en rad förklaringar till att kommunerna inte säkrar verksamhetssystemen och andra system. En av dessa är att arbetet med att säkra identitets- och behörighetkontrollen i kommunerna är en process som berör flera förvaltningar och arbetet är komplext och förknippat med stora kostnader.

Kommunerna har många verksamheter som behandlar uppgifter med olika krav på säkerhet, och socialtjänstens behov beaktas inte alltid i de kommungemensamma lösningarna.

Vidare menar leverantörer och kommunföreträdare att de verksamhetssystem som kommunerna har, ofta är utrustade med en funktion för stark autentisering men kommunerna har valt att inte aktivera den funktionen.

Många kommuner använder Ineras lösning med SITHS-kort. Detta system har funnits sedan 1998 och innebär att medarbetaren utrustas med en personlig tjänstelegitimation som är kopplad till en behörighetskatalog där det framgår vilka behörigheter den enskilda medarbetaren har. SITHS är avsett för hälso- och sjukvården och används i regionerna, i den kommunala hälso- och sjukvården och hos privata vårdgivare som utför hälso- och sjukvård på uppdrag från regionerna och kommunerna.

Socialstyrelsen konstaterar att det saknas en nationell standard för en fungerande stark autentisering för all myndighetspersonal inklusive socialtjänsten vilket innebär att kommunerna hänvisas till olika lösningar som finns på marknaden. Tekniskt sett finns många lösningar att tillgå, men hur utfärdandet och identifieringen av personen utförs varierar och därmed blir tilliten till lösningen oklar.

I vissa kommuner tvingas personal att använda sina privata bankID. Detta kan handla om personal i myndighetsutövningen eller utförarorganisationen som ska logga in i verksamhetssystem eller andra system där personuppgifter behandlas och att handläggande personal måste använda sitt personliga bankID i kontakter med andra myndigheter; Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan med flera. Ett problem i detta sammanhang är att alla personer inte kan få ett bankID. Det krävs att personen har ett personnummer och en svensk identitetshandling för att få ett bankID och det finns personal i vården och omsorgen som saknar detta. Det kan handla om migranter eller invandrade personer som har fått samordningsnummer men inte har hunnit få ett svenskt personnummer.

Det finns också andra personer som av olika skäl inte kan bli kunder hos en bank och därmed inte kan få ett bankID.

Vidare konstaterar Socialstyrelsen att regelverket för socialtjänstens verksamheter inte är tydligt. Det finns inte i lagstiftningen tydliga krav att system inom socialtjänsten som behandlar personuppgifter ska skyddas med stark autentisering.

I betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst, (SOU 2020:14) föreslås en ny bestämmelse om informationssäkerhet i lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPuL) och att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får rätt att meddela föreskrifter inom informationssäkerhetsområdet. Socialstyrelsen har i sitt remissvar till betänkandet ställt sig positiv till en sådan bestämmelse som skulle kunna förbättra informationssäkerheten inom socialtjänsten.²³

²³ Dnr 12277/2020-2

Den nationella patientöversikten

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

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

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

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

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

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

I år har det varit en ökning av antalet kommuner som kan läsa sjukvårdsdokumentation i NPÖ, från 273 till 284 kommuner. Likaså har antalet kommuner som kan producera material ökat, från 28 kommuner 2020 till 34 kommuner i år. En av flera förklaringar till detta kan vara att många kommuner byter verksamhetssystem. De nya systemen kan lättare anpassas till att automatiskt producera hälso- och sjukvårdsdokumentation i NPÖ.

Hinder och framgångsfaktorer

Socialstyrelsen har under flera år analyserat hinder och framgångsfaktorer utifrån uppdraget som ligger till grund för denna undersökning. Det har också gjorts andra näraliggande studier där kommunerna har tillfrågats om hinder och utmaningar för införande av digital teknik i socialtjänsten.

- Under 2018 gjorde **E-hälsomyndigheten** en intervjustudie bland 30 kommuner för att kartlägga kommunernas behov av stöd i att digitalisera socialtjänsten.
- **Socialstyrelsen** gjorde inom ramen för projektet *Nya vägar till innovation – ett samarbetsprojekt* en analys av vilka hinder som finns för innovation i kommunerna och lämnade ett PM 2020-01-23²⁴. Socialstyrelsen lämnade

²⁴ Diariernr 31526/2017

2018 en delrapport om projektet där hinder och utmaningar i kommuner och regioner beskrevs [22].

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

Dessa undersökningar och sammanställningar av behov, problem och hinder avseende digitalisering i socialtjänsten ger en tämligen likartad bild trots att de är gjorda vid olika tidpunkter under flera års tid och med delvis olika syften. Den första undersökningen gjordes i början av 2017 och den senaste i början av 2021.

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

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

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

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

Slutligen hade Socialstyrelsens intervjuundersökningar 2020 och 2021 till syfte att som ett led i den årliga uppföljningen av e-hälsa och välfärdsteknik identifiera och analysera hinder och framgångsfaktorer för digitalisering inom socialtjänsten. Urvalen i de olika undersökningarna var också olika, beroende på syftet för respektive undersökning.

Förutsättningar för framgångsrik digitalisering

Vid en jämförelse med tidigare års analyser av hinder och framgångsfaktorer och i jämförelse med andra myndigheters analyser visar det sig att kommunerna i år till större del har fokuserat sina svar på egna hinder och framgångsfaktorer. I tidigare års sammanställningar har det varit mer fokus på infrastruktur, möjligheter att hitta stöd hos nationella aktörer, lagstiftning och annat regelverk.

Hinder och framgångsfaktorer kan betraktas som två perspektiv på samma fenomen och kan därför ses som kompletterande. De utgör tillsammans en beskrivning av förutsättningarna för en framgångsrik digitalisering. Socialstyrelsen presenterar nedan en sammanställning av några centrala förutsättningar, framgångsfaktorer, för en framgångsrik digitalisering i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Kompetens

Att alla grupper av personal och beslutsfattare i kommunen har relevant information och kompetens när det gäller utveckling och implementering av digital teknik är en viktig framgångsfaktor. Kompetens handlar om information och kunskap om möjligheter, teknisk kompetens i kommunen, juridisk kompetens särskilt med avseende på integritetsfrågor, sekretess och upphandling.

Kommunerna anger i intervjuerna att det finns kompetensbrister också när det gäller förändringsledning, dvs. metoder för att förflytta organisationen från ett nuläge till ett nytt läge, från arbetssätt som baseras på enbart fysiska möten och insatser till sådana där socialtjänsten i sina insatser tar tillvara de möjligheter som digitaliseringen erbjuder. Detta innebär att våga göra sig av med gamla rutiner och arbetssätt när man inför nya med stöd av digitala verktyg. Detta tar sig bland annat uttryck i svårigheter att införa teknik i ordinarie drift, att breddinföra tekniken vilket ofta kräver förankring på flera nivåer i kommunen²⁵. Andra områden där det krävs kompetens och där kommunerna beskriver brister är nyttorealiserings och upphandlingskompetens. I Socialstyrelsens intervjuundersökning 2020 framgick att flera kommuner beskrev att det finns rädsla och motstånd från personalen inför digitalisering av arbetet. Denna rädsla och detta motstånd kan till stor del härledas till bristande kunskap och förståelse för den digitala tekniken.

Kommunens organisering och informationssäkerhet

En ändamålsenlig organisering av kommunens resurser gynnar en digital utveckling. Det handlar om att ta tillvara intresse och engagemang från alla som berörs i kommunen; politiker, chefer, handläggare och annan personal. Det handlar också om prioriteringar, styrande dokument, förmåga att arbeta proaktivt snarare än reaktivt, hur kommunen tillsätter resurser för utveckling, samarbetsformer inom kommunen och hur kommunen rekryterar rätt personal som kan leda utvecklingsarbetet. Kompetens och ett strukturerat arbete kring informationssäkerhet är en annan framgångsfaktor för ett effektivt informationssäkerhetsarbete som syftar till att skydda uppgifter om individer och för att underlätta informationsflödet inom kommunerna och mellan kommuner och regioner.

Styrande dokument

För att den digitala utvecklingen ska vara framgångsrik är det viktigt att det finns styrande dokument för införandet av digital teknik. Socialstyrelsen menar att det är en framgångsfaktor att kommunen har en plan för införandet av digital teknik. Planer kan behövas på både kommunövergripande och nämndnivå.

E-hälsomyndigheten konstaterade i sin undersökning 2018 att förbättringsarbete ofta sker reaktivt utifrån avvikelser i verksamheten, snarare än proaktivt utifrån en långsiktig strategi. Socialstyrelsen menar att det är viktigt att kommunen har en plan för införandet av digital teknik. Planer kan behövas på både kommunövergripande och nämndnivå. De kan ge uttryckt för visioner, strategier och mer handfasta handlingsplaner. Strategier och handlingsplaner bör ge uttryckt för vilka målen är och vilka resurser kommunen avsätter för digitaliseringsarbetet.

²⁵ För att hjälpa kommuner och regioner i förändringsarbetet har SKR tagit fram ett stödmaterial för förändringsledning, <https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/stodforattstyraochleda/attledaforresultat/ledaiforandring.32264.html>. Ekonomistyrningsverket (ESV) har tagit fram skriften "Vägledning - Att leda förändring i offentlig verksamhet". Med skriftens hjälp kan du fördjupa dina kunskaper kring att leda i förändring. <https://www.esv.se/statlig-styrning/effektivisering/forandningsledning/>.

Samverkan

Digitalisering inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är en komplex och resurskrävande process som en enskild kommun, eller förvaltning i en kommun, ofta har svårt att hantera på egen hand. Samverkan inom kommunen, mellan kommuner och med andra aktörer är därför en viktig framgångsfaktor. Ett digitalt utvecklingsarbete ställer krav på deltagande från kommunens it-avdelning som i många kommuner behöver ta på sig en ny roll för att bli mer utvecklingsinriktad och inte endast förvaltande. I många kommuner pågår också liknande utvecklingsarbeten i olika nämnder och förvaltningar oberoende av varandra. Till exempel kan det pågå ett utvecklingsarbete inom vård- och omsorgsförvaltningen som socialförvaltningen skulle kunna delta i. Då digitaliseringen är ett komplext utvecklingsområde krävs också samverkan och samordning mellan kommuner. Exempel på detta är gemensamma utvecklingsprojekt och upphandlingar av digitala tjänster. Andra tänkbara samverkanspartner är forskare, leverantörer, utvecklingsföretag, intresseorganisationer, den regionala hälso- och sjukvården och inte minst enskilda personer som tar del av kommunens tjänster. Äldre och andra personer som har kontakt med kommunens verksamheter har värdefulla kunskaper om sin egen situation och på vilket sätt de skulle kunna vara hjälpta av digitala stöd.

Ekonomi

Att kommunen satsar och avsätter resurser för digitaliseringsarbetet är en viktig framgångsfaktor. Detta handlar om ekonomi, personal och att organisationen anpassas för att gynna verksamhetsutvecklingen. Kommunerna har behov av att kunna visa ekonomisk vinst i närtid och att kunna tillgodoräkna sig digital effektivisering ekonomiskt. Det kan dock ta flera år innan det går att visa på någon utdelning på den gjorda investeringen, vilket är en utmaning med kommunernas årsvisa budgetar. I flera av undersökningarna som återges ovan beskrivs att kommunernas ekonomiska förutsättningar är ett hinder för utveckling. Regeringen och SKR har tidigare uppmärksammat detta behov och slutit en överenskommelse som bland annat innebär stimulansmedel till kommunerna för digitalisering och välfärdsteknik inom äldreomsorgen under åren 2020–2022, med 168 mkr per år.

Referenser

1. Regeringen. Nationell IT-strategi för vård och omsorg. 2006.
2. Socialdepartementet. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. 2010. Hämtad från: <http://www.nationellehalsa.se/Content/Cms/img/temp/b38c1b84.pdf>
3. SKL, So. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten Överenskommelse för år 2013 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2012. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2013/01/s20128764fst/>
4. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-5-10.pdf>
5. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. 2020. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/490869/contentassets/cc9ac166afe34da8a6edc2a6a1dd237b/godkannande-av--overenskommelse-mellan-staten-och-skr-om-aldreomsorg---teknik-kvalitet-och-effektivitet-med-den-aldre-i-fokus.pdf>
6. Regeringen. Vision e-hälsa 2025. 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
7. Regeringen. Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. 2017. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/48fa28/contentassets/d8383ab42b0a40808f42b8d68210917d/overenskommelse-om-handlingsplan-for-samverkan-vid-genomforande-av-vision-e-halsa-2025.pdf>
8. Vision_E-hälsa_2025. Uppföljningsrapport 2018. 2018. Hämtad från: <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2019/03/Uppfoljningsrapport-2018-Vision-e-halsa-2025-1.pdf>
9. E-hälsomyndigheten. Vision e-hälsa 2025, Uppföljning 2019. 2020. Hämtad från: <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2021/02/Uppfoljningsrapport-2019-Vision-e-halsa-2025.pdf>
10. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020. 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-5-6779.pdf>
11. Sveriges Kommuner och Landsting, Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2013. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2013/01/s20128764fst/>

12. Socialstyrelsen. Individens behov i centrum - behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. 2016. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>
13. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. 2003. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf#1>
14. Socialstyrelsen. Barns behov i centrum - Grundbok BBIC. 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-2/sidor/default.aspx>
15. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) 2015. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-6>

Bilaga 1 Svarsfrekvens

	Antal kommuner	Antal svar	Andel svar
Totalt i riket	290	285	98
Region			
01 Region Stockholm	26	26	100
03 Region Uppsala	8	7	88
04 Region Sörmland	9	9	100
05 Region Östergötland	13	12	92
06 Region Jönköpings län	13	13	100
07 Region Kronoberg	8	8	100
08 Region Kalmar	12	12	100
09 Region Gotland	1	1	100
10 Region Blekinge	5	5	100
12 Region Skåne	33	33	100
13 Region Halland	6	6	100
14 Västra Götalandsregionen	49	49	100
17 Region Värmland	16	16	100
18 Region Örebro län	12	11	92
19 Region Västmanland	10	10	100
20 Region Dalarna	15	15	100
21 Region Gävleborg	10	10	100
22 Region Västernorrland	7	7	100
23 Region Jämtland Härjedalen	8	8	100
24 Region Västerbotten	15	15	100
25 Region Norrbotten	14	12	86
Storleksgrupp, antal invånare			
0–15 000	131	128	98
15–30 000	73	71	97
30–70 000	54	54	100
70 000 eller fler	32	32	100

Bilaga 2. Enkät svar fördelade på kommungrupper

I denna bilaga redovisas enkätresultaten på samma sätt som i rapporten, men med en fördelning av svaren per kommungrupper. Kommungrupperna är 0–15 000 invånare, 15–30 000, 30–70 000 och 70 000 eller fler.

Tabell 1. Andel kommuner som har styrande dokument för införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik inom socialtjänsten, eller den kommunala hälso- och sjukvården (n=285)

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Ja, som har antagits av kommunstyrelsen	Ja, som har antagits på nämndnivå	Ja, som har antagits på tjänstemannanivå	Nej, det finns inga sådana styrdokument inom området
Individ- och familjeomsorg	19	23	16	41
0–15 000	19	20	13	48
15–30 000	20	30	17	34
30–70 000	17	22	20	41
70 000 eller fler	25	22	22	31
Vård och omsorg	20	32	18	30
0–15 000	19	23	17	41
15–30 000	21	35	23	21
30–70 000	20	39	17	24
70 000 eller fler	25	47	13	16

Tabell 2. Andel kommuner som har ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som omfattar socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, per storleksgrupp för kommunerna, i %

Storleksgrupp, antal invånare	Socialtjänsten	Den kommunala hälso- och sjukvården
0–15 000	41	42
15–30 000	31	31
30–70 000	54	52
70 000 eller fler	63	66
Samtliga	44	44

Tabell 3. Andel kommuner som under 2020 gjort en uppföljning av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet i socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården, per storleksgrupp för kommunerna, i %

Storleksgrupp, antal invånare	Antal kommuner	Andel kommuner
0–15 000	48	38
15–30 000	37	52
30–70 000	33	61
70 000 eller fler	29	91
Samtliga	147	52

Tabell 4. På vilken nivå redovisas och beslutas om åtgärder till följd av denna uppföljning, per storleksgrupp för kommunerna, i %

Storleksgrupp, antal invånare	I kommunstyrelsen	I socialnämnden eller motsvarande	I förvaltningsledning	Annat
0–15 000	35	29	58	8
15–30 000	22	16	76	8
30–70 000	12	24	76	9
70 000 eller fler	17	45	69	14
Samtliga	23	28	69	10

Tabell 5. Andel kommuner som gjort en klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården

Storleksgrupp, antal invånare	Antal kommuner	Andel kommuner
0–15 000	20	16
15–30 000	11	15
30–70 000	8	15
70 000 eller fler	11	34
Samtliga	50	18

Tabell 6. Andel kommuner där kommuninvånare kan kommunicera digitalt med socialtjänsten på ett säkert sätt, inom följande verksamhetsområden, i %

Storleksgrupp, antal invånare	Barn och unga	Ek. bistånd	Familjerätt	Familjerådgivning i kommunal drift	Vuxna med missbruksproblem	Funktionshinder	Äldreomsorg
0–15 000	9	30	7	7	9	8	10
15–30 000	17	44	14	10	13	11	13
30–70 000	39	57	31	26	33	37	39
70 000 eller fler	28	72	31	25	28	38	34
Samtliga	19	43	16	13	16	18	19

Tabell 7. Andel kommuner som har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik och e-tjänster, i %, som omfattar...

Storleksgrupp, antal invånare	...välfärdsteknik (inkl. trygghetslarm)	...e-tjänster (webbtjänster)
0-15 000	58	26
15-30 000	61	30
30-70 000	52	24
70 000 eller fler	63	41
Samtliga	58	28

Tabell 8. I andelen kommuner vars ledningssystem som omfattar välfärdsteknik, finns ... , i %

Storleksgrupp, antal invånare	...fastställda processer som rör införande och handhavande	...skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med införande och handhavande	...rutiner för att göra riskanalyser	...skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med införande och handhavande
0-15 000	48	49	47	48
15-30 000	52	55	51	48
30-70 000	44	50	41	39
70 000 eller fler	50	50	56	50
Samtliga	48	51	48	47

Tabell 9. I andelen kommuner vars ledningssystem som omfattar e-tjänster, finns ... , i %

Storleksgrupp, antal invånare	...fastställda processer som rör införande och handhavande	...skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med införande och handhavande	...rutiner för att göra riskanalyser	...skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med införande och handhavande
0-15 000	15	14	19	18
15-30 000	18	18	15	15
30-70 000	22	19	19	19
70 000 eller fler	22	22	34	28
Samtliga	18	17	20	19

Tabell 10. Med vilka aktörer har ni under 2020 haft ett systematiskt samarbete i ert utvecklingsarbete?

Aktörer	Andel kommuner 0–15 000 (%)	Andel kommuner 15–30 000 (%)	Andel kommuner 30–70 000 (%)	Andel kommuner 70 000 eller fler (%)	Andel kommuner totalt (%)	Antal kommuner
Kunder/brukare/invånare	24	44	48	78	40	113
Andra enheter eller förvaltningar i kommunen	73	73	87	94	78	222
Privata företag)	51	69	70	94	64	182
Forskare/högskolor och universitet	23	27	52	78	36	102
En eller flera andra kommuner kring gemensamma projekt	66	70	59	69	66	188
Regionen kring gemensamma projekt	66	65	74	75	68	194
Deltar i regionala nätverk för chefer	71	66	81	84	73	209
Deltar i regionala nätverk för utvecklingsledare, e-hälsostategier, it-samordnare mm.	75	72	89	84	78	222
Annat	5	7	13	16	8	24
Inget samarbete	2	1	2	0	1	4

Tabell 11. Driftsformer av socialtjänstverksamhet i kommunerna, andel kommuner i %, 2020

Storleksgrupp, antal invånare 0–15 000	Kommunen driver all utförarverksamhet i egen regi	Kommunen driver en eller flera utförarverksamheter i egen regi, men inte alla	Kommunen har överlåtit all utförarverksamhet i privat drift
Barn och unga	55	45	1
Arbetsmarknadsinsatser	76	22	2
Familjerätt (t. ex samarbetsamtal)	70	17	13
Vuxna med missbruksproblem	57	40	3
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	49	50	1
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	73	27	0
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	82	18	0
Äldreomsorg i särskilt boende	93	6	1
Äldreomsorg, dagverksamheter	97	2	1

Storleksgrupp, antal invånare 15–30 000	Kommunen driver all utförarverksamhet i egen regi	Kommunen driver en eller flera utförarverksamheter i egen regi, men inte alla	Kommunen har överlåtit all utförarverksamhet i privat drift
Barn och unga	45	55	0
Arbetsmarknadsinsatser	80	20	0
Familjerätt (t. ex samarbetsamtal)	73	13	14
Vuxna med missbruksproblem	46	54	0
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	39	59	1
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	61	39	0
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	58	38	4
Äldreomsorg i särskilt boende	66	30	4
Äldreomsorg, dagverksamheter	90	7	3

Storleksgrupp, antal invånare 30–70 000	Kommunen driver all utförarverksamhet i egen regi	Kommunen driver en eller flera utförarverksamheter i egen regi, men inte alla	Kommunen har överlåtit all utförarverksamhet i privat drift
Barn och unga	31	67	2
Arbetsmarknadsinsatser	74	26	0
Familjerätt (t. ex samarbetsamtal)	83	11	6
Vuxna med missbruksproblem	33	67	0
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	41	59	0
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	46	54	0
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	26	69	6
Äldreomsorg i särskilt boende	48	48	4
Äldreomsorg, dagverksamheter	85	11	4

Storleksgrupp, antal invånare 70 000 eller fler	Kommunen driver all utförarverksamhet i egen regi	Kommunen driver en eller flera utförarverksamheter i egen regi, men inte alla	Kommunen har överlåtit all utförarverksamhet i privat drift
Barn och unga	28	69	3
Arbetsmarknadsinsatser	59	38	3
Familjerätt (t. ex samarbetsamtal)	81	16	3
Vuxna med missbruksproblem	31	66	3
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	9	91	0
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	22	72	6
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	13	81	6
Äldreomsorg i särskilt boende	16	84	0
Äldreomsorg, dagverksamheter	56	41	3

Tabell 12. Andel kommuner som har minst en e-tjänst inom socialtjänsten, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst, i %, 2021

Storleksgrupp, antal invånare: 0–15 000 n= 128 nhs= 128

Verksamhetsområde	Tidbokning (%)	Ansökan om bistånd eller insats, mm. (%)	Chatt (%)	Säker kommunikation (%)	Intresseanmälan (%)	Tillgång till sin socialtjänstjournal digitalt (%)	Övriga e-tjänster (%)	Inom detta område finns inga e-tjänster (%)	Vet inte (%)
Barn och unga	2	2	1	9	23	1	6	67	2
Ekonomiskt bistånd	4	38	5	30	4	5	8	53	2
Familjerätt	5	1	1	7	3	.	2	80	9
Familjerådgivning	2	0	0	7	2	.	2	87	8
Funktionsnedsättning	0	14	0	8	13	.	5	75	0
HS	0	0	0	.	0	.	3	97	0
Vuxna med missbruksproblem	2	2	1	9	5	1	5	83	2
Äldreomsorg	0	18	0	10	4	.	4	78	1

Storleksgrupp, antal invånare: 15–30 000 n= 71 nhs= 70

Verksamhetsområde	Tidbokning (%)	Ansökan om bistånd eller insats, mm. (%)	Chatt (%)	Säker kommunikation (%)	Intresseanmälan (%)	Tillgång till sin socialtjänstjournal digitalt (%)	Övriga e-tjänster (%)	Inom detta område finns inga e-tjänster (%)	Vet inte (%)
Barn och unga	3	7	4	17	39	.	18	44	0
Ekonomiskt bistånd	6	46	6	44	3	7	13	42	0
Familjerätt	4	4	1	14	4	.	10	79	3
Familjerådgivning	1	0	0	10	1	.	8	82	8
Funktionsnedsättning	0	21	0	11	18	.	14	59	1
HS	0	0	0	.	0	.	3	92	0
Vuxna med missbruksproblem	0	6	0	13	4	.	14	76	1
Äldreomsorg	0	30	0	13	7	.	18	61	0

Storleksgrupp, antal invånare: 30–70 000 n= 54 nhs= 53

	Tidbokning (%)	Ansökan om bistånd eller insats, mm. (%)	Chatt (%)	Säker kommunikation (%)	Intresseanmälan (%)	Tillgång till sin socialtjänstjournal digitalt (%)	Övriga e-tjänster (%)	Inom detta område finns inga e-tjänster (%)	Vet inte (%)
Barn och unga	7	9	17	39	56	.	30	33	0
Ekonomiskt bistånd	4	67	7	57	4	13	20	22	0
Familjerätt	9	2	4	31	7	.	26	50	6
Familjerådgivning	13	0	4	26	2	.	7	65	15
Funktionsnedsättning	0	35	2	37	31	.	33	41	0
HS	0	0	0	.	0	.	5	95	0
Vuxna med missbruksproblem	4	7	7	33	11	2	26	59	0
Äldreomsorg	0	37	2	39	13	4	33	39	2

Storleksgrupp, antal invånare: 70 000 eller fler n= 32 nhs= 31

	Tidbokning (%)	Ansökan om bistånd eller insats, mm. (%)	Chatt (%)	Säker kommunikation (%)	Intresseanmälan (%)	Tillgång till sin socialtjänstjournal digitalt (%)	Övriga e-tjänster (%)	Inom detta område finns inga e-tjänster (%)	Vet inte (%)
Barn och unga	6	9	19	28	47	.	19	19	9
Ekonomiskt bistånd	3	63	16	72	3	16	25	19	6
Familjerätt	13	3	9	31	13	.	13	53	19
Familjerådgivning	9	0	13	25	3	.	6	56	22
Funktionsnedsättning	3	44	6	38	19	.	16	31	3
HS	0	0	0	.	0	.	5	91	0
Vuxna med missbruksproblem	0	9	13	28	9	3	13	50	16
Äldreomsorg	6	56	6	34	9	.	28	22	3

Tabell 13. Antal och andel kommuner som har e-tjänster för...

e-tjänst	Andel kommuner 0–15 000 (%)	Andel kommuner 15–30 000 (%)	Andel kommuner 30–70 000 (%)	Andel kommuner 70 000 eller fler (%)	Andel kommuner totalt (%)	Antal kommuner
...orosanmälningar för barn och unga?	16	34	43	59	30	86
...faderskapsanmälan familjerätten?	7	8	30	28	14	40
...förenklad ansökan om hemtjänst till äldre personer enligt SoL 4.2a §?	8	21	22	28	16	46

Tabell 14. Inom vilka verksamhetsområden har ni infört en eller flera handlägningsprocesser eller administrativa processer?

Storleksgrupp, antal invånare: 0–15 000 n= 128

Verksamhetsområde	Vi har minst en handlägningsprocess som är automatiserad (%)	Vi har minst en administrativ process som är automatiserad (%)	Nej, inom detta område finns ingen automatiserad process (%)
Barn och unga	0	1	99
Ekonomiskt bistånd	13	10	80
Familjerätt	0	2	98
Familjerådgivning	0	2	98
Vuxna med missbruksproblem	0	0	100
Funktionshinder	1	2	98
Äldreomsorg	2	2	97

Storleksgrupp, antal invånare: 15–30 000 n= 71

Verksamhetsområde	Vi har minst en handlägningsprocess som är automatiserad (%)	Vi har minst en administrativ process som är automatiserad (%)	Nej, inom detta område finns ingen automatiserad process (%)
Barn och unga	0	6	94
Ekonomiskt bistånd	21	21	63
Familjerätt	3	3	96
Familjerådgivning	0	1	99
Vuxna med missbruksproblem	0	3	97
Funktionshinder	0	8	92
Äldreomsorg	1	14	86

Storleksgrupp, antal invånare: 30–70 000 n= 54

Verksamhetsområde	Vi har minst en handlägningsprocess som är automatiserad (%)	Vi har minst en administrativ process som är automatiserad (%)	Nej, inom detta område finns ingen automatiserad process (%)
Barn och unga	6	2	93
Ekonomiskt bistånd	37	22	56
Familjerätt	6	4	93
Familjerådgivning	2	0	98
Vuxna med missbruksproblem	2	4	94
Funktionshinder	4	11	89
Äldreomsorg	4	17	81

Storleksgrupp, antal invånare: 70 000 eller fler n= 32

Verksamhetsområde	Vi har minst en handlägningsprocess som är automatiserad (%)	Vi har minst en administrativ process som är automatiserad (%)	Nej, inom detta område finns ingen automatiserad process (%)
Barn och unga	0	3	97
Ekonomiskt bistånd	38	19	56
Familjerätt	0	0	100
Familjerådgivning	0	0	100
Vuxna med missbruksproblem	0	0	100
Funktionshinder	6	16	84
Äldreomsorg	9	22	75

Tabell 15. Inom vilka verksamhetsområden har ni arbetat med att automatisera någon handlägningsprocess eller administrativ process, men inte infört i reguljär drift ännu?

Storleksgrupp, antal invånare: 0–15 000 n= 128

Verksamhetsområde	Vi har påbörjat ett arbete för att automatisera minst en handlägningsprocess (%)	Vi har påbörjat ett arbete för att automatisera minst en administrativ process (%)	Nej, inom detta område finns inget sådant arbete (%)
Barn och unga	2	2	96
Ekonomiskt bistånd	20	18	71
Familjerätt	0	4	96
Familjerådgivning	1	2	97
Vuxna med missbruksproblem	0	3	97
Funktionshinder	3	5	93
Äldreomsorg	4	7	89

Storleksgrupp, antal invånare: 15–30 000 n= 71

Verksamhetsområde	Vi har påbörjat ett arbete för att automatisera minst en handlägningsprocess (%)	Vi har påbörjat ett arbete för att automatisera minst en administrativ process (%)	Nej, inom detta område finns inget sådant arbete (%)
Barn och unga	7	6	89
Ekonomiskt bistånd	38	17	54
Familjerätt	6	8	89
Familjerådgivning	0	1	99
Vuxna med missbruksproblem	3	3	94
Funktionshinder	7	10	87
Äldreomsorg	13	14	79

Storleksgrupp, antal invånare: 30–70 000 n= 54

Verksamhetsområde	Vi har påbörjat ett arbete för att automatisera minst en handläggningsprocess (%)	Vi har påbörjat ett arbete för att automatisera minst en administrativ process (%)	Nej, inom detta område finns inget sådant arbete (%)
Barn och unga	9	13	81
Ekonomiskt bistånd	31	17	61
Familjerätt	4	6	93
Familjerådgivning	2	2	98
Vuxna med missbruksproblem	4	6	94
Funktionshinder	9	13	83
Äldreomsorg	11	15	81

Storleksgrupp, antal invånare: 70 000 eller fler n= 32

Verksamhetsområde	Vi har påbörjat ett arbete för att automatisera minst en handläggningsprocess (%)	Vi har påbörjat ett arbete för att automatisera minst en administrativ process (%)	Nej, inom detta område finns inget sådant arbete (%)
Barn och unga	9	9	81
Ekonomiskt bistånd	28	22	63
Familjerätt	0	0	100
Familjerådgivning	0	0	100
Vuxna med missbruksproblem	0	0	100
Funktionshinder	9	22	75
Äldreomsorg	9	25	66

Tabell 16. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för äldre personer i ordinärt boende, i %

Typ av välfärdsteknik	0–15 000		15–30 000		30–70 000		70 000 eller fler	
	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %
Natttillsyn med digital teknik	22	42	11	69	20	70	16	75
Tillsyn dagtid med digital teknik	17	11	8	27	19	17	25	19
GPS-larm	23	43	23	37	24	33	22	41
Passivt larm	2	75	6	77	6	74	6	63
Avvikelselarm	0	0	0	0	0	0	0	0
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	9	66	11	76	17	67	13	59
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	9	75	11	76	19	57	9	63
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	11	14	13	28	11	24	16	41
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (ex. påminnelser)	12	13	13	18	7	19	13	22
Stöd för digitala inköp	10	12	21	24	11	37	34	25
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	20	35	25	30	22	28	41	22
Digitalt planeringsverktyg för personalen	0	0	0	0	0	0	0	0
Digitala lås till enskildas bostäder	7	62	10	79	9	69	9	63
Annat	4	13	4	23	4	9	0	9

Tabell 17. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer med funktionsnedsättningar i ordinärt boende, i %

Typ av välfärdsteknik	0–15 000		15–30 000		30–70 000		70 000 eller fler	
	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %
Nattillsyn med digital teknik	14	30	3	44	11	37	13	38
Tillsyn dagtid med digital teknik	13	10	7	18	9	9	9	16
GPS-larm	13	36	18	32	11	22	13	31
Passivt larm	6	57	4	68	7	63	6	56
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	7	63	11	63	11	67	6	50
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	5	72	10	69	11	67	13	56
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	9	14	4	31	15	28	13	34
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (ex. påminnelser)	10	27	10	30	6	37	22	38
Stöd för digitala inköp	5	12	8	15	15	26	13	16
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	13	37	10	30	15	35	28	44
Digitalt planeringsverktyg för personalen	5	37	10	48	6	44	19	44
Digitala lås till enskildas bostäder	4	24	7	37	7	28	6	22
Annat	2	6	3	7	4	7	0	9

Tabell 18. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre personer, i %

Typ av välfärdsteknik	0–15 000		15–30 000		30–70 000		70 000 eller fler	
	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %
Natttillsyn med digital teknik	16	23	14	31	30	26	25	19
Tillsyn dagtid med digital teknik	14	16	13	18	15	13	9	9
GPS-larm	19	41	20	45	19	43	22	28
Passivt larm	4	88	1	90	4	89	3	81
Avvikelselarm	10	30	11	41	9	46	9	50
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	0	0	0	0	0	0	0	0
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	8	69	10	65	9	61	13	50
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	5	80	7	73	7	57	9	56
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	13	17	13	35	13	33	22	47
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (ex. påminnelser)	9	16	10	21	9	20	13	34
Stöd för digitala inköp	1	5	4	7	0	17	6	13
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	20	54	20	52	17	59	25	63
Digitala lås till enskildas bostäder	13	35	15	44	22	41	13	38
Annat	5	11	4	8	6	22	6	13

Tabell 19. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättningar (stöd- och serviceboenden), i %

Typ av välfärdsteknik	0–15 000		15–30 000		30–70 000		70 000 eller fler	
	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %	2021, pilot eller test-verksamhet %	2021, bredd-infört %
Nattillsyn med digital teknik	10	17	4	27	9	15	9	13
Tillsyn dagtid med digital teknik	7	6	4	14	6	11	6	9
GPS-larm	10	27	14	28	17	20	16	19
Passivt larm	5	59	4	80	7	70	13	69
Avvikelselarm	4	14	6	18	2	28	0	31
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	4	63	10	65	7	63	9	53
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	3	71	8	65	6	65	9	63
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	7	20	14	35	15	35	16	34
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (ex. påminnelser)	7	29	11	37	17	39	13	47
Stöd för digitala inköp	3	6	8	14	11	24	9	13
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	14	38	13	35	24	33	16	56
Digitala lås till enskildas bostäder	2	9	3	11	13	11	9	9
Annat	2	4	0	4	6	13	0	9

Tabell 20. I hur många boenden finns det möjlighet till uppkoppling till internet i den enskildes rum eller lägenhet?

Boendeformer och kommunstorlekar	Alla %	Mer än hälften %	Ca hälften %	Färre än hälften %	Ingen %	Vet inte %	Totalt %	Antal svar
I kommunalt drivna särskilda boendeformer för äldre	.	.	.	.	.	.	.	.
0–15 000	62	13	3	9	10	3	99	128
15–30 000	49	17	1	15	10	3	99	71
30–70 000	48	13	2	22	7	4	98	54
70 000 eller fler	56	16	6	9	6	6	100	32
I kommunalt drivna stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning	.	.	.	.	.	.	.	.
0–15 000	55	16	4	4	14	6	100	128
15–30 000	48	20	6	13	8	6	100	71
30–70 000	41	24	9	17	6	4	100	54
70 000 eller fler	38	25	13	13	6	6	100	32

Tabell 21. Andel kommuner där verksamhetssystem och andra digitala system som behandlar personuppgifter kräver stark autentisering för inloggning, i %

Kommunstorlekar	Andel			Antal svar
	Ja, alla system	Delvis, d.v.s. ett eller flera system kräver autentisering, men inte alla	Nej, inga system	
0–15 000	41	56	2	128
15–30 000	31	66	3	71
30–70 000	31	65	4	54
70 000 eller fler	28	69	3	32

Tabell 22. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder stark autentisering för inloggning, per verksamhetsområde, 2021, i % (n=285)

Verksamhetsområde och kommunstorlekar	Ingen %	Färre än hälften %	Ca hälften %	Mer än hälften %	Alla %	Totalt %	Antal svar
Barn och unga	.	.	.	.	.	.	.
0–15 000	14	13	2	2	69	100	127
15–30 000	27	11	0	6	56	100	71
30–70 000	32	9	2	4	53	100	53
70 000 eller fler	26	6	0	6	61	100	31
Ekonomiskt bistånd	.	.	.	.	.	.	.
0–15 000	15	13	2	2	68	100	128
15–30 000	31	3	1	7	58	100	71
30–70 000	33	11	6	2	48	100	54
70 000 eller fler	34	3	0	6	56	100	32
Familjerätt	.	.	.	.	.	.	.
0–15 000	19	9	3	1	68	100	111
15–30 000	38	3	0	3	56	100	61
30–70 000	35	10	0	4	51	100	51
70 000 eller fler	32	0	0	3	65	100	31
Vuxna med missbruksproblem	.	.	.	.	.	.	.
0–15 000	12	10	2	2	74	100	124
15–30 000	24	7	1	3	65	100	71
30–70 000	24	13	0	7	56	100	54
70 000 eller fler	29	3	0	6	61	100	31
Personer med funktionsnedsättning (SoL- eller LSS-insatser)	.	.	.	.	.	.	.
0–15 000	5	5	2	0	87	100	128
15–30 000	15	0	0	1	83	100	71
30–70 000	7	9	0	6	78	100	54
70 000 eller fler	16	3	0	3	78	100	32
Äldreomsorg	.	.	.	.	.	.	.
0–15 000	7	4	2	1	86	100	128
15–30 000	14	0	0	1	84	100	70
30–70 000	10	8	0	6	77	100	52
70 000 eller fler	9	6	0	3	81	100	32

Tabell 23. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i utförarverksamheterna använder stark autentisering för inloggning i %, 2021 (n=285)

Verksamhetsområde och kommunstorlekar	Ingen %	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla %	Totalt %	Antal svar
Barn och unga	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	27	13	2	9	50	100	127
15-30 000	38	10	1	3	48	100	71
30-70 000	42	11	6	2	40	100	53
70 000 eller fler	26	10	3	6	55	100	31
Arbetsmarknadsinsatser	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	38	19	2	4	37	99	111
15-30 000	44	11	2	7	36	100	61
30-70 000	53	16	0	2	29	100	51
70 000 eller fler	32	16	0	6	45	100	31
Vuxna med missbruk.	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	25	15	1	7	52	100	124
15-30 000	35	10	0	3	52	100	71
30-70 000	39	15	6	4	37	100	54
70 000 eller fler	26	10	3	6	55	100	31
Funktionshinder, LSS	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	18	33	2	6	41	100	127
15-30 000	26	20	0	6	49	100	70
30-70 000	24	31	0	6	39	100	54
70 000 eller fler	22	16	6	9	47	100	32
Funktionshinder, SoL	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	16	34	3	6	41	100	128
15-30 000	25	18	0	6	51	100	71
30-70 000	24	30	0	6	41	100	54
70 000 eller fler	20	10	3	10	57	100	30
Hemtjänst, ordinärt b.	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	13	30	5	5	47	100	128
15-30 000	21	16	4	7	51	100	68
30-70 000	22	31	0	8	39	100	51
70 000 eller fler	17	13	3	13	53	100	30
Äldreomsorg SÄBO	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	17	31	3	6	43	100	127
15-30 000	24	22	0	4	50	100	68
30-70 000	15	37	2	6	40	100	52
70 000 eller fler	16	13	3	9	59	100	32
Äldreomsorg, dagverks.	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	28	24	2	4	43	100	127
15-30 000	30	17	0	6	46	100	69
30-70 000	21	35	0	4	40	100	52
70 000 eller fler	26	10	3	10	52	100	31

Tabell 24. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen kan dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, per verksamhetsområde, 2021, i % (n=285)

Verksamhetsområde och kommunstorlekar	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla	Totalt	Antal svar
Barn och unga	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	44	2	0	2	35	17	127
15-30 000	38	6	0	4	38	14	71
30-70 000	40	6	4	13	32	6	53
70 000 eller fler	39	19	3	6	19	13	31
Arbetsmarknadsinsatser	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	51	5	1	3	13	27	111
15-30 000	46	7	3	5	21	18	61
30-70 000	47	6	2	10	18	18	51
70 000 eller fler	42	19	3	6	13	16	31
Vuxna med missbruksproblem	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	44	3	1	4	33	15	124
15-30 000	42	3	0	4	41	10	71
30-70 000	41	7	2	11	33	6	54
70 000 eller fler	45	13	3	6	23	10	31
Funktionshinder, LSS	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	52	9	4	2	18	16	127
15-30 000	37	11	1	1	43	6	70
30-70 000	48	19	0	6	28	0	54
70 000 eller fler	28	22	13	16	19	3	32
Funktionshinder, SoL	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	52	10	2	2	24	9	128
15-30 000	32	13	3	4	42	6	71
30-70 000	41	15	2	9	33	0	54
70 000 eller fler	27	17	7	13	30	7	30
Hemtjänst, ordinärt boende	.	.	.	.	.	.	.
0-15 000	37	6	2	2	48	5	128
15-30 000	19	9	0	3	66	3	68
30-70 000	24	10	2	0	63	2	51
70 000 eller fler	13	23	7	3	53	0	30

Tabell 25. Andel kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder ICF i den digitala individdokumentationen, i % 2021

Verksamhetsområde	0-15 000 %	15-30 000 %	30-70 000 %	70 000 eller fler %
Barn och unga	32	32	20	19
Ekonomiskt bistånd	19	20	13	13
Vuxna med missbruksproblem	21	24	22	22
Funktionsnedsättning	63	62	70	69
Äldreomsorg i ordinärt boende	62	61	74	78

Tabell 26. Andel kommuner som använder de strukturerade uppgifterna från socialtjänstdokumentationen (handläggning och utförande) i aggregerad form i sitt eget kvalitetsarbete, i %, 2021

Verksamhetsområde	0-15 000 %	15-30 000 %	30-70 000 %	70 000 eller fler %
Barn och unga	63	59	61	66
Ekonomiskt bistånd	48	44	43	56
Familjerätt	44	37	37	50
Vuxna med missbruksproblem	53	51	61	63
Funktionshinder, SoL eller LSS	47	48	54	75
Hemtjänst, ordinärt boende	48	46	56	72

Tabell 27. Andel kommuner där socialtjänstpersonal i utförandet och hälso- och sjukvårdspersonal använder ICF i den digitala individdokumentationen, i %, 2021

Verksamhetsområde	0-15 000 %	15-30 000 %	30-70 000 %	70 000 eller fler %
Barn och unga	17	27	15	13
Arbetsmarknadsinsatser	14	15	6	13
Vuxna med missbruksproblem	15	20	13	23
Funktionshinder, LSS	36	50	54	59
Funktionshinder, SoL	37	49	57	60
Hemtjänst, ordinärt boende	37	47	51	57
Äldreomsorg, särskilda boenden	39	49	48	69
Äldreomsorg, dagverksamheter	34	48	42	58

Tabell 28. Andel kommuner där personalen i myndighetsutövningen inom socialtjänsten använder KSI i den digitala individdokumentationen, i %, 2021

Verksamhetsområde	0–15 000 %	15–30 000 %	30–70 000 %	70 000 eller fler %
Barn och unga	9	18	9	10
Ekonomiskt bistånd	7	17	7	3
Vuxna med missbruksproblem	7	17	7	3
Funktionshinder, SoL eller LSS	14	28	15	3
Äldreomsorg	19	31	19	6

Tabell 29. Andel kommuner där personalen i utförarverksamheterna inom socialtjänsten använder KSI i den digitala individdokumentationen, i %, 2021

Verksamhetsområde	0–15 000 %	15–30 000 %	30–70 000 %	70 000 eller fler %
Barn och unga	6	11	6	0
Arbetsmarknadsinsatser	5	10	4	0
Vuxna med missbruksproblem	5	11	4	0
Funktionshinder, LSS	9	19	9	6
Funktionshinder, SoL	9	20	11	3
Hemtjänst, ordinärt boende	13	18	12	3
Äldreomsorg, särskilda boenden	12	22	13	9
Äldreomsorg, dagverksamheter	10	20	12	3

Tabell 30. Andel kommuner som har e-tjänster i den kommunala hälso- och sjukvården, i %, 2021

	0–15 000 %	15–30 000 %	30–70 000 %	70 000 eller fler %
Digital tillgång till sin hälso- och sjukvårdsjournal	0	4	2	3
Andra e-tjänster	3	3	6	3

Tabell 31. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, i %, 2021

Typ av välfärdsteknik	0-15 000 %	15-30 000 %	30-70 000 %	70 000 eller fler %
Tillsyn dagtid med digital teknik	10	21	11	13
GPS-larm (positioneringslarm)	50	60	49	32
Passivt larm/sensor (t. ex epilepsilarm, falllarm, rörelselarm m.m.)	73	76	79	74
Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, till exempel läkemedelssignering	54	57	68	55
Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen	23	33	23	29
Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av regionen/ primärvården. (Kommentera gärna i fritextfältet nedan)	5	10	11	6
Digitala medicinskåp	51	77	57	55
Digitalt planeringsverktyg för personal	47	54	53	61
Digitala lås till hemsjukvårdens patienter	50	71	68	45
Inkontinenssensorer	13	27	13	10
Annan medicinteknisk utrustning (t.ex. för monitorering) (Beskriv i fritextfältet vad detta avser)	9	13	9	6
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	27	30	43	45
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	78	86	74	65
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	85	86	66	61
Annat	5	7	8	6

Tabell 32. Andel kommuner där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen kan läsa och dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, i %, 2021 (n=285)

Kommunstorlek	Ingen	Färre än hälften	Ca hälften	Mer än hälften	Alla	Antal svar
0-15 000	34	11	2	5	48	128
15-30 000	26	16	0	7	51	70
30-70 000	28	25	4	11	32	53
70 000 eller fler	29	6	0	29	35	31

Tabell 33. Andel kommuner som använder de strukturerade uppgifterna från den kommunala hälso- och sjukvårdsdokumentationen i aggregerad form i sitt eget kvalitetsarbete i %, 2021

Verksamhetsområde inom den kommunala hälso- och sjukvården	0-15 000 %	15-30 000 %	30-70 000 %	70 000 eller fler %
Hemsjukvård i ordinärt boende	58	59	38	55
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	59	63	51	68

Tabell 34. Andel kommuner som använder ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) i dokumentationen inom följande områden, i %, 2021

Verksamhetsområde inom den kommunala hälso- och sjukvården	0-15 000 %	15-30 000 %	30-70 000 %	70 000 eller fler %
Hemsjukvård i ordinärt boende	81	79	75	61
Hälso- och sjukvård i särskilt boende	83	83	87	84

Bilaga 3. Kvalitetsdeklaration

Enkätundersökning

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna
R56023-1

Inledning

Socialstyrelsen genomför sedan 2014, en årlig enkätundersökning på regeringens uppdrag, i landets alla kommuner där vi ställer frågor om digitalisering, e-hälsa och välfärdsteknik. Undersökningen handlar om socialtjänsten, omsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården.

I år ingår enkäten som en del av åiterrapporteringen för statliga stimulansmedel enligt överenskommelsen om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. För de kommuner som mottagit stimulansmedel är enkäten obligatorisk.

Projektledare för datainsamlingen var Dick Lindberg, A/SO2. Kontaktpersoner från SMS-gruppen var Claes Falck, frågekonstruktör, och My Raquette, statistiker.

Omfattning

Objekt och population

Denna undersökning har vänt sig till äldreomsorgschef/socialchef eller motsvarande inom kommunerna. Populationen omfattar alla kommuner. Antalet i målpopulationen är 290 kommuner.

Totalundersökning

Undersökningen är en totalundersökning, urvalsosäkerhet förekommer därmed inte men däremot är svarsbortfallet en osäkerhetsfaktor.

Frågor och variabler

Enkätens frågor var i huvudsak desamma som i tidigare års insamlingar. Ett flertal frågor har emellertid utgått i år för att minska uppgiftlämnarbördan. Då enkäten ingår i åiterrapportering för stimulansmedel har det tillkommit frågor om hur de använt medlen. Dessa frågor ställs endast till kommuner som rekvirera medel, 268 kommuner.

Nya frågor eller revideringar av gamla frågor utformades av projektledaren och frågekonstruktören i samarbete, och även utifrån synpunkter från övriga projektgruppsmedlemmar.

Enkäten bestod av 27 huvudfrågor samt 17 följdfrågor beroende på hur de svarat på huvudfrågan vilket gav totalt 44 frågor. De kommuner som rekvirerat stimulansmedel fick 5 frågor om hur de använt medlen. Frågorna består av en blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor. Med referensperiod menas vilken tidpunkt svaren avser, t.ex. idag, förra veckan, senaste tre månaderna. Undersökningen referensperiod är 2020.

Förutom de variabler som samlades in via enkäten hämtades ett bakgrundsvariabler från register.

Enkäten har samverkats med SKR.

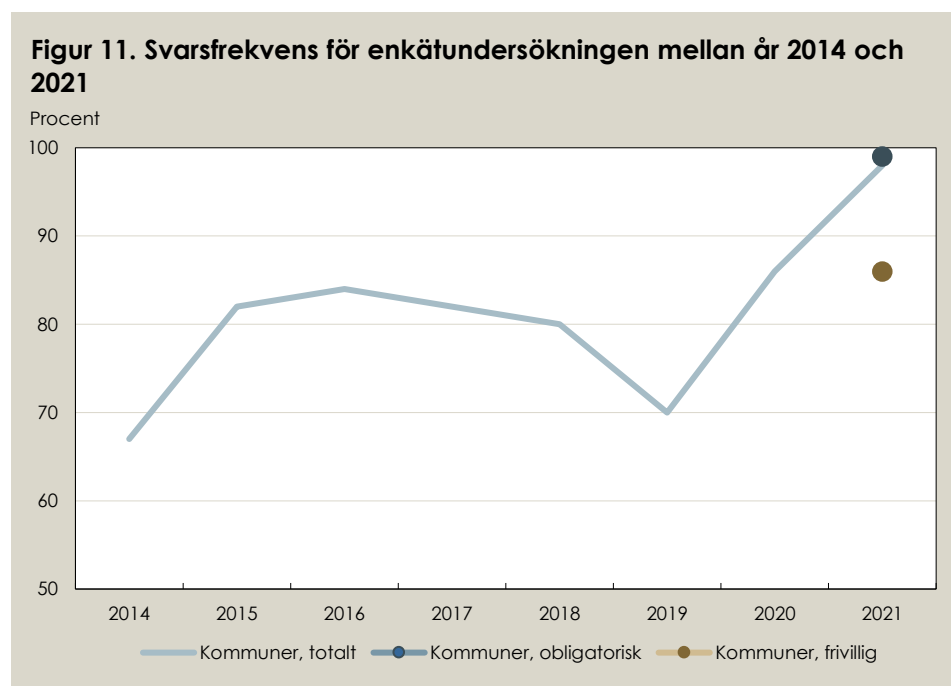
Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till kommuner via e-post (se bilaga 1a och 1b). Datainsamlingen

pågick 11 januari start till 5 februari 2021. Under insamlingsperioden skickades tre påminnelser.

Svarsfrekvens

Det var 285 kommuner som besvarade enkäten. Det ger en svarsfrekvens på 98 procent. Den höga svarsfrekvensen beror på att enkäten var obligatorisk för de 268 kommuner som rekviderat stimulansmedel. För de kommuner som enkäten inte var obligatorisk blev svarsfrekvensen 86 procent vilket är oförändrat från föregående år.



Bortfall

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

Bortfallet är lågt, endast fem kommuner, vilket medför att bortfallet inte påverkar resultatet.

I denna undersökning finns inget partiellt bortfall då frågorna är obligatoriska.

Tillförlitlighet

Ramtäckning

Täckningsfel kan bestå av under- och övertäckning. Undertäckning innebär att det finns kommuner som ingår i populationen men saknas i urvalsramen. Vid övertäckning finns kommuner som inte ingår i populationen i urvalsramen.

Ramtäckningen är fullständig då det är en totalundersökning.

Mätfel

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

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

Bearbetning

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel.

Då insamlingen skett via en webbenkät med fasta alternativ bör registreringsfelet var litet.

Beskrivning av data

Statistiska mått

Från undersökningen redovisas andel och antal för svarande.

Redovisningsgrupper

Redovisningsgrupperna i denna undersökning är totalt, län och kommunstorlek efter befolkningsantal.

Jämförbarhet

Jämförbarhet över tid

Det är åttonde året Socialstyrelsen genomför undersökningen. Årets undersökning ingår i åiterrapportering av stimulansmedel. För de kommuner som ansökt om det har de tillkommit åiterrapporteringsfrågor. Frågeformuläret har emellertid genomgått vissa förändringar för att minska uppgiftlämnararbeten under rådande omständigheter. Detta medför att vissa frågor inte ingår i årets undersökning.

Tillgänglighet

Socialstyrelsen publicerar rapporten på www.socialstyrelsen.se.