

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022

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 2022-5-7897

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2022

Förord

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

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 överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. I årets rapport redovisas utvecklingen vad gäller e-hälsa och välfärdsteknik hos privata utförare inom äldreomsorgen. Dessutom ingår en kartläggning av invånarnas tillgång till kommunala e-tjänster.

Projektet har letts av utredaren Julia Lindström. I arbetsgruppen ingick utredarna Axel Fors och Ebba Hedlund, enkätkonstruktören Claes Falck samt statistikern My Raquette. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Socialstyrelsen riktar ett särskilt tack till de kommuner och privata vård- och omsorgsgivare som har bidragit till denna rapport genom att besvara enkäterna. Nyckeltal och resultat från uppföljningen 2022 finns tillgängliga i ett webbverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Kommunernas digitala utveckling	7
Den digitala utvecklingen hos privata utförare	9
E-tjänster inom socialtjänsten	9
Statliga stimulansmedel 2021	10
Skillnader mellan kommunstorlekar	10
Breddinförd teknik men få användare	10
Framgångsfaktorer och hinder	11
Bakgrund	13
Uppdraget	13
Nationella strategier	13
Stimulansmedel	14
Vision e-hälsa 2025	14
Tidigare rapportering från Socialstyrelsen	15
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik	16
Metod och genomförande	16
Agenda 2030 för hållbar utveckling	18
Framgångsfaktorer och hinder	19
Styrning, kvalitetsledning och informationssäkerhet i kommunerna	23
Styrning och kvalitetsledning	23
Informationssäkerhet	26
Strukturerad dokumentation och klassifikationer	31
Skillnader mellan kommunstorlekar	35
Välfärdsteknik och e-hälsa i socialtjänsten	38
Kontroll av digitala trygghetslarm	38
Välfärdsteknik i ordinärt boende	39
Välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre och stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning	43
Digitalt stöd för personalen	46
Tillgång till internetuppkoppling	49
Automatisering i socialtjänsten	50
Välfärdsteknik och e-hälsa i den kommunala hälso- och sjukvården	52
Välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård	52
Digitalt stöd för personalen	55
Den nationella patientöversikten	56

Breddinförande och pilotverksamhet i kommunerna.....	59
Den digitala utvecklingen hos privata utförare	61
Styrning och informationssäkerhet.....	61
Välfärdsteknik.....	63
Digitalt stöd för personalen	65
Automatisering	66
Tillgång till internetuppkoppling	66
E-tjänster inom socialtjänsten.....	67
Statliga stimulansmedel för 2021	71
Diskussion.....	76
Skillnader över tid	76
Skillnader mellan äldre- och funktionshinderområdet.....	79
Skillnader mellan socialtjänstens verksamhetsområden	80
Skillnader mellan socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård	81
Skillnader mellan kommunstorlekar	81
Skillnader mellan kommuner och privata utförare	82
Breddinförd teknik men få användare	83
Framgångsfaktorer och hinder	84
Avslutande kommentar	87
Referenser	88
Bilaga 1 Svarsfrekvens.....	91
Bilaga 2 Kommunernas driftsformer	92
Bilaga 3 Privata utförare	93
Bilaga 4 Enkät svar fördelade på kommunstorlek	94
Bilaga 5 Kvalitetsdeklaration	112
Inledning	113
Omfattning	113
Frågor och variabler	114
Datainsamling	114
Mätfel	116
Beskrivning av data	117
Tillgänglighet	117

Sammanfattning

Kommunernas digitala utveckling

Kommunernas arbete med styrning, kvalitetsledning och informationssäkerhet går framåt inom många områden. Samtidigt finns det fortfarande områden där utvecklingen går långsamt eller står still. Nivåerna skiljer sig åt mellan socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården samt mellan socialtjänstens olika verksamhetsområden. Nedan är exempel på områden där det skett en utveckling:

- Kommunernas användning av kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik fortsätter att öka – från 29 procent 2018 till 65 procent 2022.
- Kommunernas användning av strukturerad dokumentation i kvalitetsarbete inom socialtjänsten fortsätter att öka. Nivåerna är lägst inom områdena ekonomiskt bistånd och familjerätt (49 procent) och högst inom området barn och unga (69 procent). För den kommunala hälso- och sjukvården är andelen 60 procent.
- Kommunernas användning av internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) samt klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) fortsätter att öka. Användningen av ICF är högre i den kommunala hälso- och sjukvården (86 procent) än inom socialtjänstens verksamhetsområden som varierar mellan 15 och 69 procent.
- Det har skett en successiv ökning vad gäller kommunernas användning av säkra digitala kommunikationskanaler mellan invånare och socialtjänstpersonal. Området ekonomiskt bistånd uppvisar de högsta nivåerna, där andelen kommuner som erbjuder detta har gått från 5 procent 2018 till 56 procent 2022.
- Kraven på stark autentisering har ökat inom socialtjänsten, från att 35 procent av kommunerna 2021 krävde det för samtliga system som ger åtkomst till känsliga personuppgifter över öppna nät till att 45 procent av kommunerna kräver det 2022. Äldreomsorgen och funktionshinderområdet uppvisar de högsta nivåerna.

Nedan är exempel på områden där det inte skett en utveckling:

- Förekomsten av styrande dokument för välfärdsteknik och e-hälsa har varit relativt oförändrad i kommunerna (cirka 70 procent) sedan 2017. Det är vanligare med styrande dokument inom socialtjänsten än i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Det har inte skett någon ökning vad gäller kommunernas användning av ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) sedan 2021. I år har 45 procent av kommunerna ett LIS som avser den kommunala hälso- och sjukvården och 42 procent har ett LIS som avser socialtjänsten.
- Det har inte skett någon ökning vad gäller kommunernas uppföljning av risker och behov av utveckling av informationssäkerhet. Totalt har 48 procent

av kommunerna genomfört en sådan uppföljning under 2021 inom socialtjänsten respektive 40 procent i den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen bedömer att det finns rum för utveckling i kommunernas arbete med styrande dokument och informationssäkerhet.

Ett annat utvecklingsområde är kommunernas arbete med utvärderingar. I årets enkät ställdes en ny fråga om huruvida kommunerna har utvärderat effekterna av sin digitalisering de senaste två åren. Totalt 31 procent av kommunerna har genomfört en sådan utvärdering inom socialtjänsten och för den kommunala hälso- och sjukvården är andelen 24 procent. Flera kommuner anger pandemin som orsak till att de inte har prioriterat arbetet med utvärderingar. Socialstyrelsen uppmuntrar till fler utvärderingar av digitaliseringens effekter framöver, framför allt av effekter för enskilda.

Välfärdsteknik

Utvecklingen av välfärdsteknik i kommunerna är mångfacetterad. Även om användningen över lag har ökat finns det många områden där utvecklingen står still eller där det har skett en nedgång sedan 2021. Nivåerna av välfärdsteknik varierar mellan socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården samt mellan socialtjänstens verksamhetsområden. Vidare finns det stora variationer mellan kommuner. Socialstyrelsen konstaterar att tillgången till välfärdsteknik för kommuninvånarna i landet inte är likvärdig. Vilket utbud invånaren har tillgång till beror på i vilken kommun personen bor samt vilken insats personen får från kommunen.

Trots dessa skillnader finns vissa övergripande tendenser i kommunernas användning av välfärdsteknik, nedan är några exempel:

- Det har skett en uppgång i användningen av digitala lås till enskildas bostäder i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Användningen av videostöd för samordnad individuell planering (SIP) vid utskrivning från slutenvård har ökat i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Antalet personer med digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare fortsätter att öka.
- Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående har minskat i socialtjänsten.
- Användningen av videostöd för SIP vid andra tillfällen än utskrivning från slutenvård har minskat i den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten, med undantag för ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning där användningen har ökat något.

Digitalisering inom andra områden

Nedan är några exempel på andra områden där Socialstyrelsen ser en utveckling av kommunernas digitalisering:

- Internettillgången i särskilda boenden för äldre samt stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka. I år anger 60 procent av kommunerna att samtliga särskilda boenden för äldre har möjlighet till internetuppkoppling i enskildas rum eller lägenheter. I stöd-

och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning är motsvarande siffra 54 procent.

- Kommunernas användning av den nationella patientöversikten (NPÖ) fortsätter att öka. I januari 2022 hade 288 kommuner anslutit sina vårdenheter till NPÖ för att kunna ta del av information från andra vårdgivare, och 41 kommuner kunde producera material i NPÖ.
- Personalens möjligheter att dokumentera mobilt och planera digitalt fortsätter att öka, både inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Dessutom ökar användningen av digital signering och digitala medicinskåp.
- Automatisering inom socialtjänsten fortsätter att öka. Ekonomiskt bistånd är det område som flest kommuner har automatiserat.

Den digitala utvecklingen hos privata utförare

I år genomfördes en enkätundersökning med ett urval av privata vård- och omsorgsgivare inom äldreomsorgen som arbetar på uppdrag av landets kommuner. Resultatet ger en kompletterande bild av den digitala utvecklingen i kommunerna. Nedan presenteras resultaten i korthet:

- En majoritet av företagen har aktuella styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Sådana dokument finns i 56 procent av de företag som bedriver hemtjänst i ordinärt boende och i 61 procent av de företag som driver särskilt boende för äldre.
- Totalt 52 procent av företagen har ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS).
- Totalt 66 procent av de företag som bedriver hemtjänst i ordinärt boende följde under 2021 upp risker och behov av utveckling av informationssäkerhet. Motsvarande andel för de företag som driver särskilt boende för äldre är 61 procent.
- Kraven på stark autentisering vid arbete med känsliga personuppgifter över öppet nät är högre hos företag som bedriver hemtjänst i ordinärt boende än de som driver särskilt boende för äldre. Andelen företag som kräver det för samtliga system är 67 respektive 44 procent.
- Det är vanligare att välfärdsteknik tillhandahålls av kommunen hos företag som bedriver hemtjänst i ordinärt boende än hos de företag som driver särskilt boende för äldre. Vilken typ av välfärdsteknik som används, och i vilken utsträckning, varierar mellan de olika verksamheterna.
- Totalt 15 av 18 företag (83 procent) erbjuder tillgång till internet i enskilda personers rum eller lägenheter i samtliga särskilda boenden för äldre.

E-tjänster inom socialtjänsten

I år har Socialstyrelsen granskat kommunernas webbplatser för att kartlägga vilka digitala tjänster som erbjuds. Resultatet bekräftar flera tendenser från tidigare år. Ansökan om ekonomiskt bistånd utmärker sig även i år som en populär e-tjänst; 60 procent av kommunerna erbjuder denna tjänst. Liksom

2021 uppvisar områdena vuxna med missbruk, familjerådgivning och familjerätt låga nivåer av e-tjänster. Det verksamhetsområde där flest kommuner har minst en e-tjänst är området barn och unga (78 procent). Dock framkommer att kommunerna så gott som aldrig ger barn och unga själva möjlighet att kontakta socialtjänsten via en digital tjänst.

Statliga stimulansmedel 2021

De statliga stimulansmedel som kommunerna rekviderat för att utveckla sina verksamheter för äldre har använts på liknande sätt 2021 som 2020. Läsplattor och smarta telefoner till enskilda är fortsatt det vanligaste användningsområdet. Samtliga kommuner anger att stimulansmedlen har bidragit till att målen med satsningarna har uppfyllts. I fritextsvaren framkommer att kommunerna är beroende av stimulansmedlen i olika utsträckning. Vissa, framför allt mindre kommuner, understryker att stimulansmedlen är en förutsättning för deras digitala utveckling medan andra kommuner ser stimulansmedlen som ett komplement till redan pågående arbete.

Skillnader mellan kommunstorlekar

Årets rapport bekräftar bilden från 2021 om att de större kommunerna har kommit längre vad gäller styrning, kvalitetsledning och informationssäkerhet. De större kommunerna ligger även i framkant inom andra områden, exempelvis automatisering och e-tjänster. Storleken på kommunen har dock mindre påverkan på själva införandet av välfärdsteknik. Enkätresultatet visar att de näst största kommunerna ofta ligger i framkant gällande införande av välfärdsteknik medan de största kommunerna inte utmärker sig från de mindre kommunerna.

Ett sätt att främja utvecklingen i de mindre kommunerna vad gäller styrande dokument, kvalitetsledning och informationssäkerhet kan vara mer nationellt stöd. Vidare kan detta stöd behöva riktas till kommuner som har ett utökat behov av andra orsaker. Socialstyrelsen har inte kontrollerat enkätresultatet gentemot andra faktorer som kan påverka utfallet, till exempel ekonomi, demografi eller geografi. En fråga för Socialstyrelsens framtida undersökningar är att studera dessa andra typer av faktorer.

Breddinförd teknik men få användare

Kommunerna uppvisar över lag höga nivåer av breddinförd välfärdsteknik i jämförelse med teknik i pilotverksamhet. Med breddinförd avses att kommunen har tagit beslut om att alla inom målgruppen kan, eller kommer kunna, ta del av tekniken. Samtidigt visar resultatet att många kommuner endast har ett fåtal personer som utrustats med tekniken, trots att den är breddinförd; i vissa fall saknades användare helt.

Detta belyser att det inte räcker med ett beslut om breddinförande för att säkerställa en bred och jämlik tillgång till välfärdsteknik för invånarna. Dock är ett beslut om breddinförande ett viktigt första steg i att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa med stöd av digital teknik.

I denna rapport har antalet användare undersökts inom digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare. Socialstyrelsen kommer se över möjligheten att studera antalet användare inom fler typer av välfärdsteknik för att få en bättre helhetsbild av utvecklingen i kommunerna.

Framgångsfaktorer och hinder

Rapporten belyser följande framgångsfaktorer och hinder vad gäller kommunernas utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik:

- **Resurser**

Att en kommun har de ekonomiska resurser och den personal som krävs för att genomföra en digital utveckling är avgörande. Socialstyrelsen identifierar behov av mer långsiktig resursplanering vad gäller välfärdsteknik och e-hälsa både på kommunal och på nationell nivå.

- **Kompetens**

En central framgångsfaktor är att det finns kompetens inom digitalisering, e-hälsa och välfärdsteknik på alla nivåer, från beslutsfattare till personal och enskilda. Kompetens behövs också inom andra områden som exempelvis informationssäkerhet, förändringsledning, upphandling och juridik.

- **Samverkan**

Kommunernas digitala utveckling gynnas av samverkan med andra kommuner, regioner, nationella aktörer, brukarföreningar och näringsliv. Samverkan är viktig för att kunna ta del av information, utbud och goda exempel men också för det praktiska införandet av tekniska tjänster.

- **Organisation**

En ändamålsenlig organisering av kommunen är en framgångsfaktor vid allt utvecklingsarbete. Kommuner behöver använda upparbetade processer, utforma en tydlig rollfördelning och utveckla en nära intern samverkan mellan förvaltningar.

- **Styrning och planering**

Det är centralt att kommunerna har styrande dokument som ger uttryck för mål, avsatta resurser, implementering, uppföljning och förvaltning på lång sikt. Socialstyrelsen menar att det är viktigt att kommunerna prioriterar arbetet med styrning och planering. Här kan mer nationellt stöd, såsom kunskaps- och metodstöd, vara en bidragande faktor.

- **Nyttoanalys**

En viktig framgångsfaktor för den digitala utvecklingen är att analysera nyttan med förändringen utifrån effekter för enskilda, personal, organisation och ekonomi. Socialstyrelsen menar att det är viktigt att kommunerna framöver prioriterar arbetet med nyttoanalyser och utvärderingar av digitaliseringens effekter, och bedömer att det finns behov av ökat nationellt stöd till kommunerna inom detta område. Framför allt bör stödet riktas till kommuner som har svårt att genomföra denna typ av analyser på egen hand, exempelvis mindre kommuner.

- **Involvering**

Att involvera medarbetare, brukare, patienter och närstående i ett tidigt stadium är centralt för att uppnå en ändamålsenlig implementering. Ny teknik och nya arbetssätt behöver utgå från behovet hos dem som ska nyttja den.

En högre involvering kan också öka spridningen av välfärdsteknik och därmed skapa bättre förutsättningar för en mer jämlik tillgång kommunens vårdutbud. Socialstyrelsen uppmuntrar till ett ökat fokus på brukarinvolvering från både kommunal och nationell nivå.

Bakgrund

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2021 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta utveckla nyckeltal för användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna samt följa upp och redovisa resultaten på Socialstyrelsens webbplats. Myndigheten ska även beskriva och analysera resultaten av uppföljningen av nyckeltalen för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik. Inom ramen för uppföljningen ska myndigheten även redovisa och analysera resultaten av regeringens satsning på att stödja kommunala investeringar i tekniska lösningar. Socialstyrelsen ska redovisa vilka kommuner som besvarat enkäterna, som denna rapport baseras på, till Kammarkollegiet senast 31 mars 2022.¹ Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 maj 2022.

Nationella strategier

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

Den nationella it-strategin fick en uppföljare 2010: *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [3]. Strategin 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 (numera regioner) som privata och idéburna utförare.²

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 sjukvård och socialtjänst.

¹ Socialstyrelsens diarienummer: 5271/2018-22

² Med idéburna utförare avses föreningar, stiftelser, kooperativ och företag där vinsten eller överskottet återinvesteras i verksamheten.

Stimulansmedel

Åren 2010–2014 avsatte regeringen stimulansmedel för att utveckla e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna. Satsningen uppgick till 20 miljoner kronor per år 2010 och 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, numera Sveriges Kommuner och Regioner, SKR) och avsatte totalt 129,5 miljoner kronor för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna [4]. För 2014 avsattes lika mycket. År 2018 avsatte regeringen ett statsbidrag på 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 [5].

I januari 2020 ingick regeringen en ny överenskommelse med SKR: *Överenskommelse om äldreomsorgen – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus*. Överenskommelsen är treårig, gäller för perioden 2020–2022 och omfattar 200 miljoner kronor årligen. Av 2021 års medel ska 168,7 miljoner kronor fördelas till samtliga kommuner, 15 miljoner kronor till 10 modellkommuner och 16,3 miljoner kronor till SKR för deras stöd till kommunernas digitalisering [6].

Vision e-hälsa 2025

I mars 2016 antog regeringen och SKL (numera SKR) en vision för e-hälsoutvecklingen i Sverige [7]:

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* [8]. Både visionen och handlingsplanen pekar ut följande tre insatsområden som grundförutsättningar för att främja e-hälsoutvecklingen:

- regelverk
- enhetlig begreppsanvändning
- standarder.

Handlingsplanen beskriver även hur arbetet med insatser inom dessa områden ska styras och samordnas. Av handlingsplanen framgår bland annat att det årligen ska tas fram en samordningsplan som beskriver initiativ, insatser och åtaganden med koppling till insatsområden. År 2019 kom regeringen och SKR 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 Inera³ [9, 10].

Tidigare rapportering från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen rapporterar årligen om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Resultaten från 2021 års uppföljning visade följande:

- Kommunerna hade snabbt ställt om till digital kommunikation för personal och brukare när fysiska möten inte var möjliga på grund av pandemin.
- Totalt 57 procent av kommunerna erbjöd internettillgång i enskilda rum eller lägenheter i samtliga av kommunens särskilda boenden för äldre. I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning var andelen 49 procent.
- Allt fler kommuner införde e-tjänster för ekonomiskt bistånd. Cirka 48 procent av kommunerna kunde ta emot ansökningar om försörjningsstöd via en e-tjänst.
- Användningen av digital natttillsyn hade ökat jämfört med 2020 och cirka 76 procent av kommunerna hade infört detta för äldre som bor i ordinärt boende. Över 3 000 personer hade sådan tillsyn. Allt fler kommuner använde också digital tillsyn under dagen.
- Allt fler personalgrupper kunde dokumentera mobilt. Utvecklingen var särskilt tydlig inom hemtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Drygt 70 procent av kommunerna hade tagit fram styrande dokument för införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik inom socialtjänsten eller den kommunala hälso- och sjukvården.
- Totalt 58 procent av kommunerna hade ett ledningssystem som omfattade välfärdsteknik och 28 procent hade ett ledningssystem som omfattade e-tjänster.
- Användning av säker hantering av identiteter- och behörigheter inom socialtjänsten hade inte ökat jämfört med 2020. Endast 35 procent av kommunerna hade säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas. Andelen kommuner där samtlig personal hade tillgång till stark autentisering i handläggning och i utförarled hade dock ökat markant jämfört med 2019 och 2020.
- Klassificering enligt ICF fortsatte att öka inom samtliga socialtjänstområden och den kommunala hälso- och sjukvården.

³ Inera är Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) bolag för utveckling och drift av digitala system.

- Användningen av NPÖ fortsatte att öka, både vad gäller möjligheten att ta del av andra vårdgivares journalinformation och att dela information.

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

År 2016 tog Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet, SKL (numera SKR), Famna och Vårdföretagarna gemensamt fram en beskrivning av begreppet *e-hälsa*. Det är inte en terminologisk definition utan en beskrivning av begreppet. Beskrivningen grundar sig i sin tur på Världshälsoorganisationens beskrivning och lyder: ”Hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. *E-hälsa* är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa”.⁴

Socialstyrelsen publicerade i slutet av 2015 en definition av termen *välfärdsteknik* i termbanken:⁵ ”Digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.”

En term som ligger nära definitionen av välfärdsteknik är termen *hjälpmedel för det dagliga livet*, där Socialstyrelsens definition lyder: ”Individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning.”⁶

Gränsen mellan välfärdsteknik och hjälpmedel för det dagliga livet är inte skarp. Därför publicerade Socialstyrelsen 2019 ett meddelandeblad om regler kring välfärdsteknik utifrån olika lagrum [11]. Vissa produkter kan ges till enskilda 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.

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

Under hösten 2013 utarbetade Socialstyrelsen ett antal nyckeltal dels utifrån intentionerna i e-hälsostrategin från 2010, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* [3], dels utifrån de mål som uttrycktes i överenskommelsen mellan staten och SKL (numera SKR) [12]. Representanter för SKL och regionala e-hälsosamordnare från Kalmar län, Östergötland och Norrbotten deltog i det initiala arbetet med att utveckla nyckeltalen. Även Digitaliseringskommissionen konsulterades i arbetet. Nyckeltalen har därefter justerats för att bättre beskriva utvecklingen inom området.

Enkätundersökning

Datainsamlingen 2022 genomfördes med hjälp av 3 elektroniska enkäter som skickades ut till samtliga respondenter den 11 januari; efter 3 påminnelser stängdes enkäterna den 16 februari. Enkät 1 riktades till de 287 kommuner

⁴ Socialstyrelsen. E-hälsa. Hämtad 2022-04-07 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/e-halsa/>

⁵ Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2022-04-07 från: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=385&SrcLang=sv>

⁶ Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2022-04-07 från: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=768&SrcLang=sv>

som hade rekviderat statliga stimulansmedel för 2021 från regeringens och SKR:s överenskommelse om äldreomsorgen om teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. Kommuner som rekviderat dessa medel ska enligt överenskommelsen svara på Socialstyrelsens enkät. Av dessa har 285 kommuner (99 procent) besvarat enkäten. Enkät 2 riktades till de 3 kommuner som inte hade rekviderat stimulansmedlen för 2021. Samtliga dessa (100 procent) besvarade enkäten. Totalt har 288 kommuner (99 procent) besvarat enkät 1 eller 2 (se bilaga 1). Enkät 3 riktades till ett urval av privata företag som utför äldreomsorg avseende särskilda boenden och hemtjänst på kommunernas uppdrag. Av 281 tillfrågade företag svarade 162 företag (58 procent) på enkäten (se bilaga 5).

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.

Uppgifter från Inera

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

Webbgranskning

Socialstyrelsen har granskat kommunernas webbplatser för att kartlägga vilka digitala tjänster de erbjuder till invånare. Information har samlats in från samtliga kommuners webbplatser från november 2021–februari 2022. De tjänster som bedömts vara digitala är dels sådana där invånaren loggar in för att utföra en tjänst, dels webbformulär utan inloggning.

Socialstyrelsen har undersökt digitala tjänster inom socialtjänstens områden barn och unga, ekonomiskt bistånd, missbruk och beroende, stöd till personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg. Dessutom har myndigheten kartlagt digitala tjänster inom familjerätt och familjerådgivning, överförmyndarverksamhet, ansökan om bostadsanpassningsbidrag samt ansökan om färdtjänst och riksfärdtjänst.

Vissa digitala tjänster finns hos externa aktörer, exempelvis hos regioner, genom kommunala samarbeten om specifika tjänster eller via nationella tjänster som webbplatsen familjehemsverige.se som är utvecklad av SKR. Även dessa tjänster är inkluderade i undersökningen. När det gäller kommunernas familjerådgivning har även familjerådgivning i annan än kommunal regi inkluderats utifrån ett invånarperspektiv, där tillgången till digitala tjänster är det centrala oavsett utförare.

Referensgrupper

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

Presentation av siffror

I denna rapport har Socialstyrelsen valt att använda andelstal för att presentera de resultat som kan jämföras med tidigare års undersökningar, det vill säga procentandel av kommunerna. Svarsfrekvensen skiljer sig dock åt

mellan åren, vilket är ett viktigt observandum i tolkningen av resultaten. I enskilda fall presenteras jämförelser av resultat i antal kommuner för att belysa utvecklingen. När myndigheten inte har kunnat göra jämförelser med tidigare år presenteras uppgifterna i de flesta fall med både antal och andel. I webbverktyget *E-hälsa i kommunerna* som finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats redovisas både antal och andel.⁷

Analys av kommunstorlek

I rapporten har Socialstyrelsen analyserat utfallet utifrån kommunstorlek. Kommentarer kring variationer i utfall beroende på kommunstorlek har lagts in i den löpande texten. I bilaga 4 finns samtliga tabeller redovisade nedbruttet på kommunstorlek.

En liknande analys av kommunstorlek utfördes i 2021 års rapport [13]. 2021 användes följande uppdelning på kommunernas invånarantal: 0–14 999, 15–29 999, 30–69 999, 70 000 eller fler. I år har Socialstyrelsen justerat storleksindelningen av kommunerna. Den nya indelningen skapar en jämnare fördelning av kommuner inom varje storleksgrupp vilket ger bättre förutsättningar för jämförelser. I år ser indelningen och benämningen av kommunstorlekarna ut enligt följande:

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

Denna rapport

Resultaten av enkäterna och webbgranskningen redovisas i 7 resultatavsnitt. I det första avsnittet redogörs för kommunernas arbete med styrning och kvalitetsledning inom digitalisering avseende både socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Här tas även aspekter om informationssäkerhet och strukturerad dokumentation upp. I det andra och tredje avsnittet redogörs för utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik inom socialtjänst respektive kommunal hälso- och sjukvård. Det fjärde avsnittet behandlar kommunernas breddinförande av välfärdsteknik. I det femte avsnittet presenteras resultatet av enkäten till de privata utförarna och i avsnittet därefter redovisas resultatet av webbgranskningen av kommunernas e-tjänster. I det sjunde och avslutande resultatavsnittet redovisas kommunernas användning av de statliga stimulansmedlen. Efter dessa resultatavsnitt kommer ett diskussionsavsnitt som redovisar de slutsatser Socialstyrelsen drar utifrån årets resultat.

Agenda 2030 för hållbar utveckling

Uppdraget om att följa utvecklingen 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

⁷ Socialstyrelsens data för jämförelser. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Hämtad 2022-04-08 från: <https://px.socialstyrelsen.se/pxweb/sv/E-h%C3%A4lsa%20och%20v%C3%A4lf%C3%A4rdsteknik%20i%20kommunerna/>

inkluderande och hållbar industrialisering och främja innovation. Mål 10 handlar om att minska ojämlikheten inom och mellan länder. Delmål 10.2 handlar om att möjliggöra och verka för att alla människor blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet, oavsett ålder, kön, funktionsned-sättning, ras, etnicitet, ursprung, religion, ekonomisk eller annan ställning.

Framgångsfaktorer och hinder

Nedan presenteras en sammanställning över vanligt förekommande framgångsfaktorer och hinder som har lyfts i Socialstyrelsens intervjuer och i andra undersökningar och rapporter vad gäller kommunernas utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik.

Nära besläktat med framgångsfaktorer och hinder är de grundläggande förutsättningar som behövs för en digital utveckling. Här kan exempel som tydliga juridiska förutsättningar, regelverk, enhetlig begreppsanvändning och standarder nämnas. Infrastruktur och teknisk interoperativitet är andra exempel. Denna sammanställning fokuserar inte på grundläggande förutsättningar utan på de faktorer som kommunerna själva kan styra över, men detta är ingen skarp distinktion – ofta överlappar dessa aspekter varandra.

Socialstyrelsen har under flera år analyserat kommunernas framgångsfaktorer och hinder för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik utifrån det regeringsuppdrag som ligger till grund för denna rapport. Analyserna har primärt baserats på intervjuer men urvalet har skilt sig åt under åren beroende på syftet för respektive undersökning. De senaste två årens rapporter har haft särskilt fokus på hinder och framgångsfaktorer [13, 14]. Utöver de intervjuer som gjorts inom ramen för denna rapportserie har Socialstyrelsen genomfört separata studier med liknande fokus. Ett exempel är underlagsrapporten *Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg* som delvis baseras på intervjuer med kommunala representanter [15]. I år genomfördes inga intervjuer utan i stället sammanställdes slutsatser från tidigare års intervjustudier.

Det har också gjorts andra närliggande studier där landets kommuner har tillfrågats om hinder och utmaningar vid införande av digital teknik. Nedan är några exempel från senare år:

- E-hälsomyndighetens rapport *Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa)* som delvis baseras på intervjuer med chefer inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården [16].
- Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgens betänkande *Framtidens teknik i omsorgens tjänst* (SOU 2020:14) som träffade ett antal kommuner i sitt arbete [17].
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys promemoria *Digital teknik med äldre i fokus: En delredovisning av utvärderingen av överenskommelsen om digitalisering i äldreomsorgen* som delvis baseras på intervjuer med de modellkommuner som ingår i överenskommelsen [18].
- Statskontorets rapport *Vision E-hälsa 2025 –att försöka styra genom samverkan* som delvis baseras på intervjuer med kommunala företrädare [19].

Dessa undersökningar ger en tämligen samstämmig bild av kommunernas framgångsfaktorer och hinder, trots att de är gjorda vid olika tidpunkter och i olika syften. Socialstyrelsens tidigare genomförda intervjuer bekräftar denna bild. Nedan följer en sammanställning av några av de framgångsfaktorer och hinder som ofta omnämns och betonas. Sammanställningen har stämts av med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten som delar bilden.

Resurser

Att en kommun har de resurser som krävs för att genomföra en digital utveckling är avgörande. Det handlar både om ekonomiska resurser och personal. Brist på medel och personal, hög personalomsättning och svårighet att rekrytera rätt kompetens är hinder som ofta framförs, framför allt av mindre kommuner. En central del i en lyckad implementering är en långsiktig personal- och resursförsörjning.

Kompetens

En central framgångsfaktor är att det finns kompetens inom e-hälsa och välfärdsteknik och att denna kompetens återfinns på alla nivåer – hos beslutsfattare, medarbetare, brukare, patienter och närstående. Att beslutsfattare har rätt kompetens är av särskild vikt för att kunna navigera i utbudet, prioritera rätt insatser och leda utvecklingsarbetet. Kompetens behövs dessutom inte bara inom digitalisering utan även inom andra områden, till exempel informationssäkerhet, förändringsledning, upphandling och juridik, särskilt med avseende på integritetsfrågor och sekretess. Kompetens om risker med digital teknik och digitalt utanförskap när nya tjänster införs är andra exempel.

Samverkan

Samverkan är centralt för den digitala utvecklingen; i Socialstyrelsens intervjuer framförs detta både av kommunala och privata utförare. Samverkan kan exempelvis gälla samarbete med andra kommuner, regioner, nationella aktörer och nätverk, organisationer, brukarföreningar och näringsliv. Samverkan är viktig för att kunna ta del av information, utbud och goda exempel, men också för det praktiska införandet av tekniska tjänster. Inte minst för små kommuner finns det stora fördelar med att kunna samverka med andra kommuner. Att samverka kring gemensamma upphandlingar, ramupphandling och innovationsupphandling har lyfts som en viktig framgångsfaktor i flera rapporter och i Socialstyrelsens intervjuer [13, 14, 17, 18, 20].

Flera kommuner har byggt upp regionala nätverk rörande digitalisering där de samverkar kring dessa frågor. Men också större kommuner framför vikten av samverkan. I dialogen med SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten betonas vikten av att hitta rätt form för samverkan, där det finns en flexibilitet utifrån de enskilda kommunernas förutsättningar och behov. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys promemoria betonas framför allt behovet av att utveckla en närmare samverkan mellan den kommunala och regionala primärvården [18].

Organisation

En ändamålsenlig organisering av kommunen gynnar utvecklingsarbete, så även digital utveckling. Kommuner behöver ta tillvara det engagemang och

intresse som finns bland medarbetare, använda utarbetade processer för utvecklingsarbete samt utforma en tydlig roll- och ansvarsfördelning och en nära samverkan mellan olika förvaltningar.

I Socialstyrelsens intervjuer i denna rapportserie framkommer att många kommuner ser samarbete mellan olika förvaltningar som ett utvecklingsområde, inte minst ett närmare samarbete med kommunens it-avdelning. Här kan små kommuner ha en fördel i att tillhöra en mindre organisation med bättre förutsättningar för en nära intern samverkan. Kommunerna lyfter även fram vikten av att ha utsedda tjänster eller enheter som arbetar strategiskt och strukturerat med digitalisering [13, 14, 21]. Men det är också viktigt att digitalisering inte behandlas som ett separat spår. Betänkandet *Framtidens teknik i omsorgens tjänst* (SOU 2020:14) pekar på relevansen av att digitaliseringen integreras i kommunens övriga utvecklingsarbete [17]. SKR Kompetenscenter välfärdsteknik instämmer i denna bild.

Styrning och planering

Närliggande till kommunens organisering är frågor om styrning och planering. En förutsättning för digital utveckling är en effektiv ledning som prioriterar frågorna och ger tydliga direktiv. Tillit till och mandat hos ledningen är en viktig framgångsfaktor, liksom intresse, engagemang och kunskaper i förändringsledning hos beslutsfattarna.

Socialstyrelsen konstaterade i 2021 års rapport att det är viktigt att kommunen har en plan för införandet av digital teknik både kommunövergripande nivå och nämndnivå. Strategier och handlingsplaner bör ge uttryck för målen och vilka resurser kommunen avsätter för digitaliseringsarbetet. Samtidigt är det viktigt, som intervjupersonerna i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys promemoria framför, att de styrande dokumenten inte blir pappersprodukter utan att de aktivt vägleder och ger stöd i arbetet [18]. Denna synpunkt lyfts också i dialogen med SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten.

Styrande dokument avser inte bara mål. En minst lika viktig aspekt är planering av hur digitaliseringen ska implementeras, följas upp och förvaltas på lång sikt. För att lyckas med ett breddinförande behöver kommunerna planera förvaltningen av digitaliseringen redan på ett tidigt stadium. Utarbetade processer för att gå från pilotverksamhet till breddinförande är centralt för att kunna införa nya arbetssätt och undvika parallella spår.

I intervjuerna med Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och E-hälsomyndigheten uttrycker kommunerna behov av mer kompetens i förändringsledning samt i metoder för att driva igenom en förändring och lämna gamla rutiner och arbetssätt till förmån för nya [13, 14, 16, 18].

Nyttoanalys

Centralt vid en förändring är att motivera *varför* ändringen ska ske. Här är en viktig framgångsfaktor att se och förstå nyttan med e-hälsa och välfärdsteknik. Digitalisering kan både betraktas som något som driver kostnader på kort sikt och som bidrar till en effektivisering och besparing på lång sikt. Utöver ekonomiska faktorer behöver nyttan analyseras utifrån organisationen, personalen och enskilda. Nyttoanalyser behöver göras både före och efter införandet av en viss teknik för att se om den har fått avsedd effekt. En

framgångsfaktor när välfärdsteknik ska införas är att personer i beslutande ställning förstår den nytta och vinst som digitaliseringen kan bidra med. Men även de som använder tekniken behöver förstå och uppleva dess fördelar.

I 2021 års rapport var nyttoanalys den framgångsfaktor som flest kommuner lyfte i intervjuerna [13]. Det sågs som en nödvändighet att beräkna vinsterna med digitalisering – och då inte enbart i ekonomiska termer utan även på andra sätt – för verksamheten, enskilda och samhället i stort. Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterar att teknik som visar en tydlig och direkt nytta är lättare att införa medan teknik som har en mer otydlig eller långsiktig funktion är svårare att införa, särskilt om tekniken är kostsam [18]. Vidare kan teknik med kvantitativ nytta vara lättare att driva igenom, till exempel genom att visa på antal sparade timmar för personalen, än teknik med mer kvalitativ nytta. Kvantitativa nyttoanalyser är också komplexa, eftersom det är svårt att isolera effekten av välfärdstekniken från andra effekter.

I intervjuerna med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys efterfrågar kommunerna mer stöd från nationellt håll dels när det gäller utvärderingar av välfärdsteknikens effekter, dels metodstöd för analys av effekter och nytta. Det stöd som finns i dagsläget upplevs av många, särskilt mindre, kommuner som för omfattande och administrativt tungt [18]. I dialogen med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik bekräftas denna bild. SKR ger i dagsläget olika typer av stöd inom området men ser behov av mer nationellt stöd, exempelvis vad gäller kvalitet och ekonomiska nyttoanalyser, eftersom enskilda kommuner ofta saknar resurser för att genomföra sådana analyser.

Involvering

Att visa på nytta relaterar till en annan central framgångsfaktor: involvering av personal, brukare, patienter och närstående. Här är det viktigt att kommunerna har de resurser och den kompetens som krävs för att utföra behovsanalyser. Att utgå från behovet är en förutsättning för en ändamålsenlig implementering av ny teknik och nya arbetssätt. Det förankrar förändringen och skapar en mer positiv inställning till tekniken.

Involvering av brukare, patienter och närstående behöver ske i ett tidigt skede, så att tekniken utformas utifrån deras behov. Vidare är det avgörande att medarbetarna involveras. Det handlar både om att involvera medarbetare som kommer att använda själva tekniken, till exempel undersköterskor och vårdbiträden, genom pilot- och testverksamhet, och om att involvera de som fattar beslut om insatser och teknik, till exempel biståndshandläggare. Ett sätt att öka involveringen är så kallade visningsmiljöer där personal och brukare kan prova på teknik. Ett annat sätt kan vara att utsedda personer får i uppdrag att visa teknikens konkreta nytta för personal och brukare.

Styrning, kvalitetsledning och informationssäkerhet i kommunerna

I detta avsnitt redogörs för kommunernas arbete med styrning och kvalitetsledning inom e-hälsa och välfärdsteknik avseende socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Här tas även aspekter om informationssäkerhet och strukturerad dokumentation upp.

Styrning och kvalitetsledning

Att på ett strukturerat sätt arbeta med strategier, handlingsplaner, kvalitetsuppföljning och utvärderingar är centralt för en ändamålsenlig implementering av e-hälsa och välfärdsteknik.

Styrande dokument för digital utveckling

Socialstyrelsen frågade i enkäten huruvida kommunerna har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. De styrande dokumenten kan vara i form av strategier med långsiktiga mål eller mer detaljerade handlingsplaner.

Enkätsvaren visar att 71 procent av kommunerna har styrande dokument inom socialtjänsten och att 63 procent har styrande dokument i den kommunala hälso- och sjukvården. Det är ungefär tre gånger så vanligt att kommunerna har strategier på lång sikt än att de har handlingsplaner som är tids- och resurssatta (se tabell 1). En uppdelning mellan socialtjänstens verksamhetsområden visar att styrande dokument är vanligast inom äldreomsorgen och minst vanligt inom individ- och familjeomsorgen.

Tabell 1. Andel kommuner som har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, i %, 2022

Typ av styrande dokument*	Socialtjänst individ- och familjeomsorg (n=288)	Socialtjänst äldreomsorg (n=288)	Socialtjänst funktionshinderområdet (n=288)	Socialtjänst, något av områdena** (n=288)	Kommunal hälso- och sjukvård (n= 259)
Strategi på lång sikt	56	61	59	63	57
Handlingsplan som är tids- och resurssatt	15	20	18	23	17
Inget av dessa finns	38	31	33	29	37

* Flera svar kunde anges.

** Andelarna utgår från huruvida kommunen har styrande dokument inom något av områdena: individ- och familjeomsorg, äldreomsorg och funktionshinderområdet.

I fritextsvaren anger många kommuner att det finns styrande dokument för digitalisering på övergripande nivå men att det saknas detaljerade strategier och handlingsplaner för nämnderna. I vissa kommuner råder motsatt förhållande; där finns styrande dokument på nämndnivå men inte högre upp i organisationen. I många kommuner pågår ett arbete med att ta fram nya eller uppdatera befintliga styrande dokument. I flera fall uppger kommunerna att det finns det en handlingsplan som ännu inte är fullständigt tids- eller resurssatt.

Sedan 2017 har Socialstyrelsen ställt frågan huruvida kommunerna har styrande dokument för e-hälsa och välfärdsteknik inom socialtjänsten *eller* i den kommunala hälso- och sjukvården. Genom åren har omkring 70 procent av kommunerna svarat att de har detta. Vid en sammanslagning av årets resultat framkommer att 73 procent av kommunerna har styrande dokument inom socialtjänsten *och/eller* i den kommunala hälso- och sjukvården.

I årets enkät är frågan om styrande dokument något omformulerad vilket försvårar jämförelser med tidigare år. Frågan har justerats för att tydligare ringa in kommunernas användning av styrande dokument. I årets enkät förtydligas att styrande dokument avser digitaliseringsplan, e-hälsoplan eller verksamhetsplan där arbetet med digitaliseringen finns beskrivet. Nytt för i år är också att de styrande dokumenten ska vara aktuella och gälla både införande och användande av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering.⁸

Kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) gäller bland annat för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. För en god implementering och förvaltning av välfärdsteknik är det viktigt att kommunen arbetar systematiskt med kvaliteten i hela systemet.

Socialstyrelsen frågar i enkäten huruvida kommunerna har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, inklusive trygghetslarm. Resultatet visar att det har skett en stegvis ökning inom detta område – från 29 procent 2018 till 65 procent 2022. 2021 var andelen 58 procent.

I föreskriften definieras några områden som särskilt viktiga att ta hänsyn till i kvalitetsarbetet, bland annat rutiner för riskanalys och egenkontroll. Av tabell 2 framgår att kommunerna har kommit olika långt när det gäller innehållet i sina ledningssystem. Det är vanligast att kommunerna har skriftliga rutiner för att kvalitetssäkra införande och handhavande. Lägst är förekomsten av rutiner för uppföljning, exempelvis kontroll av att enskilda förstår tekniken och har förmåga att använda den.

⁸ Tidigare år har Socialstyrelsen endast efterfrågat om det finns styrande dokument för införande *eller* användning av e-hälsa *eller* välfärdsteknik.

Tabell 2. Andel kommuner som har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik (inklusive trygghetslarm), i %, 2021–2022

Andel kommuner som i ledningssystemet har:	2021 (n=285)	2022 (n=288)
Identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör införande och handhavande	48	50
Tagit fram skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med införande och handhavande	51	52
Rutiner för att göra riskanalyser	48	46
Rutiner för egenkontroll för att säkra kvaliteten	47	47
Rutiner för uppföljning av insatser med stöd av välfärdsteknik*	-	32

*Frågan ställdes inte 2021.

I fritextsvaren uppger många kommuner att det finns generella ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I vissa fall ingår välfärdsteknik uttalat i dessa och i andra fall inte. Ett flertal kommuner uppger att det finns specifika ledningssystem för trygghetslarm men inte för övrig välfärdsteknik. Vidare framhåller många kommuner att de har ett pågående arbete med att införa ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik.

Utvärderingar av digitaliseringens effekter

I årets enkät ställdes en ny fråga huruvida kommunerna har utvärderat effekterna av sin digitalisering de senaste två åren. Här kunde kommunerna ange hur dessa utvärderingar har utförts och om de har fokuserat på effekterna för personal och organisation respektive enskilda eller kostnadseffekter; med kostnadseffekter avses att kostnader jämförs med någon form av effekt för enskilda eller för personalen.

Resultatet visar att en majoritet av kommunerna inte har genomfört denna typ av utvärdering de senaste två åren. Tabell 3 visar att det genomförts fler utvärderingar inom socialtjänsten än i den kommunala hälso- och sjukvården. Utvärdering av effekter för personal och organisation är vanligast förekommande, sedan kommer utvärderingar för enskilda och sist utvärdering av kostnadseffekter.

Tabell 3. Andel kommuner som de senaste två åren gjort, eller låtit göra, någon utvärdering av effekterna av digitalisering, i %, 2022

Typ av utvärdering*	Socialtjänst (n=288)	Kommunal hälso- och sjukvård (n=259)
Utvärdering av effekter för personal eller organisation	27	21
Utvärdering av effekter för enskilda	20	17
Kostnadseffektanalys	18	13
Ingen utvärdering har genomförts	69	76

*Flera alternativ har kunnat anges.

Det är vanligast att kommunerna har genomfört utvärderingen i egen regi. Endast ett fåtal kommuner anger att de har tagit hjälp av extern part, till exempel en högskola, för att genomföra utvärderingen. I fritextsvaren framkommer att utvärderingarna har utförts på olika nivåer. Vissa kommuner har

genomfört mindre utvärderingar på egen hand medan andra har deltagit i mer omfattande studier tillsammans med forskare. Kommunerna har också använt olika metoder i utvärderingarna. Några exempel som nämns är enkäter till och samtal med personal och brukare, verksamhetsdialog, nyttokalkyler och nyttovärdering som avser både ekonomi och värde för enskilda.

Vidare anger kommunerna i fritextsvaren vilken typ av välfärdsteknik som har utvärderats. Exempel som nämns av flera kommuner är digitala lås, digital signering, digital läkemedelshantering, läkemedelsfördelare, digital tillsyn och stöd för digitala inköp. Andra exempel som nämns av flera kommuner är utvärderingar av digitalisering inom området ekonomiskt bistånd, till exempel e-tjänster för ansökan och automatiserad handläggning. I fritextsvaren framkommer att många kommuner har ett pågående arbete med utvärdering eller att de kommer att påbörja ett sådant i närtid. Flera kommuner anger pandemin som orsak till att de inte har kunnat prioritera att genomföra utvärderingar de senaste två åren.

Informationssäkerhet

I socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården 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 dataskyddsförordning⁹
- patientdatalagen (2008:355)
- socialtjänstlagen (2001:453)
- lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
- offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

I dessa lagar finns bestämmelser som kommunerna behöver förhålla sig till när de hanterar information. Det handlar om att uppgifterna ska vara riktiga och tillgängliga för alla som har behörighet samt att konfidentialiteten ska bevaras.

Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)

Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) är ett stöd för att styra informationssäkerhetsarbetet i verksamheterna. En central del i ett ledningssystem är ledningens uttalade stöd, där ledningen bör 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 medarbetare.¹⁰ I riktlinjer är det vanligt att det förs in bestämmelser om till exempel:

⁹ 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.

¹⁰ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). Hämtad 2022-04-12 från: <https://www.msb.se/sv/amnesomraden/informationssakerhet-cybersakerhet-och-sakra-kommunikationer/standardisering-inom-informationssakerhet/lis-iso-27000/>

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

Årets resultat visar att det är något vanligare med LIS i den kommunala hälso- och sjukvården än i socialtjänsten. Av enkätsvaren framgår att 45 procent av kommunerna har ett LIS som avser den kommunala hälso- och sjukvården och att 42 procent har ett LIS som avser socialtjänsten. Det har inte skett någon ökning inom detta område jämfört med 2021 års resultat.

I fritextsvaren anger många kommuner att det finns ett generellt LIS i kommunen men inget specifikt LIS riktat mot socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård; många kommuner uppger dock att de har ett pågående arbete för att ta fram ett sådant. I fritextsvaren beskriver kommunerna också andra typer av stöd som de använder i informationssäkerhetsarbetet, till exempel riktlinjer, styrdokument, policyer och informationshanteringsplaner.

Uppföljning av risker och behov av utveckling

Informationssäkerheten kan bevakas och upprätthållas på olika sätt. Ett grundläggande sätt är att göra regelbundna uppföljningar av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet. Kommunerna tillfrågades i enkäten om de har genomfört någon sådan uppföljning under 2021. Resultatet visar att dessa uppföljningar är något vanligare inom socialtjänsten än i den kommunala hälso- och sjukvården.

Uppdelat på socialtjänstens verksamhetsområden anger 44 procent av kommunerna att de har genomfört en sådan uppföljning inom äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen. Resultatet för funktionshinderområdet är något lägre, 42 procent. Totalt har 48 procent av kommunerna genomfört en uppföljning av risker och behov av utveckling av informationssäkerhet inom något av områdena. Motsvarande andel för den kommunala hälso- och sjukvården är 40 procent.

I fritextsvaren framkommer att en del kommuner endast har gjort en uppföljning på förvaltningsövergripande nivå medan andra har genomfört uppföljningar inriktat på specifika tjänster och system. Flera kommuner anger att de arbetar med uppföljning av informationssäkerhet löpande; dock varierar graden av systematik. Många kommuner beskriver att de har ett pågående utvecklingsarbete på området. Vissa kommuner anger pandemin som orsak till att de inte har gjort någon uppföljning under 2021.

År 2019 och 2020 frågade Socialstyrelsen om kommunerna genomför regelbundna uppföljningar minst en gång per år av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet inom socialtjänsten. Resultatet från båda åren visade att 55 procent av kommunerna gjorde detta. År 2021 frågade Socialstyrelsen om kommunerna hade följt upp risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet i socialtjänsten *och* i den

kommunala hälso- och sjukvården under 2020. Totalt 52 procent av kommunerna angav att de hade genomfört en sådan uppföljning.

I år var frågan om uppföljning av informationssäkerhet uppdelad mellan socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Vid en sammanslagning av årets resultat framgår att 34 procent av kommunerna har genomfört denna typ av uppföljning inom socialtjänsten *och* i den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare har 53 procent av kommunerna gjort en uppföljning inom socialtjänsten *och/eller* i den kommunala hälso- och sjukvården. Eftersom enkätfrågan är omformulerad i år försvåras dock jämförelser med tidigare år.

Klassning av information utifrån konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet

Klassificering av information är grundläggande 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.

Av tabell 4 framgår att klassificeringar av information är vanligare inom socialtjänsten än i den kommunala hälso- och sjukvården.

Tabell 4. Andel kommuner som har gjort en klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet, i %, 2022

Nivå av klassning	Socialtjänst (n=288)*	Kommunal hälso- och sjukvård (n=259)
Ja, av alla objekt	20	21
Ja, delvis (något eller flera objekt, men inte alla)	55	42
Nej, ingen klassning av information har gjorts	25	37

*Avser verksamhetsområdena individ och familjeomsorg, äldreomsorg och funktionshinderområdet. Andelarna utgår från huruvida kommunen klassat samtliga objekt inom alla områden, några objekt inom något område alternativt inga objekt.

Gällande klassificering inom socialtjänsten syns en svag positiv utvecklingskurva över tid. Andelen kommuner som har klassat alla objekt har ökat från 16 procent 2019 till 20 procent 2022. Klassificering i den kommunala hälso- och sjukvården har inte följts upp separat tidigare, men 2021 ställdes frågan huruvida kommunerna hade klassat information inom socialtjänsten *och* i den kommunala hälso- och sjukvården. Då uppgav 18 procent av kommunerna att de hade klassificerat alla objekt medan 21 procent inte hade gjort någon säkerhetsklassning alls.

I fritextsvaren framkommer att många kommuner har ett pågående arbete med informationssäkerhetsklassning eller att ett sådant arbete kommer att påbörjas 2022. Några kommuner uppger att de genomför klassningar när de inför nya system men inte av äldre befintliga system. Ett flertal kommuner uppger att de använder sig av SKR:s verktyg *Klassa* för informationsklassning.

Säkra digitala kommunikationskanaler

Sedan 2018 har Socialstyrelsen frågat huruvida kommunerna erbjuder säker digital kommunikation mellan invånare och socialtjänstpersonal. Med säker kommunikation menas att enskildas integritet skyddas vid kommunikation över öppna nät, exempelvis via inloggning med e-legitimation.

Tabell 5 visar utvecklingen vad gäller användningen av säker digital kommunikation inom socialtjänsten. Här syns en kraftig ökning mellan 2020 och 2021. Även i år har det skett en ökning inom samtliga verksamhetsområden. Det är vanligast att kommunerna erbjuder säker digital kommunikation inom området ekonomiskt bistånd och minst vanligt inom funktionshinderområdet.

Tabell 5. Andel kommuner som erbjuder säker digital kommunikation mellan enskilda och socialtjänsten, i %, 2018–2022

Verksamhetsområde	2018 (n=233)	2019 (n=203)	2020 (n=246)	2021 (n=285)	2022 (n=288)
Barn och unga	6	4	9	19	24
Ekonomiskt bistånd	5	6	12	43	56
Familjerätt	3	3	6	16	21
Familjerådgivning i kommunal drift*	2	3	4	13	-
Vuxna med missbruksproblem	4	3	7	16	22
Funktionshinder, (LSS och/eller SoL)	4	4	4	18	19
Äldreomsorg	3	3	4	19	21

*Svarsalternativet fanns inte 2022.

I årets enkät ställdes en ny fråga om säkra kommunikationskanaler i den kommunala hälso- och sjukvården. Resultatet visar att patienter kan kommunicera digitalt på ett säkert sätt med personal, exempelvis med en sjuksköterska, i 14 procent av kommunerna. Säker digital kommunikation mellan kommunal och regional hälso- och sjukvårdspersonal i primärvård respektive specialistvård finns i 81 procent av kommunerna.

Säker hantering av identiteter och behörigheter för socialtjänstpersonal

I kommunerna finns lokala verksamhetssystem för socialtjänstens personakter och 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 ha 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 kopplad till en katalog där rollerna anges. Medarbetaren använder då e-legitimationen vid inloggning i systemen tillsammans med en personlig pinkod eller ett engångslösenord. Det finns olika sätt att logga in med stark autentisering, bland annat e-tjänstekort och koddosor.

Totalt 45 procent av kommunerna kräver stark autentisering i samtliga system som ger personal åtkomst till känsliga personuppgifter över öppna nät (se tabell 6). Detta är en tydlig ökning från 2021 års resultat som var 35

procent. Andelen kommuner som inte kräver stark autentisering för något system har legat på samma nivå (3 procent) sedan 2020. Av fritextsvaren framkommer att 2 av de 9 kommuner som angett att de saknar krav på stark autentisering kommer införa detta 2022.

Tabell 6. Andel kommuner som kräver stark autentisering i system som ger socialtjänstpersonalen åtkomst till känsliga personuppgifter över öppna nät, i %, 2020–2022

System med krav på stark autentisering	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)
Inga	3	3	3
Delvis	63	62	52
Alla	34	35	45
Totalt	100	100	100

Jämfört med 2021 framkommer att det inte är samma kommuner som saknar krav på stark autentisering i år; de 8 kommuner som 2021 angav att de saknade krav på stark autentisering uppger i årets enkät att de nu har sådana krav delvis eller för alla system. På motsvarande sätt har de 9 kommuner som saknar krav på stark autentisering i år uppgett att de hade det 2021. En förklaring kan vara att årets enkät förtydligar vad som avses med stark autentisering, exempelvis att användare ska kunna förlora kontrollen över en faktor utan att säkerheten för skyddsobjektet helt går förlorad samt att det ska gå att upptäcka och vidta åtgärder om det händer. Andra förklaringar kan vara att olika personer, med olika kunskap om kommunen, har besvarat enkäten eller att kommunen faktiskt ändrat sina krav på stark autentisering.

I fritextsvaren beskriver kommunerna olika lösningar för autentisering. E-tjänstekort är vanligt förekommande men i många kommuner används dessa inte i samtliga system eller av all personal. Användningen av stark autentisering varierar dessutom mellan olika verksamhetsområden och system. I vissa kommuner finns stark autentisering i nya system men inte i äldre system som håller på att fasa ut. Ett flertal kommuner kräver inte stark autentisering för kommunens egna nät, och medarbetarna har möjlighet att koppla upp sig på kommunens nät när de arbetar externt. Flera kommuner anger i fritextsvaren att de kommer att arbeta med att breddinföra stark autentisering 2022.

Vidare visar enkätresultatet att det är vanligare att handläggande personal använder stark autentisering vid hantering av personuppgifter än att personal i utförarverksamheterna gör det. Denna diskrepans återkommer i resultaten år efter år, dock minskar glappet mellan personalgrupperna över tid. År 2015 var det ungefär tre gånger vanligare att handläggarna hade tillgång till stark autentisering jämfört med den utförande personalen. I år är skillnaden betydligt mindre vilket framgår av tabell 7 och tabell 8.

Användningen av stark autentisering skiljer sig åt mellan olika verksamhetsområden. Det är vanligast att personal använder stark autentisering inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet, både när det gäller myndighetsutövning och utförarverksamhet. De övriga verksamhetsområdena ligger på en lägre, och relativt jämn, nivå.

Tabell 7. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder stark autentisering vid hantering av personuppgifter, per verksamhet, i %, 2022 (n=288)

Verksamhetsområde	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Fler än hälften	Alla
Barn och unga	28	12	2	3	55
Ekonomiskt bistånd	28	12	2	3	55
Familjerätt	31	10	1	2	56
Vuxna med missbruksproblem	27	11	2	2	57
Funktionshinder (SoL)	19	9	1	2	69
Funktionshinder (LSS)	19	8	1	2	69
Äldreomsorg	16	9	1	2	72

Tabell 8. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i utförarverksamheterna använder stark autentisering vid arbete med personuppgifter, i %, 2022

Verksamhetsområde	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Fler än hälften	Alla	Antal svar
Barn och unga	37	8	3	2	50	283
Arbetsmarknadsinsatser	45	9	2	2	41	282
Vuxna med missbruksproblem	38	9	3	2	48	284
Äldreomsorg, hemtjänst i ordnärt boende	25	16	3	6	49	280
Äldreomsorg, särskilda boenden	29	18	4	4	46	282
Äldreomsorg, dagverksamheter	33	15	4	4	45	282
Funktionshinder (SoL)	30	17	4	3	45	282
Funktionshinder (LSS)	31	18	3	3	46	283

I årets enkät har Socialstyrelsen justerat frågan om personalens användning av stark autentisering för att få en mer exakt bild av detta. Tidigare år har enkäten frågat hur stor andel av personalen som ”har tillgång till stark autentisering”. I år efterfrågas hur stor andel av personalen som ”använder stark autentisering vid arbete med personuppgifter”. Denna omformulering komplicerar jämförelser med tidigare år. Rapporten 2021 uppvisade högre nivåer av personal som hade tillgång till stark autentisering jämfört med årets nivåer av personal som använder av stark autentisering. Detta gäller samtliga verksamhetsområden inom både myndighetsutövning och utförarverksamhet.

Strukturerad dokumentation och klassifikationer

I kommunernas digitala utveckling är det centralt att de använder ändamålsenlig och strukturerad dokumentation, det vill säga att den information som dokumenteras är relevant, att den dokumenteras med stöd av enhetliga begrepp och att dokumentationen är strukturerad där det finns behov av återanvändning och informationsöverföring.

Det finns inte någon allmän definition av begreppet strukturerad dokumentation men Socialstyrelsens beskrivning utgår från behovet av att systematiskt kunna återanvända information som dokumenterats om brukaren eller patienten. Detta innebär att dokumentationen behöver vara strukturerad så att den kan återsökas vid senare tillfälle och tillgängliggöras i sitt sammanhang. Vidare ska informationen kunna användas i kommunens kvalitetsarbete, till exempel för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling. Utöver att vara strukturerad behöver dokumentationen vara baserad på enhetliga begrepp, så att personalen dokumenterar samma sak inom en informationsmängd oavsett vem som dokumenterar eller återanvänder den.

I kommunerna används strukturerad dokumentation exempelvis inom ramen för arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet [22]. Inom verksamhetsområdet barn och unga används Barns behov i centrum (BBIC) [23].

Strukturerad information i kvalitetsarbete

Sedan 2020 frågar Socialstyrelsen huruvida kommunerna använder strukturerade uppgifter i aggregerad form i sitt kvalitetsarbete, exempelvis i deras verksamhetsuppföljning. Tabell 9 visar att mellan 49 och 69 procent av kommunerna använder den strukturerade socialtjänstdokumentationen i sitt kvalitetsarbete. Användningen av strukturerade uppgifter varierar beroende på verksamhetsområde och är högst inom området barn och unga.

Tabell 9. Andel kommuner som använder den strukturerade socialtjänstdokumentationen i sitt eget kvalitetsarbete, i %, 2020–2022

Verksamhetsområde	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)
Barn och unga	67	62	69
Ekonomiskt bistånd	41	47	49
Familjerätt	40	41	49
Vuxna med missbruksproblem	53	55	63
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	48	52	57
Äldreomsorg	51	52	57

Inom samtliga av socialtjänstens verksamhetsområden har användningen av strukturerade uppgifter i kvalitetsarbetet ökat sedan 2020. I fritextsvaren uppger flera kommuner att de redan använder IBIC och BBIC eller att ett införande pågår. Några kommuner anger att de nyligen bytt verksamhetssystem och att användning av strukturerad information i kvalitetsarbete är under utveckling.

Gällande den kommunala hälso- och sjukvården visar årets resultat att omkring 60 procent av kommunerna använder strukturerade uppgifter i sitt kvalitetsarbete. I fritextsvaren anger kommunerna att vissa strukturerade uppgifter sammanställs till rapporter i form av verksamhetsuppföljning, verksamhetsplan och patientsäkerhetsberättelse. Vid en jämförelse med socialtjänstområdet framkommer inga markanta skillnader. Dock är utvecklingen över tid starkare inom socialtjänsten än i den kommunala hälso- och sjukvården, vilken har legat på ungefär samma nivå sedan 2020.

Ökad användning av ICF

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd [24]. Klassifikationen används som stöd vid bedömning av behov, arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. IBIC bygger till stor del på ICF [22]. Användningen av ICF är betydligt vanligare i den kommunala hälso- och sjukvården än inom socialtjänsten.

I socialtjänsten används ICF både av handläggare i myndighetsutövningen och av personal i de kommunala utförarverksamheterna. Resultatet visar att användningen av ICF är högre i myndighetsutövning än i utförarverksamhet. Av tabell 10 framgår att mellan 21 och 69 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Motsvarande nivå inom utförarverksamheten är mellan 15 och 57 procent (se tabell 11). Användningen av ICF är vanligast inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet jämfört med övriga områden. Sedan 2015 har användningen av ICF ökat kontinuerligt för samtliga av socialtjänstens verksamhetsområden.

Tabell 10. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder ICF i dokumentationen, i %, 2015–2022¹¹

Verksamhetsområde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Barn och unga	14	18	19	18	23	25	28	28
Ekonomiskt bistånd	4	5	7	10	13	16	17	21
Vuxna med missbruksproblem	7	8	9	11	15	20	22	24
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	14	20	23	32	47	56	65	67
Äldreomsorg	26	29	37	44	58	60	66	69

Tabell 11. Andel kommuner där personalen i de kommunala utförarverksamheterna använder ICF i dokumentationen, i %, 2015–2022¹²

Verksamhetsområde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Barn och unga	8	14	14	13	20	20	19	22
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6	8	14	12	15
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8	12	18	17	20
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	12	17	18	28	39	47	46	57
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26	36	45	45	44	51
Äldreomsorg, särskilt boende och dagverksamhet*	19	20	25	37	46	-	-	-
Äldreomsorg, särskilt boende**	-	-	-	-	-	48	46	55
Äldreomsorg, dagverksamheter**	-	-	-	-	-	41	42	52

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

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

¹¹ Antal kommuner som besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andel beräknas utifrån hur många kommuner som svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

¹² Antal kommuner som besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andel beräknas utifrån hur många kommuner som svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

I den kommunala hälso- och sjukvården har ICF varit i bruk i en majoritet av kommunerna sedan 2015 och användningen har ökat kontinuerligt. För hemsjukvård i ordinärt boende har andelen kommuner som använder ICF ökat från 66 till 86 procent mellan 2015 och 2022. För hälso- och sjukvård i särskilt boende har användningen ökat från 69 till 86 procent under samma period (se tabell 12).

Tabell 12. Andel kommuner där ICF används i dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården i %, 2015–2022¹³

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

Ökad användning av KSI

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) [25] gör det möjligt att enhetligt och jämförbart benämna och beskriva de insatser och aktiviteter inom socialtjänsten som utförs enligt

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

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

Liksom ICF är användningen av KSI över lag högre i socialtjänstens myndighetsutövning än i utförarverksamheten. Av tabell 13 framgår att mellan 10 och 23 procent av kommunerna använder KSI i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Motsvarande nivå inom utförarverksamheten är mellan 7 och 18 procent (se tabell 14).

Användningen av KSI är, likt användningen av ICF, vanligast inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet jämfört med övriga områden. Användningen av KSI har ökat för samtliga verksamhetsområden sedan 2018. Framför allt ökade användningen mellan 2018 och 2019, med mer än en fördubbling inom många områden. Mellan 2019 och 2021 syns en tillbakagång i användningen inom flertal områden men för 2022 har resultatet återhämtat sig till, eller överstiger, 2019 års nivåer. Det enda området som i år uppvisar en minskad användning av KSI är vid myndighetsutövning gällande barn och unga.

¹³ Antal kommuner som besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andel beräknas utifrån hur många kommuner som svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

Tabell 13. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder KSI i dokumentationen, i %, 2018–2022

Verksamhetsområde	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)
Barn och unga	7	14	12	12	11
Ekonomiskt bistånd	6	10	8	9	10
Vuxna med missbruksproblem	6	10	10	9	10
Funktionshinder (SoL-och/eller LSS)	7	19	14	16	20
Äldreomsorg	10	23	19	21	23

Tabell 14. Andel kommuner där personalen i de kommunala utförarverksamheterna använder KSI i dokumentationen, i %, 2018–2022¹⁴

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

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

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

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

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

Skillnader mellan kommunstorlekar

Nedan presenteras de skillnader som Socialstyrelsen har identifierat mellan kommuner av olika storlek. Trots att storleksindelningen är justerad i år jämfört med 2021 ser Socialstyrelsen samma tendens som tidigare, nämligen att större kommuner har kommit längre än mindre kommuner vad gäller styrning, kvalitetsledning, informationssäkerhet och strukturerad dokumentation. I vissa fall framkommer ett tydligt mönster av att ju större en kommun är, desto fler positiva svar på enkätfrågorna. I andra fall är mönstret inte fullt lika tydligt och i något enstaka fall uppvisar de mindre kommunerna högre resultat än de större kommunerna.

¹⁴ Antal kommuner som besvarat frågan varierar mellan de olika verksamhetsområdena. Andel beräknas utifrån hur många kommuner som svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

Styrande dokument och kvalitetsledningssystem

Resultatet visar att de större kommunerna i högre utsträckning än mindre kommuner har styrande dokument och kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik (se bilaga 4 tabell 1 och 2). Detta gäller både inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Exempelvis har knappt hälften (49 procent) av de minsta kommunerna styrande dokument inom den kommunala hälso- och sjukvården medan nästan alla (93 procent) av de största kommunerna har det.

Gällande kvalitetsledningssystem anger 54 procent av de minsta kommunerna och 74 procent av de största kommunerna att de har ett kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik.

Utvärderingar av digitaliseringens effekter

De större kommunerna har utvärderat digitaliseringens effekter i högre utsträckning än de mindre kommunerna (se bilaga 4 tabell 3). Över hälften av de största kommunerna har utvärderat effekter för personal och organisation samt för enskilda inom socialtjänsten. Motsvarande andel för de minsta kommunerna är cirka 10 procent. I den kommunala hälso- och sjukvården är skillnaden nästan lika stor. Där har 40 procent av de största kommunerna utvärderat effekter för personal och organisation samt för enskilda, medan 10–14 procent av de minsta kommunerna har gjort detsamma.

Spridningen mellan storleksgrupperna är som störst vad gäller utvärderingar av kostnadseffekter. Inom socialtjänsten har 47 procent av de största kommunerna utvärderat kostnadseffekter medan endast 4 procent av de minsta kommunerna har gjort det. I den kommunala hälso- och sjukvården är motsvarande fördelning 33 respektive 3 procent.

Informationssäkerhet

Inom informationssäkerhet utmärker sig de större kommunerna. Vad gäller ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som avser socialtjänsten så har 58 procent av största kommunerna ett LIS medan 35 procent av de minsta kommunerna har det (se bilaga 4 tabell 4). I den kommunala hälso- och sjukvården har de näst största kommunerna LIS i högst utsträckning (76 procent), tätt följda av de största kommunerna (73 procent) medan de minsta kommunerna har LIS i lägst utsträckning (38 procent).

Även inom uppföljning av risker och behov av utveckling av informationssäkerhet dominerar de större kommunerna (se bilaga 4 tabell 5). Bland de största och näst största kommunerna är det mellan 52–67 procent som har gjort en sådan uppföljning under 2021. Motsvarande siffra för de minsta kommunerna är omkring 33 procent.

När det gäller klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet framgår att de minsta kommunerna klassar information i lägst utsträckning (se bilaga 4 tabell 6). I den kommunala hälso- och sjukvården är skillnaden störst; där är det hälften av de minsta kommunerna som inte klassar någon information medan samtliga av de största kommunerna gör det i någon mån.

När det kommer till säker digital kommunikation mellan invånare och socialtjänstpersonal är det vanligast inom de två största storleksgrupperna; dock varierar det beroende på verksamhetsområde om det är de största eller näst

största kommunerna som erbjuder det i högst utsträckning. De övriga storleksgrupperna ligger på en relativt jämn nivå (se bilaga 4 tabell 7).

Storleksförhållandet för säker kommunikation i den kommunala hälso- och sjukvården skiljer sig från socialtjänsten. Resultatet visar att de medelstora kommunerna tillhandahåller säker digital kommunikation mellan patienter och personal i högst utsträckning (se bilaga 4 tabell 8). Gällande säker kommunikation mellan kommunal och regional hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller de minsta och näst minsta kommunerna det i högst utsträckning (omkring 85 procent) medan de största kommunerna gör det i lägst utsträckning (53 procent), se bilaga 4 tabell 9.

Vad gäller stark autentisering framkommer inga tydliga storleksmönster (se bilaga 4 tabell 10–12). Dock uppvisar de näst största kommunerna de högsta nivåerna av personal som använder stark autentisering.

Strukturerad dokumentation och klassifikationer

De största kommunerna använder strukturerade uppgifter i sitt kvalitetsarbete i högst utsträckning, både inom socialtjänsten och i den kommunala hälso- och sjukvården (se bilaga 4 tabell 13 och 14). Inom socialtjänsten använder 63 procent av de största kommunerna sådana uppgifter inom samtliga verksamhetsområden. Motsvarande andel för övriga storleksgrupper är mellan 27–42 procent. Gällande den kommunala hälso- och sjukvården uppger cirka 80 procent av de största kommunerna att de använder informationen i sitt kvalitetsarbete medan cirka 50 procent av de minsta kommunerna gör det. I övrigt är nivån förhållandevis jämn mellan storleksgrupperna.

När det gäller KSI syns ett motsatt mönster, där använder de mindre kommunerna KSI i högre utsträckning än de större kommunerna (se bilaga 4 tabell 18 och 19). Denna tendens identifierades även i 2021 års rapport. Av de minsta kommunerna anger 10 procent att de använder KSI i myndighetsutövningen inom samtliga verksamhetsområden. Motsvarande siffra är 3 procent för de näst största kommunerna respektive 5 procent för de största kommunerna. Gällande ICF framkommer däremot inga tydliga storleksmönster (se bilaga 4 tabell 15–17).

Välfärdsteknik och e-hälsa i socialtjänsten

I tidigare avsnitt presenterades kommunernas arbete med styrning, kvalitetsledning, informationssäkerhet och strukturerad dokumentation inom socialtjänsten. I detta avsnitt redovisas kommunernas utveckling inom välfärdsteknik, e-hälsa och digitalisering i socialtjänstens verksamhetsområden.

Kontroll av digitala trygghetslarm

Trygghetslarm är den vanligaste formen av välfärdsteknik för enskilda och har använts i alla kommuner i årtionden. Antalet trygghetslarm ökar något år från år. I december 2015 var det enligt Socialstyrelsens statistik cirka 184 000 personer över 65 år som hade ett trygghetslarm; i december 2021 var siffran cirka 213 000 personer. Trygghetslarmen har på senare år genomgått en digitalisering och så gott som alla trygghetslarm är i dag digitala; analoga trygghetslarm finns endast på ställen där det saknas mobilt eller fiberburet bredband.

Åren 2014–2017 ställde Socialstyrelsen frågor om frekvent funktionsövervakning av digitala trygghetslarm, det vill säga att det automatiskt skickas en signal från larmenheten till larmcentralen utifrån ett förbestämt intervall. Denna signal kan innehålla uppgifter om exempelvis signalstyrka och batteristandard. I år återupptogs frågan, och resultatet visar att kommunerna ligger kvar på samma höga nivå som etablerades 2016, där över 90 procent av kommunerna genomför denna typ av funktionsövervakningar.

I år uppger 91 procent av kommunerna att de gör frekventa funktionsövervakningar av de digitala trygghetslarmen. Av dessa anger 6 procent att övervakningen har ett längre intervall än en gång per dag. Resterande kommuner har ett kortare intervall och i 52 procent av dessa kommuner görs övervakningen på minutbasis. Vidare anger hälften av de kommuner som har frekvent funktionsövervakning att en ansvarig person tar del av övervakningsrapporterna kontinuerligt. I 31 procent av kommunerna görs detta en gång per dag men i 10 procent av kommunerna saknas rutiner för hur ofta ansvarig person ska ta del av rapporterna. Ansvarig person kan vara en hemtjänstgrupp, ett larmteam eller annan enhet som har till uppgift att ta del av och eventuellt reagera på rapporter från funktionsövervakningen.

I totalt 69 procent av kommunerna finns rutiner för hur ofta de utför manuella testlarm, varav 45 procent utför dessa varje månad och 11 procent oftare än så. Av de kommuner som utför manuella testlarm anger 90 procent att de har rutiner för att följa upp de tester som görs av larmens funktion.

Välfärdsteknik i ordinärt boende

I enkäten efterfrågas vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig i ordinärt boende för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Med tillgänglig avses att tekniken är upphandlad och kan beviljas enligt socialtjänstlagen (SoL),¹⁵ eller att den på annat sätt införts som stöd för personalen eller organisationen. Här inkluderas inte teknik som förskrivs med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller teknik som köps av enskilda på konsumentmarknaden.

Sedan 2020 har det skett en ökning av samtliga typer av välfärdsteknik i ordinärt boende, med undantag för digitalt stöd för eller träning i dagliga aktiviteter inom funktionshinderområdet, vilket minskat något.¹⁶ En jämförelse med 2021 visar både en ökad och minskad användning av välfärdsteknik; nedgången är tydligast inom ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning. Se tabell 15 och 16. I fritextsvaren framkommer att många kommuner arbetar med att implementera välfärdsteknik 2022. Det handlar exempelvis om digitala lås, digitala inköp, digital tillsyn, läkemedelsfördelare, gps-larm och om att koppla brandlarm till trygghetslarm.

Fler personer med digital tillsyn

Tillsyn med digital teknik innebär att en kamera eller annan teknik placeras i den enskildes hem genom vilken en larmcentral eller annan personal kan ha uppsikt över personen. Att använda digital tillsyn förutsätter dock att omsorgsgivaren eller larmcentralen aktivt sätter i gång kameran för att göra tillsynen.

Digital tillsyn nattetid är en vanligt förekommande välfärdsteknik inom ordinärt boende. I årets enkät uppger 78 procent av kommunerna att de använder digital natttillsyn i ordinärt boende för äldre, vilket är en svag uppgång från 2021. För personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende har det däremot skett en nedgång i andel kommuner som använder digital natttillsyn – från 47 procent 2021 till 43 procent i år. Men trots denna nedgång har antalet personer med digital natttillsyn ökat inom ordinärt boende.

I år har 3 360 personer i ordinärt boende fått sina hem utrustade med digital natttillsyn i form av kamera, fjärrtillsyn, värmekamera eller annan teknik i 225 kommuner. Detta är en ökning från 2021 då 3 146 personer hade digital natttillsyn.¹⁷ År 2020 hade 2 193 personer denna typ av tillsyn. Ökningen mellan 2020 och 2021 var högre jämfört med ökningen i år.

Av enkätsvaren framgår att många kommuner har få personer med digital natttillsyn; detta gäller både kommuner som har tekniken i pilotverksamhet och de som har breddinfört den. Totalt 10 kommuner har 60 användare eller fler, och det högsta antalet som rapporteras av en enskild kommun är 199 personer. Genomsnittet ligger på cirka 15 personer med digital natttillsyn per kommun. Totalt har 130 kommuner färre än 10 personer med digital

¹⁵ För ordinärt boende för äldre: biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § SoL eller ett förenklat beslut enligt 4 kap. 2a SoL. För ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning endast biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § SoL.

¹⁶ Andelen kommuner som infört gps-larm och passiva larm inom ordinärt boende för äldre är lägre i år jämfört med 2020 men antalet kommuner är högre. Detta på grund av att färre kommuner besvarade enkäten 2020.

¹⁷ Åren 2020 och 2021 skulle kommunerna ange värdet 3 om de hade 1–3 personer med digital natttillsyn. Denna anvisning togs bort 2022, vilket påverkar resultatet. Om anvisningen varit kvar i år skulle årets resultat varit 62 personer fler, eftersom 31 kommuner har angett 1–2 personer som svar i år.

natttillsyn, varav 23 kommuner inte har utrustat någon person med denna teknik. Av de kommuner som angett att de breddinfört tekniken har 94 kommuner färre än 10 personer med digital natttillsyn, varav 8 kommuner helt saknar användare.

Användningen av digital tillsyn på dagen är betydligt mindre utspridd i kommunerna; nivåerna mer än halveras jämfört med tillsyn nattetid. Dessutom har användningen av digital tillsyn dagtid minskat något både inom ordinärt boende för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Dock har det även här skett en ökning i antalet personer vars hem utrustats med digital tillsyn. I år har 271 personer i ordinärt boende digital tillsyn dagtid i 97 kommuner. Detta är en ökning från 2021 då 199 personer hade denna typ av tillsyn.¹⁸

Inom digital tillsyn dagtid är antalet användare i kommunerna lågt. Endast 3 kommuner har 20 användare eller fler; det högsta antalet som rapporteras av en enskild kommun är 32 personer och genomsnittet är knappt 3 personer med digital tillsyn dagtid per kommun. Totalt har 87 kommuner färre än 10 personer med digital tillsyn dagtid, varav 55 kommuner inte har utrustat någon person med denna teknik. Av de kommuner som angett att de breddinfört tekniken har 49 kommuner färre än 10 personer med digital tillsyn dagtid, varav 28 kommuner helt saknar användare.

Fler personer har gps-larm

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

Cirka 62 procent av kommunerna erbjuder gps-larm inom ordinärt boende för äldre och 45 procent erbjuder det inom ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning. Andel kommuner som använder gps-larm har legat relativt still sedan 2020 för båda målgrupperna men det har skett en ökning i antalet personer som har gps-larm. I år har totalt 2 092 personer i ordinärt boende gps-larm med stöd av biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen, i 188 kommuner.¹⁹ Detta är en ökning från 2021 då 1 806 personer hade gps-larm.²⁰

Liksom digital tillsyn har kommunerna i regel få personer med gps-larm. I 4 kommuner har fler än 100 personer gps-larm; tillsammans står dessa 4 kommuner för över hälften av samtliga personer med gps-larm (1 157 personer). Genomsnittet för kommunerna ligger på cirka 11 personer med gps-larm. Totalt 154 kommuner har färre än 10 personer med gps-larm, varav 59 kommuner inte har utrustat någon person med denna teknik. Av de

¹⁸ Åren 2020 och 2021 skulle kommunerna ange värdet 3 om de hade 1–3 personer med digital tillsyn dagtid. Denna anvisning togs bort 2022, vilket påverkar resultatet. Om anvisningen varit kvar i år skulle årets resultat varit 32 personer fler, eftersom 16 kommuner har angett 1–2 personer som svar i år.

¹⁹ Sedan 2021 har frågan begränsats till beslut enligt SoL. Det totala antalet gps-larm i kommunerna kan därför antas vara större än de redovisade 2 092, som endast avser beslut enligt SoL.

²⁰ År 2021 skulle kommunerna ange värdet 3 om de hade 1–3 personer med gps-larm. Denna anvisning togs bort 2022, vilket påverkar resultatet. Om anvisningen varit kvar i år skulle årets resultat varit 94 personer fler, eftersom 47 kommuner har angett 1–2 personer som svar i år.

kommuner som angett att de breddinfört tekniken har 98 kommuner färre än 10 personer med gps-larm, varav 33 kommuner helt saknar användare.

Ökad användning av digitala lås

Digitala lås till enskildas bostäder är en teknik som möjliggör att låsen kan öppnas digitalt utan att man behöver använda fysiska nycklar. Årets resultat visar att användningen av digitala lås har ökat inom ordinärt boende. För äldre har användningen av digitala lås ökat från 75 procent 2021 till 81 procent i år. För personer med funktionsnedsättning är motsvarande ökning från 34 till 40 procent, vilket är den procentuellt högsta ökningen för en enskild välfärdsteknik inom detta område.

Ojämn utveckling av videostöd för SIP

En vanligt förekommande typ av välfärdsteknik är videostöd för samordnad individuell planering (SIP). En brukare kan då möta sin biståndshandläggare, omsorgs- eller vårdgivare och eventuellt närstående genom ett videosamtal under vårdplaneringsmötet.

Enkäten skiljer mellan videostöd för SIP inför utskrivning från slutenvård och SIP vid andra tillfällen. Kommunerna använder videostöd i liknande utsträckning vid båda typerna av vårdplaneringsmöten. I ordinärt boende för äldre använder cirka 80 procent av kommunerna videostöd för SIP. I ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning är resultatet något lägre – mellan 76 och 78 procent. Videostöd för SIP har ökat inom ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning men inte för äldre. Där har det i stället skett en viss nedgång för SIP vid andra tillfällen.

Minskning av digital kommunikation

Årets resultat visar en nedgång inom digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående inom ordinärt boende. För äldre har andelen kommuner som erbjuder detta sjunkit från 55 procent 2021 till 47 procent i år. För personer med funktionsnedsättning har andelen sjunkit från 49 procent 2021 till 44 procent i år.

Tabell 15. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende, i %, 2020–2022

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=242)	2021 (n=285)	2022, pilot- verksamhet (n=288)	2022, bred- dinfört (n=288)	2022, totalt (n=288)
Nattfyllsyn med digital teknik	65	76	15	63	78
Tillsyn dagtid med digital teknik*	-	33	14	17	31
Gps-larm	65	62	20	42	62
Passivt larm/sensor	90	78	7	73	80
Brandlarm kopplat till trygghetslarm **	-	-	5	17	22
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	78	80	11	70	81
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	67	82	9	70	79

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=242)	2021 (n=285)	2022, pilot- verksamhet (n=288)	2022, bred- dinfört (n=288)	2022, totalt (n=288)
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	27	34	15	22	37
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (till exempel påminnelser)	24	27	10	17	27
Stöd för digitala inköp	26	37	16	26	42
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående*	-	55	19	28	47
Digitala lås till enskildas bostäder*	-	75	6	75	81
Annat***	16	18	5	15	20

* Frågan ställdes inte i 2020 års enkät.

** Frågan ställdes inte i 2020 och 2021 års enkäter.

*** Svartaltemativet är inte obligatoriskt. Andel beräknas utifrån det totala antalet svarande.

Tabell 16. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende, i %, 2020–2022

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=246)	2021 totalt (n=285)	2022, pilot- verksamhet (n=288)	2022, bred- dinfört (n=288)	2022, totalt (n=288)
Nattillsyn med digital teknik	32	47	7	36	43
Tillsyn dagtid med digital teknik*	-	23	7	13	20
Gps-larm	45	46	13	32	45
Passivt larm/sensor	70	67	8	64	72
Brandlarm kopplat till trygghetslarm**	-	-	6	13	19
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	60	71	8	68	76
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	61	76	9	69	78
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	28	32	9	24	33
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (till exempel påminnelser)	45	42	10	27	37
Stöd för digitala inköp	14	24	8	16	24
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående*	-	49	12	32	44
Digitala lås till enskildas bostäder*	-	34	6	34	40
Annat***	11	9	3	7	10

* Frågan ställdes inte i 2020 års enkät.

** Frågan ställdes inte i 2020 och 2021 års enkäter.

*** Svartaltemativet är inte obligatoriskt. Andel beräknas utifrån det totala antalet svarande.

Spridning mellan kommunstorlekar i ordinärt boende

Inom ordinärt boende syns inga tydliga mönster vad gäller kommunstorlek. De näst största kommunerna utmärker sig något som den storleksgrupp som har infört flest typer av välfärdsteknik i högst utsträckning. I övrigt varierar det mycket mellan storleksgrupperna beroende på vilken teknik och boendeform det gäller. Inom vissa områden är det en relativt liten spridning mellan storleksgrupperna medan andra områden uppvisar en stor variation.

Ett exempel på ett område där det finns en stor spridning är digital nattillsyn i ordinärt boende för äldre. Totalt 67 procent av de minsta kommunerna har infört denna teknik i någon form medan 97 procent av de näst största kommunerna har gjort detsamma (se bilaga 4 tabell 20.1). Ett annat exempel är digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående inom ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning. Här är det mer än dubbelt så vanligt med digital kommunikation i de näst största kommunerna jämfört med de näst minsta kommunerna (se bilaga 4 tabell 21.3).

Två områden där de minsta kommunerna ligger i framkant är gps-larm och passiva larm i ordinärt boende för äldre. Här har hälften av kommunerna breddinfört gps-larm och 81 procent har breddinfört passiva larm. Den lägsta nivån av implementering återfinns hos de största kommunerna där 32 procent har breddinfört gps-larm och 58 procent har breddinfört passiva larm (se bilaga 4 tabell 20.1).

Välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre och stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning

I enkäten efterfrågas vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig i kommunens särskilda boendeformer för äldre, till exempel särskilt boende (säbo), korttidsboenden och biståndsbedömda trygghetsboenden samt i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Med tillgänglig avses att tekniken är upphandlad och kan beviljas enligt SoL²¹ eller att den på annat sätt införts som stöd för personalen eller organisationen. Här inkluderas inte teknik som förskrivs med stöd av HSL eller teknik som köps av enskilda på konsumentmarknaden.

Mer välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre

I särskilda boendeformer för äldre förekommer flera olika typer av välfärdsteknik. Den vanligaste är passiva larm, det vill säga olika sensorer som exempelvis dörrlarm, fall-larm och rörelsedetektorer. Dessa sensorer skickar ett larm till personalen på det särskilda boendet utan att den enskilde behöver larma själv; larmet utlöses av den boendes aktivitet eller brist på aktivitet i vissa fall. En stor andel av kommunerna (95 procent) använder passiva larm i särskilda boendeformer för äldre.

Sedan 2020 har det skett en ökning av samtliga typer av välfärdsteknik inom särskilda boendeformer för äldre. I vissa fall är dock ökningen i antal kommuner som har tekniken, inte i andel, eftersom färre kommuner

²¹ Enligt biståndsbeslut 4 kap. 1 § SoL.

besvarade enkäten 2020. Vid en jämförelse med 2021 års resultat har det även här skett en ökning inom de flesta områden (se tabell 17). I fritextsvaren uppger flera kommuner att de har ett pågående arbete med att implementera välfärdsteknik inom särskilda boendeformer för äldre; framför allt nämns digital tillsyn och nya larmsystem i form av trygghetslarm, gps-larm och avvikelserlarm.

Ett område som har ökat kraftigt jämfört med föregående år är digitala lås där andelen har ökat från 54 procent 2021 till 65 procent i år. Även inom digital natttillsyn finns en tydlig ökning – från att 44 procent av kommunerna erbjöd detta 2021 till att 50 procent av kommunerna gör det i år. En avvikelse från denna uppåtgående trend återfinns inom digital kommunikation, där andelen kommuner som erbjuder detta har minskat från 76 procent 2021 till 58 procent i år. Andra, inte lika tydliga, nedgångar återfinns inom SIP vid andra tillfällen och digitalt stöd för eller träning i dagliga aktiviteter.

Tabell 17. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, i %, 2020–2022

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=244)	2021 (n=285)	2022, pilot- verksamhet (n=282)	2022, bredd- infört (n=282)	2022 totalt (n=282)
Natttillsyn med digital teknik	44	44	22	28	50
Tillsyn dagtid med digital teknik*	-	28	16	16	32
Gps-larm	63	61	21	40	61
Passivt larm/sensor	100	92	2	93	95
Avvikelselarm (positionering)	41	49	10	42	52
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	71	74	9	66	75
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	62	78	9	63	72
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering*	-	42	16	33	49
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (till exempel påminnelser)*	-	30	9	18	27
Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram)**	30	-	-	-	-
Digitalt stöd för aktivering av olika slag, till exempel spel eller virtuell cykel**	57	-	-	-	-
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående*	-	76	16	42	58
Digitala lås till enskildas bostäder*	-	54	17	48	65
Annat***	16	18	6	16	23

* Frågan ställdes inte 2020.

** Frågan omformulerades 2021 och 2022.

*** Svartaltemativet är inte obligatoriskt. Andel beräknas utifrån det totala antalet svarande.

Nedbrutet på kommunstorlek framkommer att de näst största kommunerna har infört flest typer av välfärdsteknik i högst utsträckning. Det är också denna storleksgrupp som oftast har de högsta nivåerna av breddinförande. På andra sidan spektrumet återfinns de minsta och största kommunerna som står för det lägsta införandet av välfärdsteknik (se bilaga 4 tabell 22.1–22.3).

Två områden där de näst största kommunerna särskilt utmärker sig är avvikelarm och digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering. Inom dessa områden är det mer än dubbelt så vanligt att tekniken är breddinförd i de näst största kommunerna jämfört med i de minsta; inom avvikelarm har 69 procent av de näst största kommunerna breddinfört tekniken medan 30 procent av de minsta kommunerna har gjort det. Vad gäller digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering har 52 procent av de näst största kommunerna breddinfört detta stöd jämfört med 18 procent av de minsta kommunerna. Exempel där de största kommunerna uppvisar den lägsta nivån av breddinförande är digital nattillsyn, gps-larm och passiva larm.

Mindre välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden

I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning är passiva larm den vanligaste typen av välfärdsteknik. Årets enkätresultat visar att 78 procent av kommunerna har passiva larm i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. En annan vanlig välfärdsteknik är videostöd vid SIP, vilket finns i 70 procent av kommunerna.

Utvecklingen av välfärdsteknik inom stöd- och serviceboenden är ojämn. Inom flera områden har det inte skett någon ökning sedan 2020, och jämfört med 2021 syns inte heller någon tydlig utveckling (se tabell 18). I stället har användningen av välfärdsteknik minskat inom flera områden. Den största nedgången från 2020 års nivå ses inom gps-larm, som minskat från 53 procent 2020 till 40 procent 2022,²² och den största nedgången från 2021 gäller digital kommunikation, där andelen kommuner som erbjuder detta har minskat från 54 procent 2021 till 46 procent 2022.

De enda områden där det skett en klar ökning över tid är inom digitala lås och videostöd för SIP vid utskrivning från slutenvård.

Tabell 18. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, i %, 2020–2022

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=246)	2021 (n=285)	2022, pilot- verksamhet (n=281)	2022, bredd- infört (n=281)	2022, totalt (n=281)
Nattillsyn med digital teknik	33	27	9	20	29
Tillsyn dagtid med digital teknik*	-	15	7	9	16
Gps-larm	53	38	12	28	40
Passivt larm/sensor	89	73	9	69	78
Avvikelselarm (positionering)	23	24	5	19	24
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	65	69	7	63	70

²² Nedgången är mindre om man ser till antalet kommuner eftersom färre kommuner besvarade enkäten 2020. Exempelvis är antalet kommuner som har digital nattillsyn detsamma 2020 och 2022.

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=246)	2021 (n=285)	2022, pilot- verksamhet (n=281)	2022, bredd- infört (n=281)	2022, totalt (n=281)
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	59	73	7	63	70
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering*	-	39	10	28	38
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (till exempel påminnelser)*	-	46	10	33	43
Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram)**	44	-	-	-	-
Digitalt stöd för aktivering av olika slag, till exempel spel eller virtuell cykel**	57	-	-	-	-
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående*	-	54	9	37	46
Digitala lås till enskildas bostäder*	-	15	9	16	25
Annat***	13	8	1	9	10

* Frågan ställdes inte 2020.

** Frågan omformulerades 2021 och 2022.

*** Svartalternativet är inte obligatoriskt. Andel beräknas utifrån det totala antalet svarande.

Nedbrutet på kommunstorlek uppvisar de medelstora kommunerna högst nivå av implementering; det är denna storleksgrupp som har infört flest typer av välfärdsteknik i högst utsträckning och som har de högsta nivåerna av breddinförande. Efter de medelstora kommunerna kommer de näst största kommunerna som också uppvisar höga resultat, medan övriga storleksgrupper ligger på en lägre nivå (se bilaga 4 tabell 23.1–23.3). Över lag är spridningen mellan storleksgrupperna inte särskilt markant. Ett undantag är digitalt stöd för eller träning i dagliga aktiviteter, där de näst största kommunerna erbjuder det i dubbelt så hög utsträckning som de minsta kommunerna – 73 respektive 33 procent.

Digitalt stöd för personalen

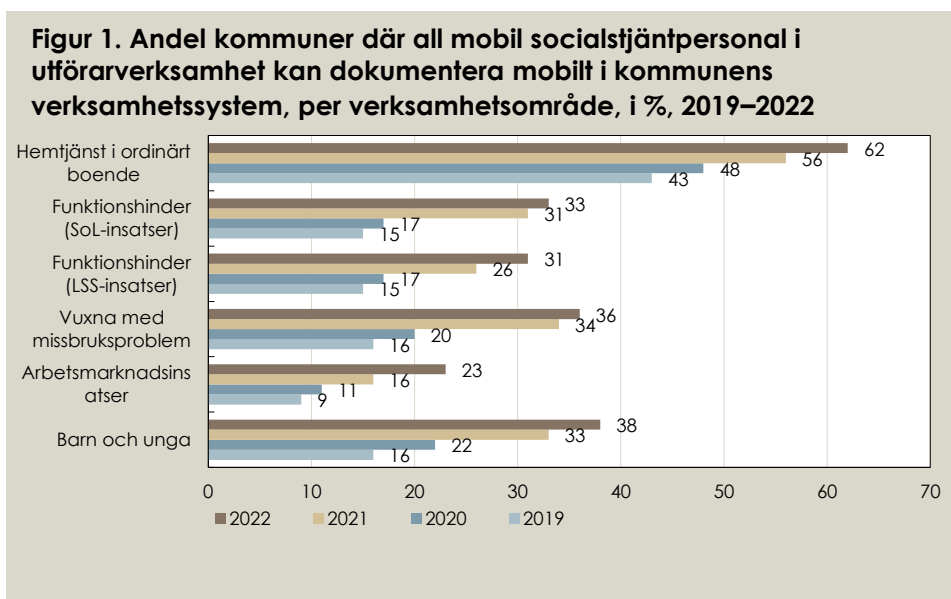
Ofta finns en överlappning mellan teknik som ger nytta för personalen respektive enskilda. Flera av de typer av välfärdsteknik som presenterades i föregående avsnitt underlättar också för personalen, exempelvis digitala lås och digital tillsyn. Nedan presenteras resultat för digitalt stöd som mer specifikt är riktad till socialtjänstpersonalen.

Allt fler kan dokumentera mobilt

När socialtjänstens mobila personal, till exempel inom hemtjänsten, besöker enskilda i hemmet kan de behöva dokumentera det som har kommit fram vid besöket i kommunens digitala verksamhetssystem eller i något annat system som behandlar personuppgifter. För att dokumentera mobilt finns olika lösningar, till exempel smarta mobiler, surfplattor, digitala pennor och bärbara datorer.

Mellan 2015 och 2018 ökade andelen kommuner där all personal kan dokumentera mobilt från 5 till 12 procent. Från 2019 års enkät ombeds kommunerna att ange svaren per verksamhetsområde. Av figur 1 framgår att det

skett en utveckling av mobil dokumentation inom samtliga verksamhetsområden från 2019 till 2022.²³



Trots att det har skett en ökning av mobil dokumentation inom samtliga verksamhetsområden är det fortfarande en hög andel av kommunerna som inte erbjuder någon i personalen tillgång till sådan utrustning. Av tabell 19 framgår att det är vanligare att ingen i personalen har tillgång till utrustning för mobil dokumentation än att alla har det. Detta gäller samtliga verksamhetsområden förutom hemtjänst.

Hemtjänstområdet utmärker sig med den högsta andelen kommuner som kan erbjuda tillgång till mobil dokumentation medan tillgången är lägst inom arbetsmarknadsinsatser. Samma förhållande framgick av 2021 års resultat. Det är troligt att denna skillnad kan härledas till den höga mängden mobil personal inom hemtjänstområdet.

Vid en jämförelse mellan kommunstorlekar framkommer inga tydliga mönster (se bilaga 4 tabell 24).

Tabell 19. Andel kommuner där mobil socialtjänstpersonal i utförarverksamhet kan dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, per verksamhetsområde, i %, 2022

Verksamhetsområde	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Fler än hälften	Alla	Kommunen har ingen mobil personal inom detta område	Antal svar
Barn och unga	39	5	1	4	38	12	283
Arbetsmarknadsinsatser	44	6	2	3	23	22	282
Vuxna med missbruksproblem	39	6	1	5	36	14	284

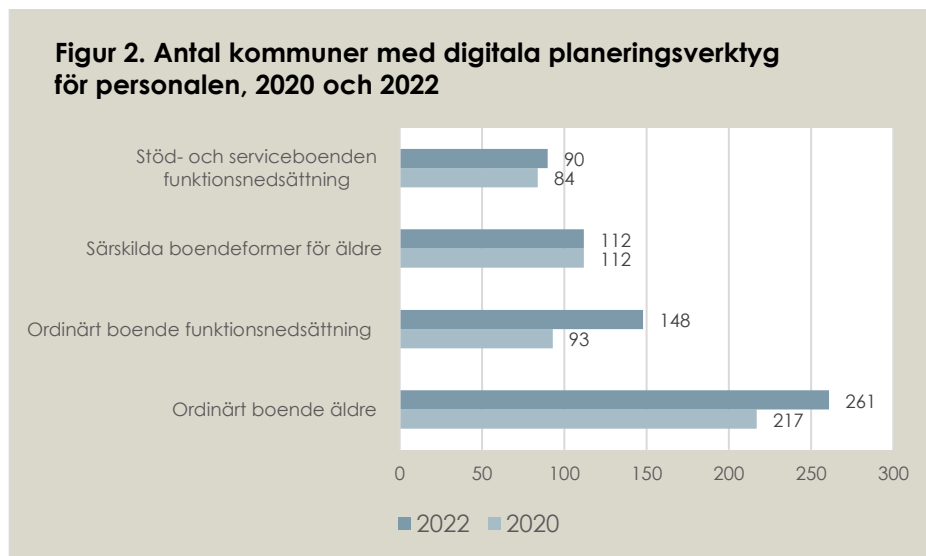
²³ I figur 1 beräknas andel utifrån hur många kommuner som svarat att de bedriver verksamheten helt eller delvis i egen regi.

Verksamhetsområde	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Fler än hälften	Alla	Kommunen har ingen mobil personal inom detta område	Antal svar
Hemtjänst i ordinarie boende inom äldreomsorg	24	6	2	3	62	3	280
Funktionshinder (SoL)	43	8	4	4	33	8	282
Funktionshinder (LSS)	40	10	5	4	31	10	283

Ökad tillgång till digitala planeringsverktyg

När det gäller teknik som stöd för personalen finns flera digitala verktyg som har fått stor spridning i kommunerna. Ett exempel är digitala planeringsverktyg, ofta i form av mobilappar. Med dessa kan personalen lägga schema för sitt arbete, registrera besök och göra anteckningar om besöken hos brukarna. I planeringsverktygen finns också adresser, portkoder och annan viktig information som underlättar personalens arbete.

Figur 2 visar att användningen av digitala planeringsverktyg har ökat inom samtliga verksamhetsområden sedan 2020, med undantag för särskilda boendeformer för äldre som ligger kvar på samma nivå.²⁴ Ordinarie boende för äldre utmärker sig gentemot övriga områden, vilket kan härledas till den höga mängden mobil personal. Nedbrutet på kommunstorlek framkommer att de minsta kommunerna erbjuder digitala planeringsverktyg i lägst utsträckning medan fördelningen bland övriga storleksgrupper är relativt jämn.



²⁴ År 2021 ställdes inte frågan om digitala planeringsverktyg.

Tillgång till internetuppkoppling

Det har skett en stegvis ökning av möjligheten till internetuppkoppling i särskilda boenden för äldre samt i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning.

Sedan 2021 har Socialstyrelsen frågat specifikt huruvida det finns möjlighet till internetuppkoppling i enskildas rum eller lägenheter samt i hur många av kommunens boenden denna möjlighet finns. Uppkopplingen kan tillhandahållas genom kommunen, fastighetsägaren eller på annat sätt och vara i form av trådlöst nätverk eller nätverkskabel. Tabell 20 visar att 60 procent av kommunerna anger att samtliga särskilda boenden för äldre har möjlighet till internetuppkoppling i enskildas rum eller lägenheter. I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning är motsvarande siffra 54 procent.

Skillnaden är marginell mellan internettillgången i särskilda boenden för äldre respektive stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Vad gäller andel kommuner som inte erbjuder internetuppkoppling i enskildas rum eller lägenheter i något av sina boenden så är tillgängligheten högre inom stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Vad gäller andel kommuner som erbjuder internetuppkoppling i fler än hälften eller samtliga av sina boenden är tillgängligheten omkring 70 procent inom båda boendeformerna.

Tabell 20. Andel kommuner där de boende har tillgång till internet i sina rum eller lägenheter, i %, 2022

Typ av boende	Alla	Fler än hälften	Cirka hälften	Färre än hälften	Inget	Vet inte
I särskilda boenden för äldre (n=282)	60	10	4	8	13	5
I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning (n=285)	54	15	6	9	10	7

Vid en jämförelse med 2021 har det skett en positiv utveckling av internettillgången inom stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning; 2021 angav 49 procent av kommunerna att samtliga boenden hade sådan tillgång. Vad gäller särskilda boenden för äldre är bilden mer tvetydig. Även här har det skett en ökning av internettillgången i samtliga boenden – från 57 procent 2021 till 60 procent i år. Men det har också skett en ökning i andel kommuner som inte erbjuder denna tillgång i något av sina boenden – från 9 procent 2021 till 13 procent i år.

Av fritextsvaren framgår att internettillgången varierar mellan olika boendeformer och att en utbyggnad pågår. Flera kommuner bygger ut sina trådlösa nätverk 2022. Några kommuner uppger att det finns tillgång till internet i allmänna utrymmen men inte i enskildas bostäder. I andra kommuner får de boende tillgång till kommunens gästnätverk. Flera kommuner hänvisar till att enskilda själva behöver bekosta sin internetuppkoppling, antingen via mobilnät eller bredband.

Nedbrutet på kommunstorlek framkommer inga tydliga mönster, men spridningen är stor (se bilaga 4 tabell 25 och 26). Exempelvis är det nästan

dubbelt så vanligt att det finns internettillgång i enskildas rum eller lägenheter i samtliga stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning i de näst minsta kommunerna jämfört med de näst största kommunerna – andelarna är 66 procent respektive 34 procent.

Automatisering i socialtjänsten

I socialtjänsten utförs till största delen handläggning och andra administrativa processer av handläggare som tar emot och bereder ansökningar samt 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 också förutsättningarna att automatisera många handlägningsprocesser och administrativa processer. Kommunallagens regler innebär dock att besluten i socialtjänsten inte kan automatiseras, men handläggningen fram till beslut kan skötas automatiskt (6 kap. 37 § och 7 kap. 5–6 §§ KL).²⁵

Tabell 21 visar att ekonomiskt bistånd är det klart vanligaste området att automatisera, framför allt inom handläggning. Även gällande administrativa processer ligger ekonomiskt bistånd högst men avståndet till de övriga verksamhetsområdena är inte lika stort, framför allt inte till äldreomsorgen. Tabell 22 visar att flera kommuner har påbörjat ett arbete med automatisering, framför allt inom området ekonomiskt bistånd. Inom övriga verksamhetsområden är det fortfarande en stor andel, över 80 procent, av kommunerna som inte har påbörjat ett sådant arbete.

Automatisering kan lämpa sig olika väl inom olika verksamhetsområden och vissa processer är inte möjliga eller önskvärda att automatisera. Att det finns en stor skillnad mellan socialtjänstens verksamhetsområden kan ses som en reflektion av områdenas olika förutsättningar för automatisering. Samtidigt syns en ökad automatisering inom samtliga verksamhetsområden jämfört med 2021.

Tabell 21. Andel kommuner som har automatiserat en eller flera handlägningsprocesser eller administrativa processer, i %, 2021–2022

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

Verksamhetsområde	2021 Minst en handlägningsprocess är automatiserad (n=285)	2022 Minst en handlägningsprocess är automatiserad (n=288)	2021 Minst en administrativ process är automatiserad (n=285)	2022 Minst en administrativ process är automatiserad (n=288)	2021 Det finns ingen automatiserad process (n=285)	2022 Det finns ingen automatiserad process (n=288)
Barn och unga	1	3	2	9	97	89
Ekonomiskt bistånd	22	28	16	19	69	60
Familjerätt	2	4	2	10	97	89

²⁵ Nya bestämmelser föreslås träda i kraft 1 juli 2022 som ska tillåta automatiserat beslutsfattande i vissa fall. Regeringen. Val och beslut i kommuner och regioner. Hämtad 2022-04-25 från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/lagratsremiss/2022/01/val-och-beslut-i-kommuner-och-regioner/>

Verksamhetsområde	2021 Minst en handlägg- ningspro- cess är automati- serad (n=285)	2022 Minst en handlägg- ningspro- cess är automatise- rad (n=288)	2021 Minst en ad- ministrativ process är automatise- rad (n=285)	2022 Minst en administra- tiv process är automa- tiserad (n=288)	2021 Det finns ingen automati- serad pro- cess (n=285)	2022 Det finns ingen automati- serad pro- cess (n=288)
Vuxna med missbruksproblem	0	1	1	5	99	94
Funktionshinder (Sol och/eller LSS)	2	2	7	9	93	90
Äldreomsorg	3	5	10	13	89	85

Tabell 22. Andel kommuner som 2021 arbetat med att automatisera någon handlägningsprocess eller administrativ process, men inte infört i dem reguljär drift ännu, i %, 2022 (n=288)

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

Verksamhetsområde	Påbörjat arbete med att automatisera minst en handlägningsprocess	Påbörjat arbete med att automatisera minst en administrativ process	Ingen automatisering påbörjad
Barn och unga	5	7	90
Ekonomiskt bistånd	25	15	66
Familjerätt	4	7	90
Vuxna med missbruksproblem	2	5	94
Funktionshinder, Sol och/eller LSS	6	10	88
Äldreomsorg	8	11	85

Nedbrutet på kommunstorlek framkommer att de större kommunerna har automatiserat processer i högre grad än de mindre kommunerna. Exempelvis är det mer än dubbelt så vanligt att det finns någon automatiserad process i de största kommunerna än i de näst minsta kommunerna – andelarna är 84 respektive 38 procent (se bilaga 4 tabell 27 och 28).

Välfärdsteknik och e-hälsa i den kommunala hälso- och sjukvården

I tidigare avsnitt presenterades den kommunala hälso- och sjukvårdens arbete med styrning, kvalitetsledning, informationssäkerhet och strukturerad dokumentation. I detta avsnitt redovisas utvecklingen av välfärdsteknik, e-hälsa och digitalisering i den kommunala hälso- och sjukvården.

Välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård

I enkäten efterfrågas vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig i den kommunala hälso- och sjukvården. Med tillgänglig avses att kommunen tillhandahåller tekniken till patienten genom förskrivning enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), eller på annat sätt tillhandahåller den till enskilda i kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet, eller att den införs som stöd för personalen eller organisationen. Här inkluderas inte teknik som beviljas med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller som köps av enskilda på konsumentmarknaden.

Ökad användning av välfärdsteknik över tid

I den kommunala hälso- och sjukvården är tekniken delvis densamma som inom socialtjänsten men även andra produkter är aktuella. Den vanligaste typen av välfärdsteknik är videostöd för samordnad individuell planering (SIP) vid utskrivning från slutenvård, vilket finns i 84 procent av kommunerna; videostöd för SIP vid andra tillfällen finns i 78 procent av kommunerna. Andra former av välfärdsteknik som är vanligt förekommande är passiva larm och digitala lås till hemsjukvårdens patienter (se tabell 23).

I enkäten har fler svarsalternativ för olika typer av välfärdsteknik lagts till över tid. Av tabell 23 framgår att det skett en ökning av all välfärdsteknik som kommunerna tillfrågades om 2020, och även jämfört med 2021 syns en ökning inom flera områden. Den största procentuella ökningen återfinns inom området annan medicinteknisk utrustning, till exempel teknik för monitorering; det området har ökat från 4 till 16 procent. Exempel på andra typer av välfärdsteknik som ökat är inkontinenssensorer och digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering. Mindre nedgångar jämfört med 2021 återfinns inom passiva larm och videostöd för SIP vid andra tillfällen än utskrivning från slutenvård.

I fritextsvaren framkommer att många kommuner planerar att breddinföra eller implementera ny välfärdsteknik 2022. Ett exempel som nämns av flera kommuner är läkemedelsfördelare.

Tabell 23. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, i %, 2020–2022²⁶

Välfärdsteknik	2020 (n=226)	2021 (n=258)	2022, pilot- verksam- het (n=259)	2022, bred- dinfört (n=259)	2022, totalt (n=259)
Tillsyn nattetid med digital teknik**	-	-	8	26	34
Tillsyn dagtid med digital teknik*	-	14	7	9	16
Gps-larm*	-	52	9	43	52
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård*	-	82	8	76	84
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen*	-	83	7	71	78
Passiva larm, till exempel epilepsilarm	63	75	5	68	73
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivitet	27	33	14	28	42
Digitalt stöd för, eller träning i dagliga aktiviteter**	-	-	7	19	26
Digitalt lås till hem-sjukvårdens patienter	68	63	4	68	72
Läkemedelsfördelare***	31	-	-	-	-
Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen*	-	29	19	19	38
Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av regionen/primärvården*	-	9	2	5	7
Inkontinenssensorer	22	17	9	14	23
Annan medicinteknisk utrustning (till exempel för monitorering)	4	10	8	8	16
Annat****	8	6	3	3	6

* Frågan ställdes inte 2020.

** Frågan ställdes inte 2020 och 2021.

*** Frågan omformulerades 2021 och 2022.

**** Svartalternativet är inte obligatoriskt. Andel beräknas utifrån det totala antalet svarande.

I enkäten hade kommunerna möjlighet att ange vilka andra typer av välfärdsteknik de använder sig av. Exempel som anges i fritextsvaren är:

- digitala mätare för puls, blodtryck, syremättnad, blodsocker och kroppstemperatur
- system för fjärrmonitorering
- app för sårvård

²⁶ Andelarna som redovisas för 2020 och 2021 skiljer sig från de uppgifter som redovisats i tidigare rapporter eftersom de i denna rapport beräknas utifrån antal kommuner som besvarat frågan. På samma sätt redovisas uppgifterna för 2022.

- sängsensorer
- trycksårssensorer
- skanner för urinblåsa
- mobil röntgen
- syrgasmätare
- digitala program för träning och rehabilitering
- medicinpåminnare
- digitalt kognitivt stöd, tids- och planeringshjälpmedel, digitala kalendrar och klockor
- digitalt stöd för kommunikation, bildstöd

Fler personer med läkemedelsfördelare

Läkemedelsfördelare är ett digitalt hjälpmedel som påminner patienten när det är dags att ta medicin, fördelar medicin och signalerar till vårdgivaren om det sker avvikelser. Andra vanliga benämningar på denna teknik är läkemedelsrobot, läkemedelsdispenser och läkemedelsautomat. Sedan 2021 har Socialstyrelsen delat upp frågan om huruvida kommunen har läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen eller regionen. Tabell 23 visar att användningen av läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen har ökat från 29 procent 2021 till 38 procent i år. Något färre kommuner har i år läkemedelsfördelare som tillhandahålls av regionen.

I enkäteten efterfrågas hur många personer som är utrustade med läkemedelsfördelare i den kommunala hälso- och sjukvården. Årets resultat visar att 1 149 personer har en läkemedelsfördelare, varav 1 028 tillhandahålls av kommunen och 121 av regionen. Detta är en ökning från tidigare år.

Resultatet visar att det är få personer i kommunerna som är utrustade med läkemedelsfördelare. Vad gäller läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen har 66 kommuner färre än 10 personer med läkemedelsfördelare, varav 18 kommuner inte har utrustat någon med denna teknik. Av de kommuner som angett att de har breddinfört tekniken har 25 kommuner färre än 10 personer med läkemedelsfördelare, varav 6 kommuner helt saknar användare. Det högsta resultatet från en enskild kommun är 120 personer med läkemedelsfördelare; genomsnittet ligger på knappt 10 personer med läkemedelsfördelare per kommun.

Spridning mellan kommunstorlekar

Nedbrutet på kommunstorlek framkommer inga tydliga mönster men vissa tendenser kan urskiljas. I regel är det de största kommunerna och de näst största kommunerna som infört fler typer av välfärdsteknik i högre utsträckning än övriga storleksgrupper. Det varierar mellan vilken storleksgrupp som infört en viss välfärdsteknik i lägst utsträckning, men låga nivåer återfinns ofta i de minsta och de medelstora kommunerna (se bilaga 4 tabell 29.1–29.3).

Inom många typer av välfärdsteknik är nivåerna relativt jämna mellan de olika storleksgrupperna, men inom vissa områden finns en större spridning. Ett exempel är digitala lås till hemsjukvårdens patienter; denna teknik saknas helt i 43 procent av de minsta kommunerna. Detta står i kontrast till de näst största kommunerna, där endast 14 procent saknar tekniken helt. Ett annat exempel är digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering. Även här utmärker sig de näst största kommunerna där 67 procent har infört tekniken i någon

form. Motsvarande siffra för de minsta och de största kommunerna är 35 respektive 34 procent.

Digitalt stöd för personalen

Nedan presenteras resultat rörande e-hälsa och digitalisering riktat till den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen. Ofta finns en överlappning mellan teknik som ger nytta för personalen respektive enskilda.

Allt fler kan dokumentera mobilt

När den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen besöker enskilda i hemmet kan de behöva dokumentera det som framkommit vid besöket i kommunens verksamhetssystem. För att dokumentera mobilt finns olika lösningar. Årets resultat visar att drygt hälften av kommunerna erbjuder tillgång till utrustning för mobil dokumentation för all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (se tabell 24). Detta kan jämföras med socialtjänstpersonalen där motsvarande nivå varierade mellan 23 och 62 procent beroende på verksamhetsområde.

Sedan 2015 har det skett en successiv ökning av personalens tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt; andelen kommuner där ingen mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan dokumentera mobilt har minskat från 73 procent 2015 till 27 procent i år.

Tabell 24. Andel kommuner där mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, i %, 2015–2022

Andel personal	2015 (n=201)	2016 (n=204)	2017 (n=207)	2018 (n=210)	2019 (n=182)	2020 (n=226)	2021 (n=282)	2022 (n=259)
Ingen	73	62	58	45	36	31	30	27
Färre än hälften	19	21	19	27	21	16	14	12
Cirka hälften	0	2	1	2	3	4	1	2
Fler än hälften	3	4	5	3	7	7	10	8
Alla	5	11	16	23	32	42	45	51
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

När resultatet analyseras utifrån kommunstorlek framgår att de större kommunerna erbjuder tillgång till utrustning för mobil dokumentation i högre utsträckning än de mindre. Totalt 73 procent av de största kommunerna erbjuder denna tillgång för samtlig mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal; motsvarande siffra för de minsta och näst minsta kommunerna är 47 procent (se bilaga 4 tabell 30).

Ökad tillgång till digitala planeringsverktyg

När det gäller teknik till stöd för personalen finns flera digitala verktyg som har fått stor spridning i kommunerna. Ett exempel är digitala

planeringsverktyg. Med dessa kan personalen lägga schema för sitt arbete, registrera besök och göra anteckningar om besöken hos patienterna.

Andelen kommuner som erbjuder digitala planeringsverktyg i den kommunala hälso- och sjukvården har ökat från 49 procent 2018 till 58 procent 2022. Detta kan jämföras med nivåerna inom socialtjänsten, där andelen är mellan 31 och 91 procent, beroende på verksamhetsområde.

Nedbrutet på kommunstorlek framkommer att de största kommunerna erbjuder digitala planeringsverktyg i högst utsträckning. Av dessa har 87 procent breddinfört tekniken. För övriga storleksgrupper har ungefär hälften av kommunerna breddinfört tekniken.

Ökning av digital signering och digitala medicinskåp

Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, till exempel läkemedels-signering, och digitala medicinskåp är två andra typer av digitalt stöd som kan underlätta för personalen.

Det har skett en successiv ökning av digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, från att hälften av kommunerna hade detta 2020 till att 68 procent av kommunerna har det i år, varav 60 procent har breddinfört tekniken och resterande har den i pilotverksamhet. Det har också skett en ökning av kommunernas användning av digitala medicinskåp – från 62 procent 2021 till 75 procent i år, varav 61 procent har breddinfört tekniken. I fritextsvaren anger många kommuner att de kommer att införa digital signering och digitala medicinskåp 2022.

De medelstora kommunerna har infört digitala medicinskåp i högst utsträckning. Här har 72 procent breddinfört tekniken medan hälften av de minsta kommunerna har gjort detsamma. De övriga storleksgrupperna ligger på omkring 60 procent i breddinförande. Inom digital signering framträder inga tydliga mönster vad gäller kommunstorlek.

Den nationella patientöversikten

I den nationella patientöversikten (NPÖ) kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ta del av andra vårdgivares journalinformation över gemensamma patienter, under förutsättning att patienten gett 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.

Samtliga regioner är anslutna till NPÖ och kan därmed dela patientinformation med andra regioner, kommuner och privata vårdgivare. I januari 2022 hade alla utom 2 kommuner anslutit sina vårdenheter till NPÖ för att ta del av information från andra vårdgivare. Vidare kunde 41 kommuner och 91 privata vårdgivare producera material i NPÖ.²⁷ Det är således endast 14 procent av kommunerna som kan producera i NPÖ och det är också skillnad i hur mycket information de visar. Några kommuner visar endast uppgifter om vaccinationer medan de som visar mest delar med sig av 6 av maximalt 12 informationsmängder. Den vanligaste informationsmängden som

²⁷ Statistik hämtad 2022-01-31 från Inera: <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/Kommuner-som-tar-del-av-information-i-NPO/>

kommunerna producerar är information om vårdplan samt information om funktionsstatus och aktiviteter i dagliga livet (ADL).²⁸

Regionerna producerar i genomsnitt tre gånger fler informationsmängder än kommunerna. Enligt statistik från Inera från januari 2022 producerar de anslutna kommunerna cirka 20 procent av informationsmängderna medan regionernas andel är cirka 60 procent. Det är dock stor spridning både bland kommuner och regioner i hur mycket information som delas. Genomsnittet för kommunerna ligger på drygt 2 informationsmängder av 12 möjliga medan genomsnittet för regionerna är 7 av 12.

Tabell 25. Användning av den nationella patientöversikten NPÖ i januari eller februari, 2016–2022

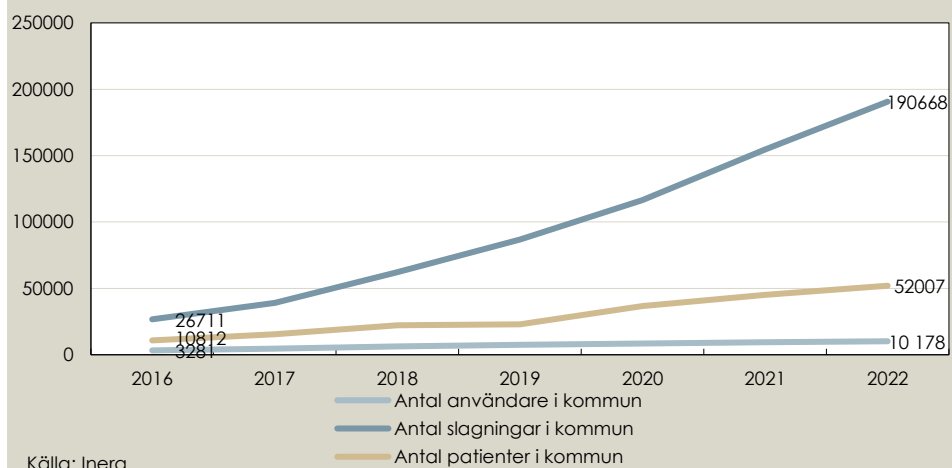
	Feb. 2016	Feb. 2017	Feb. 2018	Feb. 2019	Jan. 2020	Jan. 2021	Jan. 2022
Antal kommuner som kan läsa i NPÖ	235	261	272	272	273	284	288
Totalt antal unika användare	6 822	11 308	16 643	22 786	30 053	33 893	35 860
- varav i kommuner	3 281	4 568	6 241	7 613	8 569	9 476	10 178
Totalt antal slagningar per månad	39 535	66 983	114 865	188 234	281 805	355 818	405 392
- varav i kommuner	26 711	38 974	62 138	86 776	116 397	154 658	190 668
Totalt antal slagningar per unik användare per månad	5,8	5,9	6,9	8,3	9,4	10,5	11,3
- varav i kommuner	8,1	8,5	10	11,4	13,6	16,3	18,7
Totalt antal patienter per månad	19 669	34 850	55 231	90 442	131 914	156 523	178 194
- varav i kommuner	10 812	15 483	22 153	29 968	36 771	45 076	52 007

Källa Inera

Användningen av NPÖ har ökat i kommunerna sedan 2016, se figur 3. Antalet unika användare ha ökat från 3 281 användare 2016 till 10 178 användare i år. Antalet slagningar har ökat mer än det som motsvaras av ökningen av personal som använder systemet. Att enbart studera antal användare och slagningar ger dock inte fullt ut svar på hur personalen använder NPÖ, om de får tillgång till rätt information och vilken nytta som genereras.

²⁸ Statistik hämtad 2022-01-31 från Inera: <https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/Nationell-patientoversikt/anslutna-vardgivare-i-npo/>

Figur 3. Användning av NPÖ i kommunerna, 2016–2022



Breddinförande och pilotverksamhet i kommunerna

Sedan 2021 har Socialstyrelsen delat upp frågan om välfärdsteknik i socialtjänsten mellan om kommunen har breddinfört tekniken eller om kommunen har den i pilotverksamhet. Detta för att ge en mer nyanserad bild av utvecklingen. Nytt för i år är att denna uppdelning även omfattar den kommunala hälso- och sjukvården. Med breddinfört avses att kommunen har tagit beslut om att alla inom målgruppen kan, eller kommer kunna, ta del av tekniken. Pilotverksamhet innebär att det är ett initiativ som är begränsat i tid och antal personer som kan använda tekniken eller att det sker under särskilda förutsättningar.

Årets resultat uppvisar höga nivåer av breddinförd välfärdsteknik jämfört med hur många kommuner som har tekniken i pilotverksamhet. Detta gäller både i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Ofta är nivå av breddinförande dubbelt så hög, eller högre, jämfört med pilotverksamhet, vilket redovisas i tabellerna 15–18 och tabell 23.

Vissa områden utmärker sig med en mycket hög andel kommuner som breddinfört tekniken jämfört med de som har tekniken i pilotverksamhet. Detta gäller exempelvis passiva larm, videostöd för samordnad individuell planering (SIP) samt digitala lås till enskildas bostäder. Digital nattillsyn uppvisar också höga nivåer av breddinförande medan digital tillsyn dagtid har en relativt hög andel av pilotverksamhet.

Endast tre områden har lika fördelning mellan pilotverksamhet och breddinförande – läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen, annan medicinteknisk utrustning samt digital tillsyn dagtid inom särskilda boendeformer för äldre. Det finns ingen välfärdsteknik (av de alternativ som fanns som svarsalternativ i enkäten) där pilotverksamhet är vanligare än breddinförande, vare sig inom socialtjänsten eller i den kommunala hälso- och sjukvården.

Breddinförd teknik men få användare

Att en teknik är breddinförd behöver inte innebära att den har många användare; enligt Socialstyrelsens definition räcker det att tekniken är, eller kommer att bli, tillgänglig för alla inom målgruppen. I enkäten tillfrågades kommunerna hur många personer som använder digital tillsyn, gps-larm respektive läkemedelsfördelare. Resultatet visade att många kommuner har få personer som är utrustade med dessa typer av teknik. Genomsnittet för de kommuner som har denna teknik var 15 personer med digital nattillsyn, 3 personer med digital tillsyn dagtid, 11 personer med gps-larm och 10 personer med läkemedelsfördelare. Det var därtill stor spridning mellan kommunerna och vissa saknade helt användare, trots att tekniken var breddinförd.

Variationer i uppgifter om breddinförande

Vid en jämförelse med 2021 års resultat noterar Socialstyrelsen att kommunerna ibland ändrar sina svar om breddinförd teknik – det är inte samma kommuner som 2021 angav att de har breddinfört en viss välfärdsteknik som

anger det i år. I stället är det ett flertal kommuner som 2021 angav att de breddinfört en teknik som i år uppger att de har den i pilotverksamhet eller att den saknas helt. Denna inkonsekvens gör utvecklingen av välfärdsteknik mer svårtolkad. Ett ökat breddinförande kan bero på att nya kommuner tillkommer samtidigt som kommuner som tidigare breddinfört tekniken faller bort.

Det är dock viktigt att vara försiktig i tolkningen av denna variation. Den kan spegla en faktisk förändring, det vill säga att tekniken var breddinförd i kommunen 2021 men inte i år. Men den kan också vara ett resultat av den mänskliga faktorn i besvarandet av enkäten – antingen att respondenten kryssat i fel svar eller att det finns skillnader i respondenternas tolkning av frågan eller kunskap om kommunen. Socialstyrelsen kan inte härleda variationen till någon förändring av enkätfrågorna; de är formulerade på samma sätt båda åren.

Den digitala utvecklingen hos privata utförare

I det här kapitlet presenteras resultaten av den enkätundersökning som genomförts med privata vård- och omsorgsgivare inom äldreomsorgen vilka arbetar på uppdrag av landets kommuner. En stor andel kommuner har valt att lägga ut utförandet av socialtjänstens insatser på privata aktörer. För att få en rättvisande bild av utvecklingen är det angeläget att följa digitalisering även hos dessa; tidigare erfarenheter från Socialstyrelsens enkätundersökningar om digitalisering och välfärdsteknik visar att det är en fördel att ställa frågor direkt till de privata utförarna. Av de 281 privata vård- och omsorgsgivare som tillfrågats om att delta i enkätundersökningen har totalt 162 (58 procent) besvarat enkäten. Bland respondenterna är det 152 som har hemtjänst som enda eller huvudsakliga verksamhet och 18 som driver särskilt boende för äldre (se bilaga 3 och 5).

Styrning och informationssäkerhet

Socialstyrelsen frågar i enkäten huruvida företagen har aktuella styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. En majoritet av företagen uppger att de har sådana dokument. Totalt 56 procent av bolagen som driver hemtjänst i ordinärt boende uppger att de har styrande dokument i form av en vision eller en strategi för digitalisering på lång sikt eller i form av en tids- och resurssatt handlingsplan. För de företag som driver särskilt boende för äldre är motsvarande siffra 61 procent.

Som stöd för att styra informationssäkerhetsarbetet i en verksamhet finns ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). Av enkätresultatet framgår att 52 procent av företagen har ett LIS. Skillnaden mellan dem som driver hemtjänst i ordinärt boende och dem som driver särskilt boende för äldre är liten – 51 respektive 56 procent. Det framgår av fritextsvaren att flera privata aktörer som i enkätsvaren anger att de inte har ett LIS planerar att införa det 2022. Andra uppger att de använder sig av kommunens system. Det gäller såväl hemtjänst i ordinärt boende som särskilt boende för äldre.

Viktigt i arbetet med informationssäkerhet är att kartlägga risker och utvecklingsbehov. Totalt 66 procent av de företag som bedriver hemtjänst i ordinärt boende har 2021 följt upp risker och behov av utveckling av informationssäkerhet. Motsvarande andel för de företag som driver särskilt boende för äldre är 61 procent. Av fritextsvaren framgår att vissa gör det regelbundet medan andra gör stickprovskontroller. Denna uppföljning beskrivs som en del av egenkontrollen. Något företag menar att pandemin varit orsak till att de inte genomfört en sådan uppföljning.

Vidare uppger 56 procent av de företag som driver hemtjänst i ordinärt boende att de 2021 har gjort en klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet inom verksamhet riktad till äldre. Totalt 23 procent har gjort en klassning av samtliga objekt medan 44 procent anger att

ingen klassning alls har gjorts. Vad gäller företag som driver särskilt boende för äldre är det 33 procent som har gjort en klassning av samtliga objekt, 17 procent som har gjort det av något eller flera objekt och 50 procent som inte har klassat någon information över huvud taget.

Säkra digitala kommunikationskanaler

Med säker digital kommunikation menas att en enskilds integritet skyddas vid kommunikation över öppna nät, och det innebär i regel att den enskilda personen loggar in med elektronisk id. I enkäten efterfrågades huruvida brukare kan kommunicera digitalt med de privata företagen på ett säkert sätt. Resultatet visar att de privata aktörerna har begränsad kapacitet att tillhandahålla den typen av digital kommunikation.

Av de verksamheter som driver hemtjänst i ordinärt boende är det knappt en tredjedel (32 procent) som har den kapaciteten. Andelen för verksamheter som driver särskilt boende för äldre är 11 procent. Fritextsvaren ger en mer nyanserad bild av svaren. Där framgår att brukarnas behov bedöms vara litet avseende digital kommunikation och att de privata aktörerna i första hand använder telefon för att kommunicera med sina brukare.

De privata utförarna har också fått svara på frågan om huruvida de kan kommunicera med den uppdragsgivande kommunen på ett säkert digitalt sätt. Jämfört med förmågan att kommunicera med sina brukare är de privata aktörernas kapacitet klart bättre i det här avseendet. Här uppger 95 procent av dem som driver hemtjänst i ordinärt boende och 83 procent av dem som driver särskilt boende för äldre att de kan kommunicera digitalt och säkert med den uppdragsgivande kommunen.

Säker hantering av identiteter och behörigheter

Företagen tillfrågades i enkäten om huruvida de har krav på att användarna loggar in med stark autentisering i system som ger dem åtkomst till känsliga personuppgifter vid arbete över öppna nät. Exempel på stark autentisering är e-legitimation i kombination med en personlig pinkod eller ett engångslösenord. Det framgår av tabell 26 att kraven på stark autentisering är högre hos de företag som driver hemtjänst i ordinärt boende jämfört med de företag som driver särskilt boende för äldre. Inom hemtjänst är det 67 procent som kräver stark autentisering för samtliga system medan 44 procent av företagen inom särskilt boende ställer samma krav.

Tabell 26. Andel företag som har krav på att användarna loggar in med stark autentisering i system som ger dem åtkomst till känsliga personuppgifter vid arbete över öppet nät, i %, 2022

	Ja, alla system	Delvis, ett eller flera system men inte alla	Nej, inga system	Antal
Totalt	65	28	6	162
Hemtjänst	67	27	6	152
Särskilt boende	44	39	17	18

Vidare uppger 64 procent av de företag som driver hemtjänst i ordinärt boende att samtliga i den berörda personalen har tillgång till stark autentisering för arbete med personuppgifter i verksamhetens digitala system. Med berörd

personal menas de som i sin befattning förväntas läsa eller dokumentera i verksamhetssystemet eller andra system där personaluppgifter behandlas. Motsvarande siffra för företag som driver särskilt boende för äldre är 50 procent.

Välfärdsteknik

I enkäten till de privata utförarna efterfrågas välfärdsteknik som kommunen tillhandahåller, genom biståndsbeslut enligt SoL eller förskrivning enligt HSL,²⁹ eller som organisationen på annat sätt tillhandahåller. Här inkluderas inte teknik som köps av enskilda på konsumentmarknaden.

Tabell 27 och 28 visar att nivåerna av välfärdsteknik skiljer sig åt mellan företag som driver hemtjänst i ordinärt boende respektive driver särskilt boende för äldre. Av tabellerna framgår att det är vanligare att välfärdsteknik tillhandahålls av kommunen hos företag som driver hemtjänst i ordinärt boende än hos de företag som driver särskilt boende för äldre.

De vanligaste typerna av välfärdsteknik hos företag som driver hemtjänst i ordinärt boende är digitala lås och digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående. Digital kommunikation är den välfärdsteknik som företagen främst tillhandahåller på egen hand; merparten av välfärdstekniken tillhandahålls av kommunen. Tydliga exempel på detta är digital natttillsyn, digitala lås till enskildas bostäder och passiva larm. Annan välfärdsteknik som kommunen tillhandahåller i hög utsträckning är gps-larm, brandlarm kopplat till trygghetslarm och digital tillsyn dagtid.

När det kommer till de företag som driver särskilt boende för äldre är bilden den omvända. Här är det organisationen som i stor utsträckning står för den välfärdsteknik som används – flera typer av välfärdsteknik tillhandahålls inte alls av kommunen. Den teknik som sticker ut mest är passiva larm som 83 procent av de privata utförarna anger att de själva tillhandahåller. Passiva larm är också den klart vanligaste typen av välfärdsteknik hos dessa företag.

Tabell 27. Andel företag som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga för äldre som bor i ordinärt boende, i %, 2022 (n=152)

Typ av välfärdsteknik	Kommunen tillhandahåller genom biståndsbeslut	Organisationen tillhandahåller	Totalt
Natttillsyn med digital teknik	42	1	43
Tillsyn dagtid med digital teknik	20	2	22
Gps-larm	28	2	30
Passivt larm/sensorer	34	4	38
Brandlarm kopplat till trygghetslarm	20	1	21
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	29	9	38
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	26	13	39
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	4	5	9

²⁹ Biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § eller 2 § a socialtjänstlagen

Typ av välfärdsteknik	Kommunen tillhandahåller genom biståndsbeslut	Organisationen tillhandahåller	Totalt
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter	7	4	11
Stöd för digitalt inköp	10	20	30
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	11	45	56
Digitala lås till enskildas bostäder	57	1	58
Annat*	3	1	4

*Svarsalternativet är inte obligatoriskt. Andel beräknas utifrån det totala antalet svarande.

Tabell 28. Andel företag som har olika typer av välfärdsteknik i särskilt boende för äldre, i %, 2022 (n=18)

Typ av välfärdsteknik	Kommunen tillhandahåller genom biståndsbeslut	Organisationen tillhandahåller	Totalt
Natttillsyn med digital teknik	6	33	39
Tillsyn dagtid med digital teknik	6	33	39
Gps-larm	0	39	39
Passivt larm/sensorer	11	83	94
Brandlarm kopplat till trygghetslarm	22	28	50
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	0	11	11
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	6	28	34
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	11	33	44
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter	0	17	17
Stöd för digitalt inköp	6	17	23
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	0	67	67
Digitala lås till enskildas bostäder	6	39	45
Annat*	6	6	12

*Svarsalternativet är inte obligatoriskt. Andel beräknas utifrån det totala antalet svarande.

Jämförelse med 2018

I Socialstyrelsens rapport om e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018 gjordes en liknande enkätundersökning med privata vård- och omsorgsföretag [20]. Vid en jämförelse med 2018 års resultat bör noteras dels att urval av företag skiljer sig åt mellan åren, dels att antal svarande skiljer sig åt. Svarsfrekvensen för undersökningen som helhet 2018 var 46 procent och för 2022 var svarsfrekvensen 58 procent.

Av tabell 29 framgår att nivåerna av välfärdsteknik i ordinärt boende är högre i år jämfört med 2018 inom flera typer av teknik. Exempelvis hade 23

procent av företagen gps-larm 2018 medan 30 procent har det i år. Vad gäller digitala lås var det 26 procent av företagen som hade det 2018 medan 58 procent har det år.

Inom särskilt boende för äldre uppvisar årets resultat både högre och lägre nivåer jämfört med 2018. Exempelvis hade 52 procent av företagen gps-larm 2018 medan 39 procent av företagen har det i år. Användningen av digital nattillsyn är högre i år än 2018 medan användandet av passiva larm ligger kvar på ungefär samma nivå (se tabell 29).

Tabell 29. Andel företag som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i ordinärt och särskilt boende för äldre, i %, 2018 och 2022

Typ av välfärdsteknik	2018, ordinärt boende (n=43)	2022, ordinärt boende (n=152)	2018, särskilt boende (n=21)	2022, särskilt boende (n=18)
Passivt larm/sensorer	26	38	95	94
Gps-larm	23	30	52	39
Digitalt lås till enskildas bostäder*	26	58	-	45
Nattillsyn med digital teknik	12	43	14	39
Tillsyn dagtid med digital teknik*	0	22	-	39

*Frågan ställdes inte för särskilt boende i enkäten 2018.

Digitalt stöd för personalen

När hemtjänstens mobila personal besöker enskilda personer i hemmet kan de behöva dokumentera det som framkommit vid besöket i det digitala verksamhetssystemet. Av enkätresultatet framgår att all mobil hemtjänstpersonal kan dokumentera mobilt i 72 procent av de företag som driver hemtjänst i ordinärt boende, men i 14 procent av företagen har ingen i personalen tillgång till sådan utrustning. Av fritextsvaren framgår att många företag som i dag saknar tillgång till mobil dokumentation har ett pågående utvecklingsarbete av sådant stöd.

Vad gäller digitala planeringsverktyg visar enkätresultatet att en hög andel av företagen tillhandahåller sådant stöd till personalen. Det är vanligare med digitala planeringsverktyg inom ordinärt boende än inom särskilt boende. Av tabell 30 framgår att nivån av personal som har tillgång till digitala planeringsverktyg är högre i år jämfört med 2018.

Tabell 30. Andel företag med digitala planeringsverktyg för personalen i ordinärt och särskilt boende för äldre, i %, 2018 och 2022

	Ordinärt boende 2018 (n=43)	Ordinärt boende 2022 (n=152)	Särskilt boende 2018 (n=21)	Särskilt boende 2022 (n=18)
Digitalt planeringsverktyg för personal	40	79	33	39

Automatisering

I enkäten ställs frågan huruvida de privata aktörerna har automatiserat någon eller några administrativa processer; med automatisering menas att processerna sker helt eller delvis med stöd av digital teknik. Enkätsvaren visar att en majoritet av företagen inte har automatiserat någon process. Totalt 35 procent av de företag som driver hemtjänst i ordinärt boende har automatiserat minst en process. Motsvarande siffra för företag som driver särskilt boende för äldre är 28 procent. Av fritextsvaren framgår att de privata aktörerna har automatiserat processer som till exempel fakturagranskning, fakturering, arbetstid, lönehantering, tidsredovisning och schemaplanering. Även medicindelning och biståndsbeslut nämns i sammanhanget.

Tillgång till internetuppkoppling

Enkätresultatet visar att 15 av 18 företag (83 procent) erbjuder tillgång till internet i enskildas rum eller lägenheter i samtliga av deras särskilda boenden för äldre, sammanlagt 158 boenden. Resterande 3 företag erbjuder inte denna internettillgång i något av sina boenden, sammanlagt 18 boenden.

E-tjänster inom socialtjänsten

I år har Socialstyrelsen granskat kommunernas webbplatser för att kartlägga vilka digitala tjänster som erbjuds, i stället för att, vilket varit fallet tidigare, samla in uppgifterna via enkäter till kommunerna. Att samla in informationen på detta sätt innebär ett tydligare invånarperspektiv. För att uppfylla invånarnas behov måste de digitala tjänsterna vara tillgängliga och möjliga att hitta på kommunernas webbplats. De tjänster som bedömts vara digitala är dels sådana där man loggar in för att utföra en tjänst, dels webbformulär utan inloggning. De tjänster som kan användas digitalt är i första hand ansökan om att få en insats, tidsbokning med handläggare eller behandlare samt möjlighet att ställa frågor till kommunens tjänstepersoner.

När man kommer in på en kommuns webbplats hittar man i 91 procent av kommunerna en länk på första sidan till olika typer av självservice – dels digitala tjänster, dels nedladdningsbara blanketter. Totalt 25 kommuner har e-tjänster men ingen länk dit och 3 kommuner saknar helt e-tjänster. Cirka 18 procent av kommunerna har någon slags chattfunktion. I de flesta fall är det en generell chatt där man kan ställa allmänna frågor men inte få hjälp med sitt eget ärende eller ställa frågor om sin egen situation.

Vanligt med digitala intresseanmälningar

Många kommuner har digitaliserat möjligheten att anmäla intresse för att bli familjehem, kontaktfamilj, jourhem, kontaktperson, god man eller förvaltare. För alla insatserna sammantaget har 89 procent av kommunerna åtminstone en digital tjänst. För de insatser som rör barn och unga (familjehem, kontaktfamilj och jourhem) finns möjlighet att anmäla intresse digitalt i 71 procent av kommunerna. När det gäller stöd för personer med funktionsnedsättning (kontaktperson respektive god man eller förvaltare) finns möjlighet till digital intresseanmälan i 60 respektive 67 procent av kommunerna (se tabell 31).

En digital lösning som har utvecklats av SKR är webbplatsen familjehemsverige.se. Det är en central tjänst för att ta emot intresseanmälningar från personer som vill bli familjehem, jourhem, kontaktfamiljer eller kontaktpersoner. Anmälningarna förmedlas sedan vidare till kommunerna. Drygt 25 procent av kommunerna hänvisar till familjehemsverige.se för intresseanmälningar medan ett fåtal kommuner tar emot anmälningar via tjänster hos kommunala samarbetsprojekt eller familjehemsbanken.se, som är en oberoende tjänst startad av personer som tidigare varit familjehem. Dessutom kan digitala anmälningar göras via privata företag som utför tjänster inom individ- och familjeomsorg, men kommunerna länkar inte till dessa tjänster på sina webbplatser.

En stor spridning av digitala tjänster

Kartläggningen visar en stor variation i kommunernas utbud av e-tjänster (se tabell 31). En vanligt förekommande e-tjänst är möjligheten att ansöka om ekonomiskt bistånd, vilket 60 procent av kommunerna erbjuder. I så gott som

samtliga fall gäller det förnyad ansökan om bistånd, det vill säga när man redan har ett aktuellt ärende hos kommunens enhet för ekonomiskt bistånd.

I drygt hälften (54 procent) av kommunerna kan man ansöka om färdtjänst eller riksfärdtjänst via en e-tjänst. En lösning som flera kommuner valt är att koppla e-tjänsten till webbtjänsten 1177.se i samarbete med respektive region. På så sätt kan kommunerna använda en redan befintlig digital struktur, med säker inloggning.

I 36 procent av kommunerna kan man via en digital tjänst göra en orosanmälan när man misstänker att ett barn far illa. Eftersom det ska finnas möjlighet att göra sådana anmälningar anonymt förekommer ofta både webbformulär där man inte bekräftar sin identitet med hjälp av bank-id eller liknande och tjänster där man loggar in. När det gäller orosanmälan för vuxna med någon form av missbruk kan man använda en e-tjänst i 11 procent av kommunerna.

I 31 procent av kommunerna kan man ansöka om bistånd eller insats inom äldreomsorgen och i 9 procent av kommunerna kan man göra en digital ansökan om bistånd enligt 4 kap. 2 a § SoL. Vidare kan man i 27 procent av kommunerna ansöka om bostadsanpassningsbidrag via en e-tjänst. Bidraget handläggs i många fall av en annan förvaltning än socialtjänsten, exempelvis den tekniska förvaltningen. Inom detta område finns ofta redan e-tjänster för flera typer av ärenden, vilket kan göra det lättare att skapa en tjänst även för detta bidrag.

Tabell 31 visar att få kommuner erbjuder digital tidsbokning hos handläggare eller behandlare förutom när det gäller familjerådgivning, där man i 21 procent av kommunerna kan boka tid via en e-tjänst. I 18 procent av de kommuner som har familjerådgivning i kommunal regi finns en e-tjänst för tidsbokning medan andelen är 31 procent i de kommuner som har familjerådgivning i privat regi. Orsaken till skillnaden kan vara att privat familjerådgivning ofta redan har en egen digital tjänst som används av privata klienter.

Tabell 31. Förekomst av e-tjänster inom socialtjänsten, per verksamhetsområde och typ av e-tjänst, i %, 2021/2022 (n=290)

Verksamhetsområde*	Tidsbo- ning	Ansökan om bistånd eller insats	Intresse- anmälan	Minst en digital tjänst	Orosan- mälan
Barn och unga	8	7	71	78	36
Ekonomiskt bistånd	-	60	-	68	-
Familjerätt	5	18	-	28	-
Familjerådgivning	21	-	-	25	-
Missbruk vuxna	4	7	-	26	11
Funktionshinder (LSS)	2	29	60	72	-
Funktionshinder (SoL)	2	26	-	38	-
Äldreomsorg	2	31	-	42	-
Överförmyndarverk- samhet	-	-	67	67	-
Färdtjänst och riksfärd- tjänst	-	54	-	-	-
Bostadsanpassning	-	27	-	-	-
Synpunkter med mera	-	83	-	-	-

* Uppgifter saknas för e-tjänster inom vissa verksamhetsområden då kartläggningen endast omfattar ett urval av e-tjänster.

Uppdelat på socialtjänstens verksamhetsområden framkommer att flest kommuner erbjuder minst en e-tjänst inom området barn och unga (78 procent) och funktionshinderområdets LSS-insatser (72 procent). En majoritet av e-tjänsterna utgörs i dessa fall av intresseanmälningar. Om man bortser från intresseanmälningar är ekonomiskt bistånd det område där flest kommuner erbjuder en e-tjänst. De verksamhetsområden där kommunerna erbjuder e-tjänster i lägst utsträckning är familjerådgivning (25 procent), socialtjänstens insatser för vuxna personer med missbruk och beroende (26 procent) och familjerätt (28 procent).

Få e-tjänster riktar sig till barn och unga

Kartläggningen visar att de e-tjänster som erbjuds inom området barn och unga i första hand riktar sig till föräldrar och vårdnadshavare och ungefär hälften av tjänsterna gäller intresseanmälningar (familjehem, kontaktfamilj och jourhem). För barn och unga finns sällan möjlighet att komma i kontakt med socialtjänsten digitalt. Ett undantag är det fåtal kommuner som har en chattfunktion för socialrådgivning på nätet där barn och unga kan ställa frågor, anonymt om de så önskar.

Skillnader i kommunstorlek

De större kommunerna uppvisar generellt sett högre nivåer av e-tjänster inom socialtjänstens områden och skillnaden mellan de största kommunerna och de minsta kommunerna är betydande (se tabell 32).

Tabell 32. Andel kommuner som har minst en e-tjänst per verksamhetsområde, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2021/2022

Verksamhetsområde	<10 000 invånare	10 000– 19 999 invånare	20 000– 49 999 invånare	50 000– 99 999 invånare	>100 000 invånare
Barn och unga	67	73	88	90	100
Ekonomiskt bistånd	54	51	69	80	74
Familjerätt	15	17	34	53	63
Missbruk	11	22	31	33	68
Funktionshinder (LSS)	50	67	86	87	100
Äldreomsorg	24	33	59	60	68
Överförmyndarverksamhet	64	63	73	70	74
Färdtjänst och riksfärdtjänst	39	60	58	67	53

Två områden avviker från det generella mönstret: överförmyndarverksamhet och färdtjänst/riksfärdtjänst, där det finns små skillnader mellan stora och små kommuner. Förklaringen kan vara att många små kommuner gått ihop kring överförmyndarverksamheten med gemensamt ansökningsförfarande. Det finns också, som tidigare nämnts, kommuner som organiserat ansökningar om färdtjänst och riksfärdtjänst i samarbete med regionen och då kan utnyttja regionens befintliga digitala tjänst inom 1177.se. Sådana samarbeten kan vara ett sätt att ge invånarna tillgång till digitala tjänster även i kommuner med mindre resurser.

Jämförelse med tidigare år

Resultatet bekräftar flera tendenser från tidigare år. Ansökan om ekonomiskt bistånd utmärker sig även i år som en vanlig e-tjänst. Liksom 2021 uppvisar områdena vuxna med missbruk, familjerådgivning och familjerätt låga nivåer av e-tjänster.

Över lag visar kartläggningen högre nivåer av e-tjänster inom många områden jämfört med 2021 års resultat, framför allt vad gäller intresseanmälningar. Eftersom metoden för datainsamlingen är förändrad kan Socialstyrelsen inte uttala sig om eventuella ökning. Dock är det positivt att kartläggningen, som utgår från ett invånarperspektiv, uppvisar så pass höga nivåer i förhållande till de svar som kommunerna själva angivit tidigare år.

Statliga stimulansmedel för 2021

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* [6]. Den omfattade 200 miljoner kronor 2021. Av detta gick 182,9 miljoner kronor till kommunerna, varav kommunerna kunde rekquirera 168,7 miljoner från Kammarkollegiet medan 15 miljoner kronor fördelades till 10 modellkommuner.³⁰

Av överenskommelsen framgår att de kommuner som rekquirerar stimulansmedlen förbinder sig att besvara Socialstyrelsens enkät. Det var 3 kommuner som inte rekvirerade stimulansmedlen och för dessa var det frivilligt att besvara enkäten men samtliga besvarade den ändå. Av de 287 kommuner som hade rekvirerat medlen var det 2 kommuner som inte besvarade enkäten. Betydligt fler kommuner rekvirerade medel 2021 jämfört med 2020 då 22 kommuner inte tog del av medlen.

Tabell 33. Redovisning av stimulansmedel 2021

Antal kommuner som rekvirerat stimulansmedel	287
Antal kommuner som använt medlen	283
Rekvirerade stimulansmedel (kronor)	1 69 880 377
Förbrukade medel (kronor)	1 60 835 234
Kvarstående medel (kronor)	9 045 143

Källa: Kommunernas svar på Socialstyrelsens enkät om e-hälsa och välfärdsteknik 2022.

Totalt 20 kommuner angav att pandemin var det huvudsakliga skälet till att de inte hunnit förbruka alla medel, och 15 kommuner angav brist på tid och personal som orsak. Dessa faktorer är ofta sammanlänkade och kommunerna beskriver i fritextsvaren hur personalen har behövt prioritera andra arbetsuppgifter under pandemin. Att man inte förbrukat medlen kan också handla om att personal har insjuknat i covid-19 eller begränsats av karantänsregler, om leveransproblem hos leverantörer eller om restriktioner som hindrar installation av teknik i boenden. Totalt 19 kommuner angav andra skäl till att de inte förbrukat samtliga medel och beskriver dessa i fritextsvaren. Exempel på orsaker är billigare inköp än förväntat, tidskrävande upphandlingar och problem med leveranser. Flera kommuner framför också att tidsperioden för stimulansmedlen är för kort för att de ska hinna genomföra projekt och satsningar.

Syfte med satsningen

Kommunerna kunde i enkäten ange i vilket syfte de använt stimulansmedlen. De alternativ som flest kommuner valde var ökad trygghet eller säkerhet för

³⁰ De 10 modellkommunerna är Borås, Eskilstuna, Grästorps, Kalmar, Karlstad, Kramfors, Lund, Skellefteå, Uddevalla och Övertorneå.

individerna, förbättrad arbetsmiljö samt kvalitetshöjning i verksamheterna. En liknande prioritering gjordes även 2021 (se tabell 34).

Tabell 34. Andel kommuner som använt stimulansmedlen i olika syften, i %, 2021–2022

Flera svar kunde anges.

Syfte med satsningen	2021 (n=266)	2022 (n=285)
Ökad trygghet eller säkerhet för individen	79	80
Förbättrad arbetsmiljö för personal inom äldreomsorgen	76	76
Kvalitetshöjning i verksamheter	77	75
Ökad livskvalitet för individen	60	69
Ökad självständighet för individen	53	63
Tid- och resursbesparingar inom kommunen	62	51
Ökad delaktighet för individen	50	48
Kompetenshöjning för personal inom kommunen kring välfärdsteknik	41	44
Ökad aktivitet för individen*	-	42
Ökad trygghet/säkerhet för närstående	44	40
Annat	5	4

*Fanns inte med som svarsalternativ 2021.

Totalt 10 kommuner uppger att de hade andra syften än ovanstående med stimulansmedlen. Exempel på syften från fritextsvaren är att öka säkerheten vid läkemedelshantering samt att öka brukartiden och därmed livskvaliteten för individen.

Uppdelat på verksamhetsområden har stimulansmedlen primärt använts för insatser i ordinärt boende och särskilda boenden för äldre men även i den kommunala hälso- och sjukvården (se tabell 35).

Tabell 35. Andel kommuner som använt stimulansmedlen inom olika verksamhetsområden, i %, 2021–2022

Verksamhetsområden	2021 (n=266)	2022 (n=285)
Äldreomsorg, ordinärt boende	86	89
Äldreomsorg, särskilda boenden	84	89
Kommunal hälso- och sjukvård	55	63
Annat, ange vad...	10	8

I fritextsvaren uppger 23 kommuner att de har använt medlen i andra verksamheter än de som angavs i frågan. Av dessa 23 har:

- 11 kommuner använt medlen inom funktionsnedsättningsområdet (varav 4 specificerar LSS-verksamhet)
- 3 kommuner använt medlen kommunövergripande
- 3 kommuner använt medlen till förebyggande verksamhet
- 2 kommuner använt medlen i dagverksamhet för äldre
- 2 kommuner använt medlen inom individ- och familjeomsorg
- 1 kommun använt medlen för en öppen mötesplats för äldre
- 1 kommun använt medlen för hela socialtjänstens verksamhetsområde.

Ett spektrum av aktiviteter och investeringar i kommunerna
Resultaten visar att kommunerna över lag har gjort en liknande prioritering av de statliga stimulansmedlen 2021 som 2020 (se tabell 36). Läsplattor och smarta telefoner till enskilda är fortsatt det vanligaste användningsområdet, och mobil journalföring, digital natttillsyn och kompetensinsatser utgör fortfarande några av de mest populära satsningarna. Under 2021 har en tydlig ökning skett av satsningar på appar, till exempel för påminnelser och planering, och passiva larm. En minskning har skett i satsningar på kommunikation via videosamtal, framför allt mellan enskilda och närstående.

Gällande kompetens- och utbildningsinsatser framkommer det av fritextsvaren att kommunerna har genomfört olika typer av insatser som riktat sig till chefer, medarbetare och brukare. Det är vanligt att medlen använts till utbildning av personal i nya verksamhetssystem och digitala arbetssätt, exempelvis digital signering och dokumentation.

Tabell 36. Andel kommuner som använt stimulansmedlen till olika områden, i %, 2021–2022

Användning av medel inom:	2021 (n=266)	2022 (n=285)
Läsplattor, smarta telefoner – för kommunikation, påminnelser, träning med mera för enskilda	43	42
Digital natttillsyn	31	27
Utrustning eller system för mobil journalföring	27	27
Kompetens- och utbildningsinsatser inom välfärdsteknik	23	26
Digitala lås till hemtjänstmottagarens bostäder/digitala nyckel-gömmor	19	24
Digitala sällskapsdjur, till exempel i form av robotkatter	18	23
Appar, till exempel för minnesövning, eller i annat syfte	9	22
Utrustning eller system för kommunikation mellan personal och enskilda individer via videosamtal	22	20
Utrustning eller system för kommunikation mellan enskilda individer och närstående via videosamtal	29	19
Digitala trygghetslarm	16	19
Internetuppkoppling (wifi eller kabel) i särskilda boendeformer (tillgänglighet för de boende)	19	18
Läkemedelsdispenser (medicinrobot, medicinautomat)	14	17
Digitala planeringsverktyg, till exempel schemaplaneringssystem för hemtjänstpersonal etc.	19	16
Passiva larm eller sensorer	9	14
Gps-larm	10	13
Utrustning eller system för säker identitet och behörighetsidentifikation	10	12
Digital tillsyn under dagen	12	9
Inkontinens-sensorer	3	6
Annat	41	42

En stor andel av kommunerna uppger att de har använt medlen inom andra områden. Nedan följer en sammanställning över de användningsområden som fler än en kommun har angett i sina fritextsvar, presenterade i fallande

skala utifrån förekomst. Vanligast i fritextsvaren är att kommunerna har använt medel till digitala medicinskåp. Här syns en tydlig ökning från 2020, då endast 4 kommuner uppgav att de gjort satsningar inom detta område.

Exempel på annan typ av välfärdsteknik:

- digitala medicinskåp (23)
- olika typer av aktivitetsskärmar, bildskärmar och smart-tv (15)
- digital signering av HSL-insatser (12)
- interaktiva ljusprojektorer eller aktiveringsprojektorer (12)
- projektledare, verksamhetsutvecklare eller samordnare för utveckling av välfärdsteknik (12)
- VR-teknik (8)
- andra typer av digitala lås (7, varav 5 avser digitala lås i särskilt boende)
- musikvästar (6)
- andra typer av larmsystem (5)
- andra typer av digitala hjälpmedel, till exempel för planering och träning (4)
- digitala och interaktiva spel för stimulering (4)
- nytt verksamhetssystem eller uppdatering av befintligt system (4)
- arbete med upphandling (4)
- kartläggning, utredning och planering (4)
- digitala nyckel- och förvaringsskåp (3)
- utrustning och system för mobil dokumentation och informationsspridning för personal (3)
- utrustning för videokonferens och distansutbildningar för personal, till exempel kameror och anpassade rum (3)
- motoriserat draglakan (3)
- duschrobotar, intelligenta toaletter, dusch- och torkbidé (3)
- digitala träningscyklar med ljud- och videostöd (2)
- musikkuddar (2)
- förtätning av datorer och mobiler (2)
- installation av teknik och systemförvaltning (2)
- digital fåtölj och lyftstolar (2)
- skanner för urinblåsa (2)
- uppstignings- och vridsängar (2)
- säker digital kommunikation (2)
- automatiserade processer (2)
- digitala verktyg och webbplattformar för att öka delaktighet och minska ensamhet hos äldre (2).

Vidare har vissa kommuner använt medlen för att stärka brukarinvolvering. Här nämns till exempel visnings- och testrum för digital teknik, resursperson som stöd för att introducera ny teknik till brukare, utlåningsverksamhet av välfärdsteknik till omsorgsboenden (till exempel digitala sällskapsdjur och musikkuddar), konsultstöd för att öka hemtjänstbrukares inflytande, digitala invånardialoger och projekt för ökad delaktighet vid digitala inköp.

Stimulansmedlens målpuppfyllnad

I enkäten fick kommunerna frågan om huruvida de bedömer att stimulansmedlen har bidragit till att målen med satsningen har uppnåtts. Totalt 63 procent av kommunerna svarade att medlen har bidragit till att målen har uppfyllts i hög grad, och 37 procent svarade att medlen bidragit till att målen har uppfyllts i viss utsträckning. Ingen av kommunerna ansåg att medlen inte bidragit alls till att uppnå målen. I fritextsvaren uppger dock flera kommuner att de ännu inte hunnit utvärdera satsningarna och därför inte kan uttala sig om målpuppfyllnad i sin helhet.

Många kommuner uttrycker att medlen har bidragit till att välfärdsteknik kan införas mer strukturerat och ändamålsenligt; kommunerna har kunnat ägna sig åt förändringsprocessen i större utsträckning och avsätta resurser för att planera tillvägagångssätt, involvera medarbetare och brukare samt testa och utvärdera teknik. Flera kommuner beskriver denna process som en framgångsfaktor för att lyckas med implementeringen av ny välfärdsteknik. Vissa kommuner beskriver hur medlen har bidragit till att sprida redan befintlig välfärdsteknik och introducera den till fler medarbetare och brukare.

Några kommuner lyfter negativa aspekter med stimulansmedlens utformning. Framför allt nämns att medlen löper över för kort tid vilket försvårar långsiktig planering och införande. Dessa kommuner uttrycker att de hade behövt mer tid för att planera och implementera förändringen. Ett annan aspekt som lyfts är att resurserna endast räcker till genomförande av pilotverksamhet, inte till breddinförande.

Många kommuner lyfter vikten av att kunna genomföra pilotverksamhet, testa ny teknik och utvärdera den utifrån kommunens egna behov och förutsättningar, vilket stimulansmedlen har bidragit till. I vissa fall har kommunerna inte uppnått önskat resultat med pilotverksamheten utan i stället sett över andra lösningar, vilket i sig varit en viktig lärdom.

I fritextsvaren framkommer att kommunerna är beroende av stimulansmedlen i olika utsträckning. Vissa, framför allt mindre, kommuner understryker att stimulansmedlen är en förutsättning för deras digitala utveckling. Andra kommuner ser stimulansmedlen som ett komplement till redan pågående arbete eller som ett verktyg för att snabba på en redan befintlig utvecklingsprocess.

Diskussion

Detta avsnitt fokuserar på skillnader i den digitala utvecklingen över tid, mellan olika verksamhetsområden och mellan olika kommunstorlekar. Vidare kommer några centrala resultat från rapporten lyftas och diskuteras mer ingående.

Skillnader över tid

Styrning och kvalitetsledning

Kommunernas arbete med styrning och kvalitetsledning går framåt inom många områden. Exempelvis har en uppgång skett vad gäller förekomsten av kvalitetsledningssystem som omfattar välfärdsteknik och användningen av strukturerad dokumentation i kommunernas kvalitetsarbete. Samtidigt har det inte skett någon ökning i förekomsten av styrande dokument för välfärdsteknik och e-hälsa. Årets resultat visade att omkring 40 procent av kommunerna saknar strategier på lång sikt för införande och användning av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering samt att omkring 80 procent saknar handlingsplaner som är tids och resurssatta. Socialstyrelsen bedömer att det finns rum för utveckling i kommunernas arbete med styrande dokument.

Informationssäkerhet

Även om kommunernas informationssäkerhetsarbete går framåt identifierar Socialstyrelsen fortfarande förbättringspotential inom området. Ett sätt att främja utvecklingen kan vara ett utökat nationellt stöd, framför allt riktat till de kommuner som inte kommit lika långt inom området, exempelvis mindre kommuner.

När det gäller ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) visar årets rapport att 55 procent av kommunerna saknar ett LIS som avser den kommunala hälso- och sjukvården och att 58 procent saknar ett LIS som avser socialtjänsten. När det gäller uppföljning av risker och behov av utveckling av informationssäkerhet inom socialtjänsten har 52 procent av kommunerna inte genomfört en sådan uppföljning under 2021, vare sig inom äldreomsorgen, individ- och familjeomsorgen eller funktionshinderområdet. I den kommunala hälso- och sjukvården är motsvarande siffra 60 procent.

Vad gäller klassificering av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet har 25 procent av kommunerna inte genomfört en sådan klassning inom socialtjänsten respektive 37 procent i den kommunala hälso- och sjukvården.

När det gäller stark autentisering inom socialtjänsten är det 3 procent av kommunerna som inte kräver det i något system som ger personal åtkomst till känsliga personuppgifter över öppna nät och endast 45 procent av kommunerna som kräver det för samtliga system.

Socialstyrelsen bedömer att det finns rum för utveckling i kommunernas informationssäkerhetsarbete inom alla dessa områden. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av

personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) finns närmare angivet vilka krav som ställs på vårdgivares arbete med informationssäkerhet. I föreskriften framkommer inga krav på LIS men det framgår att vårdgivaren bör använda svenska standarder för informationssäkerhet när ledningssystemet byggs upp och att kraven på informationssäkerhet ska integreras med de övriga krav som ledningssystemet omfattar. I föreskriften framkommer även att vårdgivaren fortlöpande ska bedöma om det finns risker för händelser i verksamheten som kan medföra att föreskriftens krav inte uppfylls.

Ojämnr utveckling av välfärdsteknik

Utvecklingen av välfärdsteknik i kommunerna är mångfacetterad. Även om användningen över lag har ökat sedan 2020 finns det många områden där utvecklingen står still eller där det har skett en nedgång. Den största ökningen av välfärdsteknik återfinns inom ordinärt boende för äldre, särskilda boendeformer för äldre och den kommunala hälso- och sjukvården, men även här har det skett vissa minskningar jämfört med 2021 års resultat. Den största nedgången av välfärdsteknik återfinns inom stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning.

Vidare skiljer sig även utvecklingen av de olika typerna av välfärdsteknik åt. Det är inte samma teknik som ökar eller minskar inom de olika verksamhetsområdena. Trots denna diskrepans framkommer vissa gemensamma tendenser. Nedan är några exempel på övergripande upp- och nedgångar i kommunernas användning av välfärdsteknik:

- Det har skett en klar uppgång av digitala lås till enskildas bostäder inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Videostöd för samordnad individuell planering (SIP) vid utskrivning från slutenvård har ökat inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.
- Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering har ökat i den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten, med undantag för stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning.
- Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående har minskat inom socialtjänsten.
- Videostöd för SIP vid andra tillfällen än utskrivning från slutenvård har minskat i den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten, med undantag för ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning.
- Digitalt stöd för eller träning i dagliga aktiviteter har minskat inom socialtjänsten, med undantag för ordinärt boende för äldre där användningen ligger kvar på samma nivå som 2021.
- Andel kommuner med gps-larm ligger kvar på samma nivå som 2021. Dock har antalet personer med gps-larm ökat inom ordinärt boende.
- Antalet personer med digital tillsyn, både nattetid och dagtid, har ökat inom ordinärt boende.
- Antalet personer med läkemedelsfördelare har ökat i den kommunala hälso- och sjukvården.

Nedgångarna i välfärdsteknik utgörs delvis av ett minskat antal kommuner som har tekniken i pilotverksamhet 2022 jämfört med 2021. Men resultatet

har också visat exempel där nivån av breddinförande har minskat. Dock är det viktigt att vara försiktig i tolkningen av detta resultat; det kan spegla en faktisk förändring, det vill säga att nivån av breddinförande har sjunkit, men det kan också vara ett resultat av skillnader i respondenternas tolkning av frågan och kunskap om kommunen. Socialstyrelsen kommer att genomföra en mer ingående analys av denna variation framöver för att utvärdera hur utvecklingen av välfärdsteknik ser ut i kommunerna, framför allt hos de kommuner som pendlar i sina svar om breddinförd teknik över tid.

Minskning av digital kommunikation

Den största övergripande minskningen av välfärdsteknik har skett inom digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående. Minskningen har skett både i pilotverksamhet och breddinförande och är tydligast inom särskilda boendeformer för äldre. Där har kommunernas användning sjunkit från 76 procent 2021 till 58 procent i år.

Vid dialogerna om resultatet med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten framkommer att denna nedgång kan bero på en osäkerhet som uppkom 2021 vad gäller vilka tekniska lösningar och molntjänster som får användas för digital kommunikation. Enligt SKR:s kompetenscenter och SKR:s nätverk resulterade detta i att många kommuner valde att avsluta de lösningar som de tidigare använt, eller pausa pågående införanden, för att hitta alternativa lösningar för molntjänster och digitala system.

Ett närliggande område där det också skett en minskning är videostöd för SIP vid andra tillfällen än utskrivning från slutenvård. Också här är minskningen tydligast inom särskilda boendeformer för äldre där andelen kommuner med denna teknik minskat från 78 procent 2021 till 63 procent i år. Även här framhåller SKR:s kompetenscenter och SKR:s nätverk att denna nedgång kan vara kopplad till en osäkerhet gällande informationssäkerheten för olika tekniska lösningar.

Utvecklingen av videostöd för SIP vid utskrivning från slutenvård har gått i motsatt riktning och ökat inom de flesta områden. En anledning till detta kan vara att regionen ofta tillhandahåller teknik för SIP vid utskrivning från slutenvård, till skillnad från teknik för SIP vid andra tillfällen. I dialogen med SKR:s nätverk framkommer att regionernas lösningar för SIP ofta skiljer sig från kommunernas och att de därför eventuellt inte påverkats på samma sätt av osäkerheten kring videomötens informationssäkerhet.

Pandemins effekter

I förra årets rapport konstaterade Socialstyrelsen att pandemin inneburit att införandet av teknik både har snabbats på och pausats. Pandemin har inneburit att kommunerna tvingats använda digitala lösningar i högre utsträckning. Men den har också bromsat utvecklingen eftersom resurser som tidigare gått till digital verksamhetsutveckling har omprioriterats. Trots pandemins effekter ökade välfärdstekniken inom flera områden 2021 jämfört med 2020.

I år kan Socialstyrelsen jämföra resultaten mellan två olika situationer av pandemi – januari 2021 och januari 2022, och årets resultat visar en minskad användning av flera typer av välfärdsteknik jämfört med 2021. SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering

inom socialtjänsten lyfter att en möjlig förklaring till denna nedgång är en eftersläpning i effekterna av pandemin. Ofta har införande av välfärdsteknik lång startsträcka med planering, pilotverksamhet och utvärderingar. Under 2021 är det sannolikt att kommunerna arbetade vidare med projekt som påbörjats redan före pandemin medan utvecklingen i år har bromsats upp eftersom färre nya projekt påbörjades 2020 och 2021.

Skillnader mellan äldre- och funktionshinderområdet

Utifrån tabellerna i rapporten kan man utläsa att nivåerna av välfärdsteknik är högre inom äldreområdet än funktionshinderområdet samt att det skett en större uppgång inom äldreområdet i år. Detta resultat kan dock vara missvisande på grund av en snedvridning i det statistiska underlaget.

I rapporten redovisas välfärdsteknik som beviljas enligt socialtjänstlagen (SoL) separat från teknik som förskrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Enkäten inkluderar inte heller den välfärdsteknik som förskrivs av regioner eller som köps av enskilda på konsumentmarknaden.³¹ I redovisningen av välfärdsteknik inom socialtjänsten exkluderas därmed den teknik som förskrivs enligt HSL, till exempel digitala hjälpmedel. Detta medför att verksamhetsområden som har en hög förskrivning av välfärdsteknik enligt HSL missgynnas i resultatredovisningen, medan områden där merparten av tekniken beviljas enligt SoL gynnas.

Det kan antas att förskrivningen av välfärdsteknik enligt HSL är högre inom funktionshinderområdet än äldreområdet. Exempelvis är förskrivningen av kognitiva hjälpmedel och kommunikationshjälpmedel högre för yngre än för äldre personer, vilket framgår i Socialstyrelsens rapport *Uppdrag statistik på hjälpmedelsområdet – slutrapport* [26]. Dessutom sker förskrivning av digitala hjälpmedel inom funktionshinderområdet i hög utsträckning av regionerna, till exempel via habiliteringen. Utifrån detta resonemang är det möjligt att de skillnader som rapporten uppvisar mellan målgrupperna i grunden bygger på skillnader i hur välfärdstekniken tillhandahålls, inte på skillnader i tillgång till teknik.

På grund av denna eventuella snedvridning lämpar sig inte jämförelser mellan enkätresultatet för äldreområdet och funktionshinderområdet vad gäller flera typer av välfärdsteknik. Dock kan en jämförelse vara av intresse vad gäller teknik som inte förskrivs enligt HSL. I tabell 37 har Socialstyrelsen samlat några sådana exempel.

³¹ Vad gäller läkemedelsfördelare inkluderas de som tillhandahålls av regionen som ett särskilt svarsalternativ.

Tabell 37. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i socialtjänstens verksamheter, i %, 2022

Typ av välfärdsteknik	Ordinärt boende för äldre (n= 288)	Ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning (n= 288)	Särskilda boendeformer för äldre (n= 282)	Stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning (n= 281)
Tillsyn natttid med digital teknik	78	43	50	29
Tillsyn dagtid med digital teknik	31	20	32	16
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	81	76	75	70
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen	79	78	72	70
Digitalt lås till enskildas bostäder	81	40	65	25

Tabellen visar genomgående högre nivåer av välfärdsteknik som riktas till äldre, framför allt vad gäller digitala lås och digital tillsyn. Vissa nivåskillnader kan förklaras av målgruppernas olika behov och förutsättningar samt skillnader i verksamheternas utformning och personalsammansättning, medan andra skillnader kan vara svårare att motivera.

En aspekt som kan påverka denna diskrepans är de statliga stimulansmedel som särskilt inriktar sig på utveckling av välfärdsteknik inom äldreområdet. I dialogerna med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten lyfts detta som en faktor som kan medföra att kommunerna gör större satsningar inom äldreområdet. En annan aspekt som framkom var att välfärdsteknik inom äldreområdet kan ha en högre prioritet i kommunerna på grund av kommunernas demografiska utmaning med en åldrad befolkning vars behov behöver mötas på ett hållbart och resurseffektivt sätt.

En ytterligare aspekt som betonades i dialogerna med SKR:s kompetenscenter och SKR:s nätverk är att funktionshinderområdet länge har legat i framkant när det gäller digitala hjälpmedel. Satsningarna inom äldreområdet kan därmed ses som ett sätt att komma i kapp den digitala utveckling som redan skett inom funktionshinderområdet. Dock visar tabell 37 att denna utveckling inte genomsyrar alla områden.

Skillnader mellan socialtjänstens verksamhetsområden

Resultatet har visat att socialtjänstens verksamhetsområden skiljer sig åt i den digitala utvecklingen. Vad gäller användningen av ICF, KSI och stark autentisering har äldreomsorgen och funktionshinderområdet kommit längre än övriga områden. Detta gäller både vid myndighetsutövning och utförarverksamhet. Äldreomsorgen uppvisar något högre resultat än funktionshinderområdet medan övriga verksamhetsområden ligger på en relativt jämn

lägre nivå. Arbetsmarknadsinsatser och ekonomiskt bistånd uppvisar ofta de lägsta resultaten gällande ICF, KSI och stark autentisering. Ett annat område där äldreomsorgen uppvisar det högsta resultatet, och arbetsmarknadsinsatser det lägsta, är inom mobil dokumentation för personalen.

Området ekonomiskt bistånd uppvisar klart högre resultat än övriga verksamhetsområden gällande automatisering och säker kommunikation mellan enskilda och socialtjänstpersonal. Inom området barn och unga erbjuder flest kommuner minst en e-tjänst. Området barn och unga uppvisar också den högsta nivån av användning av strukturerade uppgifter i kvalitetsarbete.

Dessa skillnader mellan verksamhetsområden har även identifierats i Socialstyrelsens tidigare rapporter och speglar på många sätt de olika områdenas skilda arbetssätt och förutsättningar.

Skillnader mellan socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Vid en jämförelse mellan den digitala utvecklingen i socialtjänsten respektive den kommunala hälso- och sjukvården framkommer vissa skillnader men över lag är de inte så markanta. Socialtjänsten uppvisar högre resultat inom exempelvis styrande dokument, utvärderingar av digitaliseringens effekter, uppföljning av risker samt behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet och klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Den kommunala hälso- och sjukvården uppvisar i sin tur högre resultat vad gäller användning av ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) och klassificering enligt ICF.

Vad gäller välfärdsteknik är utvecklingen svår att jämföra eftersom typerna av teknik skiljer sig åt mellan socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare försvåras jämförelser eftersom nivåerna av välfärdsteknik inom socialtjänstens olika verksamhetsområden skiljer sig så pass mycket åt. Över lag visar årets enkätresultat att skillnaderna i välfärdsteknik mellan den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte är lika markanta som skillnaderna mellan socialtjänstens verksamhetsområden; nivåerna av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården ligger ofta mitt mellan nivåerna av välfärdsteknik inom socialtjänsten.

Även när det gäller digitalt stöd riktat till personalen i form av mobil dokumentation och digitala planeringsverktyg ligger den kommunala hälso- och sjukvården mitt mellan socialtjänstens områden.

Skillnader mellan kommunstorlekar

Trots att Socialstyrelsen i år har justerat storleksindelningen av kommunerna återkommer många tendenser från 2021. Både i år och 2021 uppvisar de större kommunerna högre nivåer vad gäller styrning, kvalitetsledning och informationssäkerhet medan storleken på kommunen har mindre påverkan på själva införandet av välfärdsteknik. De större kommunerna uppvisar även högre nivåer av e-tjänster. Socialstyrelsen har dock inte kontrollerat enkätresultatet gentemot andra faktorer som kan påverka utfallet, till exempel ekonomi, demografi, socioekonomi eller geografi. Det är alltså möjligt att de

tendenser som Socialstyrelsen identifierar gällande kommunstorlek förklaras av en tredje faktor. En fråga för Socialstyrelsens framtida undersökningar är att studera dessa andra typer av faktorer.

I dialogerna med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten framkommer att de delar bilden av att de större kommunerna har kommit längre vad gäller styrning, kvalitetsledning och informationssäkerhet. En möjlig orsak till detta som lyfts är att de större kommunerna har mer resurser för att kunna arbeta med dessa frågor och tillgång till rätt kompetens i högre utsträckning; de mindre kommunerna saknar tid, resurser, personal och kompetens för att kunna prioritera detta område.

I rapporten framkom att de näst största kommunerna ofta ligger i framkant gällande implementering av välfärdsteknik medan de största kommunerna inte utmärker sig jämfört med de mindre kommunerna. Att de största kommunerna har svårigheter att implementera välfärdsteknik känns igen av SKR:s kompetenscenter och SKR:s nätverk. En möjlig orsak till detta som lyfts är att det kan vara svårare för de riktigt stora kommunerna att breddinföra teknik eftersom det blir ett för omfattande projekt som involverar så många människor – både i antal som ska använda själva tekniken och i mängden personal och beslutsfattare som behöver involveras i processen. Det kan också handla om längre beslutsvägar och svårigheter i samarbete mellan många olika förvaltningar.

SKR:s kompetenscenter och SKR:s nätverk menar att mindre kommuner kan ha lättare att implementera välfärdsteknik eftersom de, i motsats till de största kommunerna, är mer flexibla och kan införskaffa och införa teknik på ett enklare sätt; förutsättningarna för en eldsjäl att driva igenom en förändring är bättre. Att organisationen är mindre kan också göra det lättare att uppnå enighet. Samtidigt kan de mindre kommunerna sakna de resurser som krävs för att breddinföra välfärdsteknik. De näst största kommunerna blir enligt detta resonemang en bra medelväg mellan den mindre kommunens effektivitet och den större kommunens resurstillgång. Storleken på kommunen kan således både vara en tillgång och ett hinder beroende på vilken aspekt av digitaliseringen som studeras.

I 2021 års rapport bedömde Socialstyrelsen att de mindre kommunerna är i större behov av nationellt stöd och att nationella aktörer behöver säkerställa att de mindre kommunerna har förutsättningar att ta del av det stöd som ges. I år gör Socialstyrelsen samma bedömning, med tillägget att stöd även kan behöva riktas utifrån andra faktorer än kommunstorlek. Exempelvis behöver aspekter som demografi och ekonomi vägas in när nationella aktörer utformar sitt stöd.

Skillnader mellan kommuner och privata utförare

Enkäterna är inte utformade för jämförelser mellan privata utförare och kommuner. En jämförelse försvåras av att enkätfrågorna behandlar olika verksamhetsområden. Exempelvis omfattar den kommunala enkäten särskilda

boendeformer för äldre, där korttidsboenden och biståndsbedömda trygghetsboenden inkluderas, medan den privata enkäten endast omfattar särskilt boende för äldre. En annan faktor som komplicerar jämförelser är den lägre svarsfrekvensen hos de privata utförarna (58 procent) jämfört med kommunernas svarsfrekvens (99 procent).

Ett område där det dock finns jämförbara uppgifter är mobil dokumentation i hemtjänsten. Här uppvisar resultatet av enkäten till privata utförare högre resultat än kommunernas enkät. Totalt 72 procent av de företag som bedriver hemtjänstverksamhet angav att all mobil personal har tillgång till utrustning för att kunna dokumentera mobilt i verksamhetssystemet. I den kommunala enkäten var motsvarande siffra 62 procent, men här inkluderas både kommuner som bedriver hemtjänst helt i egen regi och delvis i egen regi. Av de kommuner som bedriver hemtjänst helt i egen regi uppgav 64 procent att all personal har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt.

Ett annat område där det finns jämförbara uppgifter är internettillgång i särskilt boende för äldre. Resultatet visar att de företag som driver särskilt boende för äldre uppvisar högre nivåer av internettillgång i enskilda rum eller lägenheter jämfört med kommunala boenden. Av de privata företagen angav 15 företag (83 procent) att de erbjuder denna internettillgång i samtliga särskilda boenden för äldre (totalt 158 boenden) medan 3 företag (7 procent) inte erbjuder denna internettillgång i något av sina boenden (totalt 18 boenden). Av de 282 kommuner som besvarade frågan angav 60 procent att de erbjuder denna internettillgång i samtliga särskilda boenden för äldre medan 13 procent inte erbjuder det i något boende.

Socialstyrelsen kommer se över möjligheten att i framtida studier anpassa enkätundersökningarna för att kunna jämföra den digitala utvecklingen i kommunal och privat regi inom fler områden.

Breddinförd teknik men få användare

Socialstyrelsen konstaterade i 2020 och 2021 års rapporter att breddinförandet av välfärdsteknik går långsamt i kommunerna. Samma slutsats kan dras i år, beroende på hur man väljer att definiera begreppet breddinförande.

Om man definierar breddinförande så som Socialstyrelsen har gjort i enkäten, det vill säga att kommunen har tagit beslut om att alla inom målgruppen kan, eller kommer att kunna, ta del av tekniken, uppvisar kommunerna överlag höga nivåer av breddinförd välfärdsteknik i jämförelse med teknik i pilotverksamhet. Samma mönster framkom i 2021 års rapport. Men om man definierar breddinförande som att en produkt har fått stor spridning i en kommun är bilden en annan. Resultatet både i år och 2021 visar att många kommuner endast har ett fåtal personer som utrustats med tekniken trots att den är breddinförd; i vissa fall saknas användare helt.

Denna diskrepans visar att kommunerna har en utmaning – inte bara i att få till beslut om breddinförande utan att också i att sprida välfärdstekniken inom kommunen. Här är det relevant att skilja mellan att enskilda har tillgång till välfärdsteknik i teorin och i praktiken. Att det finns ett politiskt beslut om att enskilda ska kunna ta del av en viss teknik är inte samma sak som att enskilda faktiskt har denna tillgång. En tillgång i praktiken förutsätter att

brukarna, patienterna och deras närstående har information om att tekniken finns tillgänglig och tillräcklig kunskap om och förståelse för vad tekniken innebär. Den är också beroende av att den personal som beviljar tekniken har tillräcklig kännedom och kunskap om tekniken.

Här väcks frågor om hur implementeringen ser ut i de kommuner där en teknik är breddinförd men användandet är lågt: Har medarbetare, brukare, patienter och närstående involverats i tillräckligt hög grad? Finns det tillräcklig kännedom och kunskap om tekniken i kommunen?

Att det finns beslut om breddinförande är dock ett viktigt steg för att tillgängliggöra tekniken för alla kommuninvånare som behöver och önskar en viss teknik. Det centrala med ett breddinförande är den jämlika tillgången till välfärdsteknik, inte hur många som använder den. Det är dock svårt att bedöma hur stort det verkliga behovet av välfärdsteknik är och om kommunerna möter detta behov. Denna fråga diskuterades med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik som lyfter fram värdet av att analysera behovets omfattning trots svårigheter i att fastställa den exakta nivån. Att användandet av välfärdsteknik är mycket högre i vissa kommuner jämfört med andra, vilket denna och 2021 års rapport visar, kan tyda på att det finns ett behov av välfärdsteknik som kommuner med få användare inte möter. Men skillnaderna kan också härledas till andra faktorer till exempel demografi.

Socialstyrelsen kommer se över möjligheten att studera antalet användare inom fler typer av välfärdsteknik. Denna rapport har endast undersökt antal användare inom digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare. Mer kunskap om skillnader i utbredning mellan olika tekniker och kommuner ger en bättre bild av hur breddinförandet i kommunerna ser ut i praktiken. Vidare behöver behovet tydligare utredas, exempelvis genom intervjuer med brukarorganisationer och föreningar.

Framgångsfaktorer och hinder

Rapporten har lyft upp framgångsfaktorer och hinder gällande kommunernas utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik. Nedan utvecklas resonemanget kring vissa av dessa faktorer.

Resurser

Resurser är dels en fråga om kommuners egen prioritering och planering, där det är av stor vikt att kommunen satsar och avsätter resurser för digitaliseringsarbetet, dels en fråga om nationella medel behöver skjutas till för att främja utvecklingen.

Ett exempel på nationella medel är de stimulansmedel för digitalisering inom äldreomsorgen som redovisas i denna rapport. I fritextsvaren uppgav vissa, framför allt mindre, kommuner att de är beroende av dessa medel för sin digitala utveckling. Samtliga kommuner angav att stimulansmedlen har bidragit till att uppnå målen med deras satsningar. Samtidigt lyfte några kommuner upp att stimulansmedlen löper för kort tid vilket försvårar långsiktig planering och implementering. Denna synpunkt framfördes även i dialogen med SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten. Statskontoret för ett liknande resonemang i sin uppföljning av Vision e-hälsa 2025 och betonar vikten av långsiktigt statligt stöd [19].

I årets enkät tillfrågades kommunerna om huruvida de har en tids- och resurssatt handlingsplan för införande av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Resultatet visade att omkring en femtedel av kommunerna hade detta.

Socialstyrelsen kan konstatera att det finns behov av mer långsiktig resursplanering vad gäller välfärdsteknik och e-hälsa både på kommunal och på nationell nivå.

Styrning och planering

Det är centralt att kommunerna har en plan för införandet av digital teknik och styrande dokument som ger uttryck för mål, avsatta resurser, implementering, uppföljning och förvaltning på lång sikt. Resultatet av årets enkät visade att förekomsten av styrande dokument för e-hälsa och välfärdsteknik har legat på omkring 70 procent sedan 2017. Vidare framkom både i år och 2021 en diskrepans mellan kommunstorlekar, där de större kommunerna har styrande dokument i högre utsträckning än de mindre kommunerna. Socialstyrelsen konstaterar att det finns rum för utveckling i kommunernas arbete med styrande dokument och handlingsplaner. Här kan mer nationellt stöd, till exempel kunskaps- och metodstöd, bidra till utvecklingen.

Eftersom kommunstorlek tycks spela stor roll gällande styrning men mindre roll för implementering väcks frågan om hur kopplingen ser ut mellan en kommuns arbete med styrning och själva införandet av välfärdsteknik. Utifrån resultatet i rapporten är det inte självklart att styrande dokument, handlingsplaner och strukturerad planering är avgörande för ett införande. Här är det relevant att skilja mellan att en teknik införs och att den implementeras långsiktigt och ändamålsenligt för de som ska använda den. I det senare fallet kan det vara av stor vikt att implementeringen är kopplad till bredare strategier och mer långsiktiga mål i kommunen, vilka också är förankrade hos medarbetare, brukare, patienter och närstående. Dessutom kan en sådan typ av implementering öka användningen av den införda tekniken.

Nyttoanalys

En viktig framgångsfaktor för den digitala utvecklingen är att analysera nytan med förändringen utifrån effekter för enskilda, personal, organisation och ekonomi. Resultatet från årets enkät visar att en majoritet av kommunerna inte har genomfört någon av utvärdering av effekterna av sin digitalisering de senaste två åren. De större kommunerna har genomfört utvärderingar i högre utsträckning än de mindre kommunerna. Flera kommuner anger pandemin som orsak till att de inte har kunnat prioritera utvärderingar de senaste två åren.

Socialstyrelsen har svårt att bedöma hur stor påverkan pandemin har haft på kommunernas arbete inom detta område; eftersom enkätfrågan är ny för i år kan inga jämförelser göras med tidigare år. Socialstyrelsen uppmanar dock fler kommuner att genomföra nyttoanalyser och utvärderingar av digitaliseringens effekter framöver. Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av ökat nationellt stöd, till exempel kunskaps- och metodstöd, till kommunerna inom detta område – framför allt riktat till de kommuner som har svårt att genomföra denna typ av analyser på egen hand, exempelvis mindre kommuner.

Involvering

Att involvera medarbetare, brukare och närstående i ett tidigt stadium är centralt för att uppnå en ändamålsenlig implementering. Nya arbetssätt och ny teknik behöver utgå från behovet hos dem som ska nyttja den. I fritextsvaren om de statliga stimulansmedlen framkom att vissa kommuner har använt medlen till att stärka denna typ av involvering. Här nämns exempel som visnings- och testrum för digital teknik, resurspersoner som stöd för att introducera ny teknik, utlåningsverksamhet av välfärdsteknik till omsorgsboenden och digitala invånardialoger. Även om många kommuner redan arbetar med denna typ av involvering ser Socialstyrelsen utvecklingspotential inom detta område, där behovsanalyser och tjänstedesign får ett större utrymme i genomförandeprocessen.

En fråga som relaterar till både nytta och involvering är i vilket syfte tekniken införs: Är syftet att öka nyttan för enskilda eller ligger fokus på teknik som uppfyller annan nytta, till exempel för organisationen, personalen eller ekonomin? Detta kan kopplas till själva begreppet välfärdsteknik. Socialstyrelsens definition innehåller en del som avser digital teknik och en annan del som avser vad tekniken ska fylla för syfte: *att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning*. Utifrån denna definition är det avgörande att tekniken utgår från den enskildes behov för att den ska kunna kallas välfärdsteknik.

Om man ser till de statliga stimulansmedlen visar årets enkätsvar att kommunerna i högst utsträckning har genomfört satsningar som syftar till ökad trygghet eller säkerhet för individen; därefter kommer förbättrad arbetsmiljö för personal, kvalitetshöjning i verksamheten, ökad livskvalitet och självständighet för individen samt tids- och resursbesparingar i kommunen. Ett annat sätt att få en uppfattning om vilket syfte tekniken har är att studera vilka typer av utvärderingar kommunerna genomför. Resultatet från årets enkät visar att utvärderingar av digitaliseringens effekter för personal eller organisationen är vanligast, därefter kommer utvärderingar av effekter för enskilda och sist kommer kostnadseffekter.

Även om nyttan för organisation, personal, ekonomi och enskilda ofta går hand i hand bedömer Socialstyrelsen att det är avgörande att analysera dem åtskilt från varandra, inte minst för att belysa brukarperspektivet. Till skillnad från förskrivning av digitala hjälpmedel (vanligen av arbetsterapeut enligt HSL) som alltid förutsätter en individuell bedömning där tekniken följs upp och anpassas utifrån individen, så kan välfärdsteknik införas på olika sätt med varierande grad av brukarinvolvering. Vissa typer av välfärdsteknik beviljas varken enligt SoL eller förskrivs enligt HSL utan implementeras brett i verksamheten. För dessa typer av tekniker aktualiseras behovet av brukarperspektiv och involvering ytterligare, framför allt för personer med nedsatt beslutsförmåga vilket lyfts i Socialstyrelsens halvtidsrapport *En nationell strategi för demenssjukdom* [27]. Socialstyrelsen konstaterar att brukarinvolvering är ett utvecklingsområde där myndigheten uppmuntrar ett ökat fokus, både från kommunal och från nationell nivå.

Avslutande kommentar

Socialstyrelsen kan konstatera att tillgången till välfärdsteknik för kommuninvånarna i landet inte är likvärdig. Vilket utbud invånaren har tillgång till beror på i vilken kommun personen bor samt vilken insats personen får från kommunen. Rapporten har också visat att det råder en ojämlik tillgång inom flera andra områden, exempelvis till kommunens digitala e-tjänster och internet i boenden.

Årets rapport visar att ett beslut om breddinförande inte är någon garanti för en stor spridning eller hög användning av välfärdsteknik. I stället visar rapporten att många kommuner som har breddinfört en teknik endast har några enstaka individer som använder den. Detta belyser kommunernas utmaning i att inte bara gå från pilotverksamhet till breddinförande utan också att gå från breddinförande till en bred och jämlik tillgång till välfärdsteknik.

De optimala nivåerna av välfärdsteknik går inte att fastställa. Däremot finns det ett värde i en jämlik tillgång till teknik i den bemärkelsen att alla invånare som behöver, och har önskemål om, en viss teknik har samma möjligheter att få tillgång till den. De låga nivåerna av användande av välfärdsteknik kan tyda på att det brister i denna jämlika tillgång och att kommunerna behöver fokusera mer på att sprida kunskap om välfärdsteknik och involvera medarbetare, brukare, patienter och närstående i högre utsträckning.

Referenser

1. Regeringen. Nationell IT-strategi för vård och omsorg. 2006. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2006/03/skr.-200506139/>.
2. Regeringen. Nationell IT-strategi för vård och omsorg. 2006. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/03/73/9959f31e.pdf>
3. Regeringen. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. 2010. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49bbd3/contentassets/6ccc07793ab841b888fb343a49d75d54/nationell-ehalsa---strategin-for-tillganglig-och-saker-information-inom-var-d-och-omsorg>.
4. Regeringen. Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten 2013. 2012. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2013/01/s20128764fst/>.
5. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019: Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-5-10.pdf>.
6. Regeringen. 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>.
7. Regeringen. Vision e-hälsa 2025. 2016. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>.
8. Regeringen. Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. 2017. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/494485/contentassets/d8383ab42b0a40808f42b8d68210917d/overenskommelse-om-handlingsplan-for-samverkan-vid-genomforande-av-vision-e-halsa-2025.pdf>.
9. E-hälsomyndigheten. Uppföljning Vision e-hälsa 2025: Rapport avseende år 2021. 2022. Hämtad från: https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/uppfoljning-vision-e-halsa-2025-rapport-avseende-2021.pdf.
10. Vision e-hälsa 2025. Vision e-hälsa 2025: Uppföljning 2019. 2020. Hämtad från: <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2021/02/Uppfoljningsrapport-2019-Vision-e-halsa-2025.pdf>.
11. Socialstyrelsen. Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2019-5-16.pdf>.

12. Regeringen. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten: Överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2013. Hämtad från:
<https://www.regeringen.se/49b6cb/contentassets/a7a6307d060c47689ae52499209f5553/godkannande-av-en-overenskommelse-om-stod-till-en-evidensbaserad-praktik-for-god-kvalitet-inom-socialtjansten-2014-s20138804fst>.
13. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. 2021. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-5-7384.pdf>.
14. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020: Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. 2020. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-5-6779.pdf>
15. Socialstyrelsen. Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg: Underlagsrapport till Socialstyrelsens strategi för att främja innovation i hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2018. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/bilaga-mojligheter-och-hinder-for-innovation-i-var-d-och-omsorg.pdf>.
16. E-hälsomyndigheten. Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa). 2020. Hämtad från:
<https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/dokument/rapporter/nationellt-stod-till-kommunerna-vid-inforande-och-anvandning-av-digital-teknik.pdf>.
17. Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. Stockholm: Norstedts juridik; 2020. Hämtad från
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/03/sou-202014/>.
18. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Digital teknik med äldre i fokus: En delredovisning av utvärderingen av överenskommelsen om digitalisering i äldreomsorgen. 2021. Hämtad från
<https://www.vardanalys.se/rapporter/digital-teknik-med-aldre-i-fokus>.
19. Statskontoret. Vision E-hälsa 2025 : att försöka styra genom samverkan. Stockholm: Statskontoret; 2021. Hämtad från
<https://www.statskontoret.se/publicerat/publikationer/publikationer-2021/vision-e-halsa-2025--ett-forsok-att-styra-genom-samverkan/>.
20. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018: Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. 2018. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-4-11.pdf>.
21. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017: Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. 2017. Hämtad från
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-22.pdf>.
22. Socialstyrelsen. Individens behov i centrum: Ett stöd för att använda ICF och strukturerad dokumentation i socialtjänsten. 2021. Hämtad från:

- <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7203.pdf>.
23. Socialstyrelsen. Grundbok i BBIC: Barns behov i centrum. 2018. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-10-20.pdf>.
 24. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Svensk version 2022 av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-1-7716.pdf>.
 25. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI). 2015. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2015-1-6.pdf>.
 26. Socialstyrelsen. Uppdrag statistik på hjälpmedelsområdet – slutrapport. 2021. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7696.pdf>.
 27. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom: halvtidsrapport. 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-9-6899.pdf>.

Bilaga 1 Svarsfrekvens

Tabell 1. Antal och andel kommuner som besvarat Enkät 1 eller 2 om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, 2022

	Antal kommuner	Svarande, antal	Svarande, andel
Totalt	290	288	99
Region			
Region Stockholm	26	26	100
Region Uppsala	8	8	100
Region Sörmland	9	9	100
Region Östergötland	13	13	100
Region Jönköpings län	13	13	100
Region Kronoberg	8	8	100
Region Kalmar län	12	12	100
Region Gotland	1	1	100
Region Blekinge	5	5	100
Region Skåne	33	32	97
Region Halland	6	6	100
Västra Götalandsregionen	49	49	100
Region Värmland	16	16	100
Region Örebro län	12	12	100
Region Västmanland	10	10	100
Region Dalarna	15	15	100
Region Gävleborg	10	10	100
Region Västernorrland	7	7	100
Region Jämtland Härjedalen	8	8	100
Region Västerbotten	15	15	100
Region Norrbotten	14	13	93
Storleksgrupp, antal invånare			
0 – 10 tusen invånare	72	72	100
10 – 20 tusen invånare	95	94	99
20 – 50 tusen invånare	74	73	99
50 – 100 tusen invånare	30	30	100
Fler än 100 tusen	19	19	100

Bilaga 2 Kommunernas driftsformer

I enkäten ställdes frågan om i vilken utsträckning kommunerna har lagt ut verksamheter på andra utförare än kommunens egna. Detta kan ske genom entreprenadavtal eller avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV-avtal), eller genom att kommunen köper enstaka platser hos privata 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 1). Vanligaste verksamhetsområdet som kommunerna bedriver helt i egen regi är dagverksamhet inom äldreomsorg och vanligaste området där kommunerna har överlåtit all utförarverksamhet är inom området familjerätt.

Tabell 1. Driftsformer av socialtjänstverksamhet i kommunerna, andel kommuner i %, 2022, (n=288)

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 ³²
Barn och unga	50	49	2
Arbetsmarknadsinsatser	79	19	2
Familjerätt (till exempel samarbetsamtal)	74	14	12
Vuxna med missbruksproblem	51	48	1
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	51	47	2
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	66	31	2
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	60	37	3
Äldreomsorg i särskilt boende	70	28	2
Äldreomsorg, dagverksamheter	91	7	2

Gällande kommunal hälso- och sjukvård visar enkätsvaren att 2 procent av kommunerna har lagt ut all hälso- och sjukvård på privata utförare. 83 procent av kommunerna driver all hälso- och sjukvård i egen regi och 15 procent av kommunerna har lagt ut delar av hälso- och sjukvården på privata aktörer.

³² Annan juridisk person kan till exempel vara privat bolag, kommunalt bolag, stiftelse, annan kommun eller kommunalförbund.

Bilaga 3 Privata utförare

Av de 162 företag som besvarat enkäten är det en klar majoritet (92 procent) som uppger att de bedriver sin verksamhet i någon form av bolag, antingen som aktiebolag, handelsbolag eller enskild firma. Totalt 6 procent uppger att de är en ideell organisation eller stiftelse. Totalt 94 procent av företagen bedriver verksamhet inom hemtjänst och 11 procent inom särskilt boende för äldre. Några verksamheter bedriver både hemtjänst och särskilt boende och de utgör 5 procent av samtliga som ingår i undersökningen.

Tabell 1 visar att en majoritet (56 procent) av de bolag som bedriver hemtjänst har en storlek motsvarande 10–49 årsarbetare. Endast 2 procent av bolagen har, sett till antalet anställda omräknat till årsarbetare, 500 anställda eller fler. Totalt 7 procent av bolagen återfinns inom kategorin 100–499 årsarbetare. Vad gäller företag som driver särskilt boende för äldre så har 17 procent 500 anställda eller fler och 28 procent återfinns inom kategorin 100–499 årsarbetare. Totalt 33 procent har en storlek motsvarande 10–49 årsarbetare.

Tabell 1. Andel företag som besvarat enkäten uppdelat på antal årsarbetare, 1 %, 2022

Typ av företag	0–9 årsarbetare	10–49 årsarbetare	50–99 årsarbetare	100–499 årsarbetare	500–1500 årsarbetare	1501 - årsarbetare	Totalt antal företag
Hemtjänst	19	56	16	7	1	1	152
Särskilt boende	6	33	17	28	6	11	18

Förutom frågor om organisationsform och inom vilka områden man bedriver verksamhet ställer Socialstyrelsen även frågor om hur uppdragen är reglerade. Med det avses den form av avtal de har med uppdragsgivaren. Frågan som ställs är om verksamheten drivs på entreprenad och/eller med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV) eller i form av enstaka sålda platser eller insatser. Svaren från de privata aktörerna kan i detta fall vara överlappande.

För de som bedriver hemtjänst i ordinärt boende är det 28 procent som driver verksamhet på entreprenad gentemot en eller flera kommuner. Hela 95 procent uppger att de driver verksamhet med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV). Endast 12 procent säljer enstaka platser eller insatser till en eller flera kommuner. För de som bedriver särskilt boende för äldre är det 44 procent som utför det på entreprenad medan 61 procent har avtal med stöd av lagen om valfrihetssystem (LOV); 44 procent av de privata aktörerna säljer enstaka platser eller insatser till en eller flera kommuner.

Bilaga 4 Enkät svar fördelade på kommunstorlek

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

Storleksgrupp	Antal invånare	Antal kommuner (n=288)
De minsta kommunerna	under 10 000 invånare	72
De näst minsta kommunerna	över 10 000 och under 20 000 invånare	94
De medelstora kommunerna	över 20 000 och under 50 000 invånare	73
De näst största kommunerna	över 50 000 och under 100 000 invånare	30
De största kommunerna	över 100 000 invånare	19

Tabell 1. Andel kommuner som har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022*

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Strategi på lång sikt	Handlingsplan som tid- och resurssatt	Inget av dessa finns	Antal
Individ- och familjeomsorg	55	15	38	288
<10 000 invånare	34	14	60	70
10–20 000 invånare	61	10	34	94
20–50 000 invånare	61	18	30	74
50–100 000 invånare	60	23	33	30
>100 000 invånare	79	16	16	19
Äldreomsorg	60	20	31	288
<10 000 invånare	40	19	51	70
10–20 000 invånare	63	14	30	94
20–50 000 invånare	68	20	23	74
50–100 000 invånare	73	33	17	30
>100 000 invånare	79	37	11	19
Funktionshinderområdet	58	18	33	288
<10 000 invånare	34	16	59	70
10–20 000 invånare	63	15	29	94
20–50 000 invånare	66	18	26	74
50–100 000 invånare	70	30	20	30
>100 000 invånare	79	32	11	19
Kommunal hälso- och sjukvård	57	17	37	259
<10 000 invånare	44	11	51	72
10–20 000 invånare	58	16	37	90
20–50 000 invånare	57	16	34	61
50–100 000 invånare	67	38	24	21
>100 000 invånare	93	20	7	15

*Flera svar kunde anges.

Tabell 2. Andel kommuner som har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik (inklusive trygghetslarm), per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
Samtliga	65	35	288
<10 000 invånare	54	46	72
10–20 000 invånare	69	31	94
20–50 000 invånare	67	33	73
50–100 000 invånare	70	30	30
>100 000 invånare	74	26	19

Tabell 3. Andel kommuner som de senaste två åren gjort, eller låtit göra, någon utvärdering av effekterna av digitalisering, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022*

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Utvärdering av effekter för personal eller organisation	Utvärdering av effekter för enskilda	Kostnadseffektanalys	Antal
Socialtjänst	27	20	18	288
<10 000 invånare	11	10	4	72
10–20 000 invånare	24	20	18	94
20–50 000 invånare	30	16	18	73
50–100 000 invånare	43	33	33	30
>100 000 invånare	58	53	47	19
Kommunal hälso- och sjukvård	21	17	13	259
<10 000 invånare	14	10	3	72
10–20 000 invånare	19	14	7	90
20–50 000 invånare	23	16	23	61
50–100 000 invånare	33	33	33	21
>100 000 invånare	40	40	33	15

*Flera alternativ har kunnat anges

Tabell 4. Andel kommuner som har ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS), per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
Socialtjänsten	42	58	288
<10 000 invånare	35	65	72
10–20 000 invånare	37	63	94
20–50 000 invånare	45	55	73
50–100 000 invånare	57	43	30
>100 000 invånare	58	42	19
Kommunal hälso- och sjukvård	45	55	259
<10 000 invånare	38	63	72
10–20 000 invånare	39	61	90
20–50 000 invånare	46	54	61
50–100 000 invånare	76	24	21
>100 000 invånare	73	27	15

Tabell 5. Andel kommuner som gjort en uppföljning av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
Individ- och familjeomsorg	44	56	288
<10 000 invånare	35	65	72
10–20 000 invånare	37	63	94
20–50 000 invånare	53	47	73
50–100 000 invånare	60	40	30
>100 000 invånare	53	47	19
Äldreomsorg	44	56	288
<10 000 invånare	33	67	72
10–20 000 invånare	37	63	94
20–50 000 invånare	55	45	73
50–100 000 invånare	60	40	30
>100 000 invånare	58	42	19
Funktionshinderområdet	42	58	288
<10 000 invånare	32	68	72
10–20 000 invånare	34	66	94
20–50 000 invånare	53	47	73
50–100 000 invånare	57	43	30
>100 000 invånare	58	42	19
Kommunal hälso- och sjukvård	40	60	259
<10 000 invånare	33	67	72
10–20 000 invånare	31	69	90
20–50 000 invånare	49	51	61
50–100 000 invånare	52	48	21
>100 000 invånare	67	33	15

Tabell 6. Andel kommuner som har gjort en klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Ja, av alla objekt	Ja, delvis (något eller flera objekt, men inte alla)	Nej, ingen klassning av information har gjorts	Antal
Individ- och familjeomsorg	23	48	30	288
<10 000 invånare	18	44	38	72
10–20 000 invånare	19	41	39	94
20–50 000 invånare	25	52	23	73
50–100 000 invånare	37	50	13	30
>100 000 invånare	26	68	5	19
Äldreomsorg	21	52	27	288
<10 000 invånare	17	47	36	72
10–20 000 invånare	17	48	35	94
20–50 000 invånare	25	51	25	73

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Ja, av alla objekt	Ja, delvis (något eller flera objekt, men inte alla)	Nej, ingen klassning av information har gjorts	Antal
50–100 000 invånare	30	63	7	30
>100 000 invånare	26	74	0	19
Funktionshinderområdet	22	49	30	288
<10 000 invånare	17	44	39	72
10–20 000 invånare	18	43	39	94
20–50 000 invånare	26	48	26	73
50–100 000 invånare	30	63	7	30
>100 000 invånare	26	74	0	19
Kommunal hälso- och sjukvård	21	42	37	259
<10 000 invånare	14	36	50	72
10–20 000 invånare	22	37	41	90
20–50 000 invånare	16	48	36	61
50–100 000 invånare	29	62	10	21
>100 000 invånare	53	47	0	15

Tabell 7. Andel kommuner som erbjuder säker digital kommunikation mellan enskilda och socialtjänsten, inom följande verksamhetsområden, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Barn och unga	Ekonomiskt bistånd	Familjerätt	Vuxna med missbruksproblem	Äldreomsorg	Funktionshinder, (SoL)	Funktionshinder (LSS)	Antal
Samtliga	24	56	21	22	21	18	19	288
<10 000 invånare	24	53	19	18	22	19	19	72
10–20 000 invånare	13	46	17	11	11	7	7	94
20–50 000 invånare	25	56	18	23	22	18	21	73
50–100 000 invånare	50	80	40	50	37	37	40	30
>100 000 invånare	42	84	32	37	37	42	42	19

Tabell 8. Andel kommuner där patienter i den kommunala hälso- och sjukvården kan kommunicera digitalt med personal (till exempel sjuksköterska) på ett säkert sätt, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
Samtliga	14	86	259
<10 000 invånare	13	88	72
10–20 000 invånare	10	90	90
20–50 000 invånare	20	80	61
50–100 000 invånare	19	81	21
>100 000 invånare	13	87	15

Tabell 9. Andel kommuner där personal i den kommunala hälso- och sjukvården kan kommunicera digitalt på ett säkert sätt med regionens hälso- och sjukvård, till exempel angående gemensamma patienter, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Med primärvård	Med specialistvård	Antal
Samtliga	81	81	259
<10 000 invånare	88	85	72
10–20 000 invånare	83	87	90
20–50 000 invånare	75	74	61
50–100 000 invånare	81	81	21
>100 000 invånare	53	53	15

Tabell 10. Andel kommuner som kräver stark autentisering i system som ger socialtjänstpersonalen åtkomst till känsliga personuppgifter över öppna nät, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ja, alla system	Delvis, ett eller flera system	Nej, inga system	Antal
Samtliga	45	52	3	288
<10 000 invånare	46	51	3	72
10–20 000 invånare	49	47	4	94
20–50 000 invånare	42	53	4	73
50–100 000 invånare	40	60	0	30
>100 000 invånare	47	53	0	19

Tabell 11. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i myndighetsutövningen använder stark autentisering vid hantering av personuppgifter, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ingen verksamhet	All verksamhet	Antal
Samtliga	14	52	288
<10 000 invånare	18	54	72
10–20 000 invånare	15	50	94
20–50 000 invånare	10	51	73
50–100 000 invånare	7	60	30
>100 000 invånare	16	47	19

Tabell 12. Andel kommuner där socialtjänstpersonalen i utförarverksamheterna använder stark autentisering vid arbete med personuppgifter, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ingen verksamhet	All verksamhet	Antal
Samtliga	20	34	288
<10 000 invånare	29	39	72
10–20 000 invånare	26	28	94
20–50 000 invånare	14	34	73
50–100 000 invånare	7	50	30
>100 000 invånare	0	26	19

Tabell 13. Andel kommuner som använder den strukturerade socialtjänstdokumentationen i sitt eget kvalitetsarbete, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ja, alla verksamheter	Ja, några men inte alla verksamheter	Nej, inga verksamheter	Antal
Samtliga	36	41	23	288
<10 000 invånare	42	38	21	72
10–20 000 invånare	34	34	32	94
20–50 000 invånare	29	49	22	73
50–100 000 invånare	27	60	13	30
>100 000 invånare	63	26	11	19

Tabell 14. Andel kommuner som använder de strukturerade uppgifterna från den kommunala hälso- och sjukvårdsdokumentationen i aggregerad form i sitt eget kvalitetsarbete, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Hemsjukvård i ordi-närt boende	Hälso- och sjukvård i särskilt boende
Samtliga	58	60
<10 000 invånare	50	49
10–20 000 invånare	58	61
20–50 000 invånare	64	63
50–100 000 invånare	57	68
>100 000 invånare	80	79

Tabell 15. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder ICF i dokumentationen, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ja, alla verksamheter	Ja, några men inte alla verksamheter (%)	Nej, inga verksamheter	Antal
Samtliga	19	55	26	288
<10 000 invånare	21	47	32	72
10–20 000 invånare	23	53	23	94
20–50 000 invånare	15	55	30	73
50–100 000 invånare	10	77	13	30
>100 000 invånare	16	63	21	19

Tabell 16. Andel kommuner där personalen i socialtjänstens utförarverksamheter använder ICF i dokumentationen, per storleksgrupp för kommunerna i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ja, alla verksamheter	Ja, några men inte alla verksamheter (%)	Nej, inga verksamheter	Antal
Samtliga	13	49	38	288
<10 000 invånare	15	49	36	72
10–20 000 invånare	14	38	48	94
20–50 000 invånare	11	52	37	73
50–100 000 invånare	7	70	23	30
>100 000 invånare	16	58	26	19

Tabell 17. Andel kommuner där ICF används i dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Hemsjukvård i ordinärt boende	Hälso- och sjukvård i särskilt boende
Samtliga	86	86
<10 000 invånare	81	79
10–20 000 invånare	89	88
20–50 000 invånare	87	89
50–100 000 invånare	81	82
>100 000 invånare	93	95

Tabell 18. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder KSI i dokumentationen, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Verksamhetsområde	Ja, alla verksamheter	Ja, några men inte alla verksamheter (%)	Nej, inga verksamheter	Antal
Samtliga	7	20	73	288
<10 000 invånare	10	17	74	72
10–20 000 invånare	9	23	68	94
20–50 000 invånare	5	18	77	73
50–100 000 invånare	3	27	70	30
>100 000 invånare	5	11	84	19

Tabell 19. Andel kommuner där personalen i socialtjänstens utförarverksamheter använder KSI i dokumentationen, per storleksgrupp för kommunerna i %, 2022

Verksamhetsområde	Ja, alla verksamheter	Ja, några men inte alla verksamheter (%)	Nej, inga verksamheter	Antal
Samtliga	5	18	77	288
<10 000 invånare	6	18	76	72
10–20 000 invånare	4	20	76	94
20–50 000 invånare	4	12	84	73
50–100 000 invånare	3	30	67	30
>100 000 invånare	5	11	84	19

Tabell 20.1 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 1

Storleksgrupp, antal invånare	Natttillsyn med digital teknik		Tillsyn dagtid med digital teknik		Gps-larm		Passivt larm/sensor		Brandlarm kopplat till trygghetslarmet		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	63	15	17	14	42	20	73	7	17	5	288
<10 000 invånare	49	18	13	17	50	22	81	7	14	4	49
10–20 000 invånare	52	22	18	13	38	22	70	6	12	9	58
20–50 000 invånare	78	5	19	12	42	16	74	7	22	3	41
50–100 000 invånare	87	10	17	7	37	10	67	7	20	0	15
>100 000 invånare	74	11	16	26	32	26	58	16	26	5	9

Tabell 20.2 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 2

Storleksgrupp, antal invånare	Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård		Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen		Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering		Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	70	11	70	9	22	15	17	10	288
<10 000 invånare	72	7	78	7	13	18	17	10	49
10–20 000 invånare	73	11	69	7	21	17	13	13	58
20–50 000 invånare	70	14	66	11	22	8	22	8	41
50–100 000 invånare	63	20	70	17	43	17	23	7	15
>100 000 invånare	63	11	58	5	32	16	5	16	9

Tabell 20.3 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 3

Storleksgrupp, antal invånare	Stöd för digitala inköp		Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående		Digitala lås till enskildas bostäder		Annat		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	26	16	28	19	75	6	15	5	288
<10 000 invånare	7	11	31	19	58	10	16	6	49
10–20 000 invånare	28	14	24	15	83	3	22	10	58
20–50 000 invånare	37	12	30	15	84	3	32	7	41
50–100 000 invånare	37	33	30	30	73	13	40	7	15
>100 000 invånare	37	32	26	37	63	5	33	11	9

Tabell 21.1 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 1

Storleksgrupp, antal invånare	Natttillsyn med digital teknik		Tillsyn dagtid med digital teknik		Gps-larm		Passivt larm/sensor		Brandlarm kopplat till trygghetslarmet		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	36	7	13	7	32	13	64	8	13	6	288
<10 000 invånare	29	14	14	8	33	14	68	3	7	4	50
10–20 000 invånare	34	7	13	6	35	14	62	10	6	12	60
20–50 000 invånare	42	3	12	4	33	10	66	7	21	1	40
50–100 000 invånare	50	3	20	13	27	10	53	13	17	3	15
>100 000 invånare	21	0	5	11	21	16	68	11	26	5	13

Tabell 21.2 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 2

Storleksgrupp, antal invånare	Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård		Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen		Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering		Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	68	8	69	9	24	9	27	10	288
<10 000 invånare	74	7	74	7	19	8	29	4	50
10–20 000 invånare	67	6	68	5	19	10	19	13	60
20–50 000 invånare	68	11	66	12	26	5	29	7	40
50–100 000 invånare	57	10	63	17	47	10	47	13	15
>100 000 invånare	74	5	74	5	21	21	21	21	13

Tabell 21.3 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 3

Storleksgrupp, antal invånare	Stöd för digitala inköp		Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående		Digitala lås till enskildas bostäder		Annat		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	16	8	32	12	34	6	7	3	288
<10 000 invånare	3	3	32	13	31	3	8	2	50
10–20 000 invånare	16	9	26	9	32	7	8	5	60
20–50 000 invånare	21	8	32	10	37	5	18	8	40
50–100 000 invånare	23	17	43	33	40	13	7	7	15
>100 000 invånare	32	16	53	5	42	5	31	8	13

Tabell 22.1 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 1

Storleksgrupp, antal invånare	Nattillsyn med digital teknik		Tillsyn dagtid med digital teknik		Gps-larm		Passivt larm/sensor		Avvikelse-larm		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	28	22	16	16	40	21	93	2	42	10	282
<10 000 invånare	24	18	14	13	44	20	94	1	30	8	48
10–20 000 invånare	27	19	15	14	43	18	91	4	44	10	62
20–50 000 invånare	33	24	19	17	40	21	94	1	43	14	39
50–100 000 invånare	41	28	24	21	38	21	97	0	69	0	16
>100 000 invånare	11	32	11	26	21	37	84	5	32	21	12

Tabell 22.2 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 2

Storleksgrupp, antal invånare	Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård		Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällena		Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering		Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	66	9	63	9	33	16	18	9	282
<10 000 invånare	72	7	70	7	18	20	10	13	48
10–20 000 invånare	68	6	63	4	34	12	15	5	62
20–50 000 invånare	63	13	56	13	34	10	30	6	39
50–100 000 invånare	55	17	62	17	52	28	21	14	16
>100 000 invånare	63	5	58	5	42	21	16	21	12

Tabell 22.3 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 3

Storleksgrupp, antal invånare	Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående		Digitala lås till enskildas bostäder		Annat		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	42	16	48	17	16	6	282
<10 000 invånare	44	18	48	8	23	0	48
10–20 000 invånare	37	11	52	13	15	15	62
20–50 000 invånare	40	17	44	20	41	15	39
50–100 000 invånare	52	28	55	28	38	6	16
>100 000 invånare	53	11	32	37	33	17	12

Tabell 23.1 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 1

Storleksgrupp, antal invånare	Natttillsyn med digital teknik		Tillsyn dagtid med digital teknik		Gps-larm		Passivt larm/sensor		Avvikelse-larm		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	20	9	9	7	28	12	69	9	19	5	285
<10 000 invånare	17	11	9	7	29	7	67	9	16	4	52
10–20 000 invånare	22	6	8	3	30	14	62	10	18	5	64
20–50 000 invånare	23	11	11	11	33	11	79	7	23	0	33
50–100 000 invånare	17	10	7	7	21	10	72	14	24	10	18
>100 000 invånare	16	5	5	5	5	32	68	11	5	11	10

Tabell 23.2. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 2

Storleksgrupp, antal invånare	Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård		Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällena		Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering		Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	63	7	63	7	28	10	33	10	285
<10 000 invånare	64	4	69	4	16	9	26	7	52
10–20 000 invånare	63	5	58	9	29	8	30	6	64
20–50 000 invånare	64	10	63	7	33	7	37	10	33
50–100 000 invånare	52	14	66	10	34	24	52	21	18
>100 000 invånare	74	0	68	0	37	16	26	21	10

Tabell 23.3 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 3

Storleksgrupp, antal invånare	Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående		Digitala lås till enskildas bostäder		Annat		Antal svar
	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	Breddinförd	Pilot	
Samtliga	37	9	16	9	9	1	285
<10 000 invånare	33	9	6	7	17	0	52
10–20 000 invånare	32	8	20	8	5	2	64
20–50 000 invånare	44	6	13	9	21	3	33
50–100 000 invånare	38	21	21	17	33	11	18
>100 000 invånare	47	16	37	5	10	0	10

Tabell 24. Andel kommuner där mobil socialtjänstpersonal i utförarverksamhet kan dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ingen verksamhet	Alla verksamheter	Kommunen har ingen mobil personal	Antal
Samtliga	15	14	2	288
<10 000 invånare	22	21	3	72
10–20 000 invånare	19	10	3	94
20–50 000 invånare	12	14	1	73
50–100 000 invånare	3	13	0	30
>100 000 invånare	0	5	5	19

Tabell 25. Andel kommuner där de boende har tillgång till internet i sina rum eller lägenheter i särskilda boenden för äldre, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022 (n=242)

Storleksgrupp, antal invånare	Alla	Fler än hälften	Cirka hälften	Färre än hälften	Inget	Vet inte
Samtliga	60	10	4	8	13	5
<10 000 invånare	68	6	3	8	13	3
10–20 000 invånare	65	11	2	6	11	5
20–50 000 invånare	47	13	6	4	21	9
50–100 000 invånare	52	14	7	17	3	7
>100 000 invånare	68	11	0	16	5	0

Tabell 26. Andel kommuner där de boende har tillgång till internet i sina rum eller lägenheter i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022 (n=285)

Storleksgrupp, antal invånare	Alla	Fler än hälften	Cirka hälften	Färre än hälften	Inget	Vet inte
Samtliga	54	15	6	9	10	7
<10 000 invånare	62	6	6	7	15	4
10–20 000 invånare	66	9	4	7	8	7
20–50 000 invånare	39	23	4	11	11	11
50–100 000 invånare	34	34	10	14	0	7
>100 000 invånare	47	21	11	5	5	11

Tabell 27. Andel kommuner som har automatiserat en eller flera handläggningsprocesser eller administrativa processer inom socialtjänsten, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

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

Storleksgrupp, antal invånare	Minst en handläggningsprocess är automatiserad	Minst en administrativ process är automatiserad	Det finns ingen automatiserad process	Antal
Samtliga	32	31	52	288
<10 000 invånare	26	25	58	72
10–20 000 invånare	23	26	62	94
20–50 000 invånare	32	29	52	73
50–100 000 invånare	57	43	30	30
>100 000 invånare	58	74	16	19

Tabell 28. Andel kommuner som 2021 arbetat med att automatisera någon handläggningsprocess eller administrativ process inom socialtjänsten, men inte infört i dem reguljär drift ännu, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

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

Storleksgrupp, antal invånare	Påbörjat arbete med att automatisera minst en handläggningsprocess	Påbörjat arbete med att automatisera minst en administrativ process	Ingen automatisering påbörjad	Antal
Samtliga	32	26	57	288
<10 000 invånare	17	15	75	72
10–20 000 invånare	28	19	62	94
20–50 000 invånare	36	32	51	73
50–100 000 invånare	53	47	33	30
>100 000 invånare	63	53	26	19

Tabell 29.1 Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 1

Storleksgrupp, antal invånare	Tillsyn nattetid med digital teknik		Tillsyn dagtid med digital teknik		GPS-larm		Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård		Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällena		Antal svar
	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	
Samtliga	26	8	9	7	43	9	76	8	71	7	259
<10 000 invånare	24	13	7	8	38	14	75	3	72	7	42
10–20 000 invånare	26	8	12	7	49	6	73	10	70	7	55
20–50 000 invånare	23	5	5	7	43	10	79	10	69	8	28
50–100 000 invånare	38	5	10	10	43	10	76	10	67	10	9
>100 000 invånare	33	7	20	0	40	7	80	13	80	7	6

Tabell 29.2. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 2

Storleksgrupp, antal invånare	Passiva larm, till exempel epilepsilarm		Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering		Digitalt stöd för, eller träning i dagliga aktiviteter		Digitalt lås till hemsjukvårdens patienter		Antal svar
	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	
Samtliga	68	5	28	14	19	7	68	4	259
<10 000 invånare	68	6	18	17	10	6	53	4	42
10–20 000 invånare	64	6	30	11	19	6	73	4	55
20–50 000 invånare	67	5	33	10	21	5	70	3	28
50–100 000 invånare	86	5	38	29	24	24	81	5	9
>100 000 invånare	67	0	27	7	40	0	73	7	6

Tabell 29.3. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022, del 3

Storleksgrupp, antal invånare	Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen		Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av regionen/primärvården		Inkontinenssensorer		Annan medicinteknisk utrustning (till exempel för monitorering)		Annat		Antal svar
	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	Breddinfört	Pilot	
Samtliga	19	19	5	2	14	9	8	8	5	5	259
<10 000 invånare	17	22	6	1	10	4	8	8	10	5	42
10–20 000 invånare	19	22	2	3	14	9	12	4	2	4	55
20–50 000 invånare	21	7	5	0	21	10	8	3	4	7	28
50–100 000 invånare	24	33	10	0	5	24	0	19	0	11	9
>100 000 invånare	20	20	13	0	7	13	0	27	17	0	6

Tabell 30. Andel kommuner där mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2022

Storleksgrupp, antal invånare	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Fler än hälften	Alla	Antal
Samtliga	27	12	2	8	51	259
<10 000 invånare	36	7	1	8	47	72
10–20 000 invånare	31	16	0	7	47	90
20–50 000 invånare	21	13	8	8	49	61
50–100 000 invånare	14	14	0	5	67	21
>100 000 invånare	7	7	0	13	73	15

Bilaga 5 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 myndigheten ställer frågor om digitalisering, e-hälsa och välfärdsteknik. Undersökningen handlar om socialtjänsten, omsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården.

Sedan år 2021 ingår enkäten som en del av åiterrapporteringen för statliga stimulansmedel enligt överenskommelsen om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. Av överenskommelsen framgår att de kommuner som rekviderar stimulansmedlen förbinder sig att besvara Socialstyrelsens enkät.

Projektledare för datainsamlingen var Julia Lindström, 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 samt verksamhetschef, eller annan person med god kännedom om arbetet med digitalisering på privata vård- och omsorgsföretag inom hemtjänst och särskilt boende. Populationen omfattar alla kommuner. Antalet i målpopulationen är 290 kommuner.

Totalundersökning

Undersökningen är en totalundersökning för kommuner. Urvalsosäkerhet förekommer därmed inte men däremot är svarsbortfallet en osäkerhetsfaktor. För de 3 kommuner som inte ansökt om stimulansmedel är enkäten frivillig. För enkäten till privata vård- och omsorgsföretag inom hemtjänst och särskilt boende kommer målpopulationen från enhetsinventeringen av verksamheter till Socialstyrelsens undersökning *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*.³³ De verksamheter som hade e-post ingår i rampopulationen. Kompletterande sökningar har genomförts på internet för att hitta kontaktuppgifter. En verksamhet identifierades i registret som utförare av både särskilt boende och hemtjänst. Övertäckning av 6 verksamheter inom hemtjänst som svarade att de inte hade verksamhet inom varken hemtjänst eller särskilt boende.

Tabell 1. Antal privata vård- och omsorgsföretag inom hemtjänst och särskilt boende i rampopulationen, målpopulationen samt övertäckning.

Verksamhet	Målpopulation	Rampopulation	Övertäckning	Rampopulation, slutgiltig
Hemtjänst	317	255	6	249
Särskilt boende	86	31	0	31
Särskilt boende/Hemtjänst		1	0	1
Totalt	403	287	6	281

³³ Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hemtjänst och särskilt boende. Hämtad 2022-04-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/hemtjanst-och-sarskilt-boende/>

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 återrapportering för stimulansmedel finns det med frågor om hur kommunerna använt medlen. Dessa frågor ställs endast till kommuner som rekviderat medel för 2021, totalt 287 kommuner.

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

Enkäten till kommuner bestod av 30 huvudfrågor samt 23 följdfrågor beroende på hur de svarat på huvudfrågan vilket gav totalt 53 frågor. De kommuner som rekviderat stimulansmedel fick 6 frågor om hur de använt medlen. Till privata vård- och omsorgsföretag bestod enkäten av 14 frågor samt 6 följdfrågor, totalt 20 frågor.

Frågorna består av en blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor. Med referensperiod menas vilken tidpunkt svaren avser, till exempel i dag, förra veckan eller senaste tre månaderna. Undersökningen referensperiod är 2021. Förutom de variabler som samlades in via enkäten hämtades en bakgrundsvariabel från register. Enkäten har samverkats med SKR och NNR.

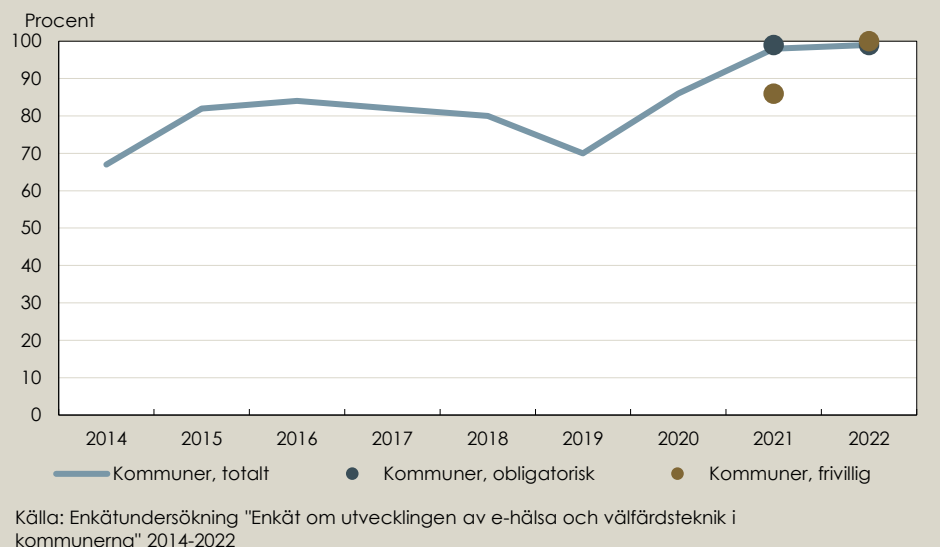
Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till kommuner och de privata vård- och omsorgsföretag via e-post. Datainsamlingen pågick 11 januari till 4 februari 2022. Under insamlingsperioden skickades 3 påminnelser. Insamlingsperioden förlängdes till 11 februari för kommuner som inte sökt stimulansmedel och till 16 februari för de som sökt.

Svarsfrekvens

Det var 288 kommuner som besvarade enkäten. Det ger en svarsfrekvens på 99 procent. Den höga svarsfrekvensen beror på att de 287 kommuner som rekviderar stimulansmedlen förbinder sig att besvara Socialstyrelsens enkät, emellertid var det två av de sökande kommunerna som inte besvarade enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 99 procent. För kommuner som inte sökt stimulansmedel, där enkäten var frivillig, blev svarsfrekvensen 100 procent.

Figur 1. Svarefrekvens för enkätundersökningen, andel svar, 2014–2022



För de privata vård- och omsorgsföretagen var det 162 verksamheter som besvarade enkäten vilket gav en svarefrekvens på 58 procent. Svarefrekvensen för typ av verksamhet skiljer där privata vård och omsorgsföretagen inom särskilt boende har svarat i lägre grad (45 procent), se tabell 2.

Tabell 2. Svarefrekvens för privata vård- och omsorgsföretag

Verksamhet	Antal verksamheter	Svar	
		Antal	Andel
Hemtjänst	249	147	59
Särskilt boende	31	14	45
Särskilt boende/Hemtjänst	1	1	100
Totalt	281	162	58

Bortfall

Bortfallet består dels av de kommuner som inte besvarat enkäten och av partiellt bortfall, det vill säga att de inte besvarat vissa frågor i enkäten. Om bortfallet skiljer sig från de svarande, med avseende på undersökningsvariablerna, så kan skattingarna som grundar sig på enbart de svarande vara missvisande. Bortfallet är lågt, endast 2 kommuner, vilket medför att bortfallet inte påverkar resultatet.

I denna undersökning är frågorna obligatoriska vilket ger inget partiellt bortfall. Dock var ett villkor fel för fråga 12: *Vilka typer av välfärdsteknik finns tillgängliga i boenden för personer med funktionsnedsättning (stöd- och serviceboenden) som drivs av kommunen?* Detta upptäcktes under insamlingsperioden. 15 kommuner kontaktades där de ombads besvara denna fråga. Det slutgiltiga partiella bortfallet på frågan blev 2 procent.

För enkäten till privata vård och omsorgsföretagen var alla frågor obligatoriska.

Tillförlitlighet

Ramtäckning

Täckningsfel kan bestå av under- och övertäckning. Övertäckning 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 för enkäten till kommuner.

Vid utskicket till de privata vård och omsorgsföretagen fanns en fråga, *Driver ni verksamhet inom följande områden?* Där 6 verksamheter inom hemtjänst inte drev verksamhet inom varken särskilt boende eller hemtjänst. De ingår inte i resultaten då det är övertäckning. För mer information om täckningsfel finns information på socialstyrelsens webbplats.³⁴

Även verksamheter som i registret drev en typ av verksamhet svarade att de drev både hemtjänst och särskilt boende. I tabell 3 finns antalsuppgifter för frågan samt register.

Tabell 3. Typ av verksamhet enligt register samt svar på enkätfråga: Driver ni verksamhet inom följande områden?

Register	Enkätfråga: Driver ni verksamhet inom följande områden?	Antal
Hemtjänst	Hemtjänst	144
Hemtjänst	Särskilt boende och Hemtjänst	3
Hemtjänst	Nej inte inom något av de två områden	6
Särskilt boende	Särskilt boende	10
Särskilt boende	Särskilt boende och Hemtjänst	4
Särskilt boende och Hemtjänst	Särskilt boende och Hemtjänst	1
Totalt		168

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, bland annat mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet.

För att minska risk för mätfel har enkäten konstruerats med ämneskundig, 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.

³⁴ Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hemtjänst och särskilt boende. Hämtad 2022-04-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/hemtjanst-och-sarskilt-boende/>

Då insamlingen skett via en webbenkät med fasta alternativ bör registreringsfelet var litet. Ett villkor blev fel i enkäten till kommuner för fråga 12: *Vilka typer av välfärdsteknik finns tillgängliga i boenden för personer med funktionsnedsättning (stöd- och serviceboenden) som drivs av kommunen?* Det upptäcktes under insamlingsperioden och de kommuner som påverkades kontaktades och ombads gå in och besvara frågan. Totalt 5 kommuner besvarade inte frågan vilket hade till följd ett partiellt bortfall på 2 procent.

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. Befolkningsgrupper hämtas från SCB:s befolkningsregister, 31 december 2021. Kommunerna är indelade i 5 grupper efter befolkningsantal: 0–9 999 invånare, 10–19 999 invånare, 20–49 999 invånare, 50–99 999 invånare samt fler än 100 000 invånare.

Jämförbarhet

Jämförbarhet över tid

Det är nionde året Socialstyrelsen genomför undersökningen. Årets undersökning ingår i återrapportering av stimulansmedel. För de kommuner som ansökt om det har de tillkommit återrapporteringsfrågor. Frågeformuläret har emellertid genomgått vissa förändringar för att minska uppgiftlämnarbörderna under rådande omständigheter. Detta medför att vissa frågor inte ingår i årets undersökning. I årets undersökning har även befolkningsgrupperna förändrats vilket medför att tabeller med befolkningsgrupper inte är jämförbara.

Tillgänglighet

Socialstyrelsen publicerar rapporten på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se.