

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023

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

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs 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 2023-5-8549
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2023

Förord

Regeringen har sedan 2014 årligen gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Det här är tionde 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 var en del av överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus.

Projektet har letts av utredaren Julia Lindström. I arbetsgruppen ingick utredaren Sundiata Owens, enkätkonstruktören Claes Falck och statistikern My Raquette. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Socialstyrelsen riktar ett särskilt tack till de kommuner som har bidragit till denna rapport genom att besvara enkäten, delta i intervjuer och ingå i referensgrupper. Nyckeltal och resultat från uppföljningen 2023 publiceras i ett jämförelseverktyg på Socialstyrelsens webbplats.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik 2023.....	7
Framgångsfaktorer och hinder.....	10
Skillnader mellan kommunstorlekar	11
Statliga stimulansmedel 2022	11
Bakgrund	12
Uppdraget	12
Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik.....	12
Vision e-hälsa 2025	12
Stimulansmedel.....	13
Agenda 2030 för hållbar utveckling	14
Närliggande studier	14
Metod och genomförande.....	15
Styrning, kvalitetsledning, nyttoanalyser och utvärderingar	18
Ingen ökning av styrande dokument	18
Utveckling av kvalitetsledningssystem	19
Nyttoanalyser inför beslut om införande	20
Fler utvärderingar av digitaliseringens effekter	21
Personalresurser för digital utveckling	23
Ökad användning av ICF	23
Ingen ökad användning av KSI	25
Informationssäkerhet.....	27
Ökning av ledningssystem för informationssäkerhet	27
Uppföljning av informationssäkerhet ökar.....	28
Klassning av information ökar	28
Tillgången till säkra digitala kommunikationskanaler ökar	29
Krav på stark autentisering och dess användning ökar	30
Välfärdsteknik och e-hälsa	34
Ojämn utveckling av välfärdsteknik	34
Tillgång till internetuppkoppling ökar	45
Stöd för att minska digitalt utanförskap	46
Digitalt stöd för personal ökar	48
Kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik.....	51
Automatisering i socialtjänsten.....	53
Skillnader mellan kommuner av olika storlek	55
Styrande dokument och kvalitetsledningssystem.....	55

Nyttoanalyser och utvärderingar.....	56
Informationssäkerhet	56
Personalresurser och kompetensutveckling	57
Stöd för att minska digitalt utanförskap.....	58
Intervjustudie om digital nattillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare	59
Kommunernas syn på tekniken	59
Kommunernas syn på nivå av teknikanvändning	61
Kommunernas framgångsfaktorer och hinder i spridning av tekniken ..	62
Fler framgångsfaktorer och hinder.....	67
Sammanfattning	71
Statliga stimulansmedel för 2022	73
Syfte med satsningen	73
Ett spektrum av aktiviteter och investeringar i kommunerna	74
Stimulansmedlens måluppfyllnad	76
Diskussion.....	77
Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik 2023	77
Skillnader mellan kommunstorlekar	80
Framgångsfaktorer och hinder	80
Avslutande kommentar	85
Referenser	87
Bilaga 1 Svarefrekvens.....	90
Bilaga 2 Kommunernas driftsformer	91
Bilaga 3 Enkät svar fördelade på kommunstorlek	92
Bilaga 4 Kvalitetsdeklaration	97
Inledning	98
Omfattning	98
Frågor och variabler	98
Datainsamling	99
Mätfel	99
Beskrivning av data	100
Bilaga 5 Kvalitetskontroll och stickprov	101
Kvalitetskontroll	101
Stickprov.....	102
Bilaga 6 Urval, intervju personer och intervjuguide	104
Urval	104
Intervju personer	104
Intervjuguide	105

Sammanfattning

Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik 2023

Kommunernas digitala utveckling går framåt inom många områden. Sedan Socialstyrelsen började sin uppföljning 2014 har det skett en tydlig utveckling i kommunernas digitalisering och användning av välfärdsteknik, sett över längre tid. Vid en jämförelse med 2022 års resultat framkommer uppgångar, men också områden där ingen utveckling har skett. Nedan sammanfattas de centrala resultaten från 2023 års uppföljning.

Ingen ökning av styrande dokument

Förekomsten av styrande dokument för välfärdsteknik och e-hälsa har varit relativt oförändrad i kommunerna sedan 2017. I år saknar över 40 procent av kommunerna styrande dokument där kommunen har angett långsiktiga mål och över 75 procent saknar handlingsplaner som är tids- och resurssatta. Socialstyrelsen bedömer att det finns rum för utveckling i kommunernas arbete med styrande dokument. Här kan mer nationellt stöd, till exempel kunskaps- och metodstöd, bidra till utvecklingen.

Positiv utveckling av kvalitetsledningssystem

Det har skett en stegvis ökning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, från att 29 procent av kommunerna hade detta 2018 till 65 procent i år. Kommunerna har utvecklat ledningssystemens innehåll inom flera områden sedan 2022. Det har framför allt skett en markant positiv ökning av uppföljningsrutiner av insatser med stöd av välfärdsteknik. År 2022 uppgav 49 procent av kommunerna att kvalitetsledningssystemet omfattade dessa rutiner, i år är motsvarande andel 62 procent.

Positiv trend för utvärderingar och nyttoanalyser

Det har skett en positiv utveckling i kommunernas arbete med utvärderingar. År 2022 hade 36 procent av kommunerna utvärderat effekterna av digitalisering under de senaste två åren. I år uppgav 40 procent av kommunerna att de har utvärderat effekterna av digitalisering under 2022. I årets enkät ingick en ny fråga om nyttoanalyser. Resultatet visar att 67 procent av kommunerna utför någon typ av nyttoanalys inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering. Graden av systematik varierar mellan kommunerna, både vad gäller utvärderingar och nyttoanalyser. Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner genomför nyttoanalyser och utvärderingar av digitaliseringens effekter. Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av ett ökat nationellt stöd till kommunerna inom detta område – framför allt riktat till de kommuner som har svårt att genomföra denna typ av analyser på egen hand.

Positiv utveckling inom informationssäkerhet

Årets resultat visar en positiv utveckling i kommunernas arbete med informationssäkerhet inom alla områden som enkäten följer upp:

- ledningssystem för informationssäkerhet
- uppföljning av informationssäkerhet
- informationssäkerhetsklassning
- krav på stark autentisering
- säker digital kommunikation.

Socialstyrelsen ser positivt på denna utveckling, men bedömer samtidigt att det finns rum för utveckling i kommunernas arbete med informationssäkerhet. Även om det har skett tydliga ökningar 2023 är det fortfarande många kommuner som saknar delar i sitt informationssäkerhetsarbete. Ett sätt att främja utvecklingen kan vara ett utökat nationellt stöd, framför allt riktat till de kommuner som inte har kommit lika långt inom området.

Ökat digitalt stöd till personal

Årets resultat visar tydliga uppgångar i det digitala stöd som riktas till personal. Exempelvis ökar personalens tillgång till digitala planeringsverktyg och utrustning för att dokumentera mobilt. Andelen kommuner som har digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder har ökat från 68 procent 2022 till 80 procent 2023. Andelen kommuner som har digitala medicinskåp har ökat från 75 procent 2022 till 82 procent 2023.

En majoritet av kommunerna ger stöd för att minska digitalt utanförskap

I årets enkät ställdes en ny fråga huruvida kommunerna erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap. Resultatet visar att 71 procent av kommunerna erbjuder denna typ av stöd. Kommunerna erbjuder ofta en kombination av olika tjänster såsom utlåning av digital teknik, visningsrum, handledare och utbildning. Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap. Denna typ av stöd skapar förutsättningar för en jämlik digital omställning.

En majoritet av kommunerna har personalresurser och kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik

Årets resultat visar att 87 procent av kommunerna har en personalresurs med avsatt tid för arbete med utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård. Vissa kommuner har endast delar av en tjänst, medan andra kommuner har flera anställda inom området.

I årets enkät ställdes en ny fråga huruvida kommunerna erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik till kommunernas medarbetare. Enkätresultatet visar att 74 procent av kommunerna erbjuder detta. Det är vanligast att kommunerna erbjuder utbildning i användning av digitala arbetsverktyg. Utförarpersonal inom hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård är den personalgrupp som erbjuds utbildning i högst utsträckning.

Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik och riktar dessa insatser till flera olika personalgrupper såsom utförarpersonal, handläggare och beslutsfattare.

Ojämn utveckling av välfärdsteknik med markanta nedgångar inom vissa tekniker

Socialstyrelsens uppföljning visar att tillgången till välfärdsteknik är ojämlig, sett i förhållande till i vilken kommun en person bor. Det finns stora skillnader i utbud mellan olika kommuner, liksom inom en och samma kommun, där vissa målgrupper erbjuds tillgång till teknik, men inte andra. Sedan 2014 har det skett en tydlig uppgång i kommunernas användning av välfärdsteknik, men efter 2021 är utvecklingen inte lika tydlig. Vid en jämförelse med 2022 års resultat framkommer både upp- och nedgångar, med markanta minskningar inom flera tekniker.

Utvecklingen skiljer sig åt mellan olika verksamhetsområden och tekniker. Generellt sett är välfärdsteknik vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshinderverksamheten. Särskilda boendeformer för äldre är det verksamhetsområde som visar den tydligaste uppgången, medan tydliga nedgångar har skett både inom funktionshinderområdet och i den kommunala hälso- och sjukvården. För välfärdsteknik riktad till äldre som bor i ordinärt boende är nivåerna snarlika som 2022. De tekniker som ökat mest 2023 är:

- stöd för digitala inköp inom ordinärt boende
- digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering inom särskilda boendeformer för äldre och stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning
- digitalt stöd för dagliga aktiviteter inom stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning och i kommunal hälso- och sjukvård.

De tekniker som minskat mest 2023 är digital tillsyn, passiva larm och gps-larm inom funktionshinderområdet och i den kommunala hälso- och sjukvården. Inom äldreområdet ligger dessa tekniker kvar på liknande nivåer som 2022. Nedgången är som tydligast för digital natttillsyn i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning där andelen kommuner som har denna teknik har minskat från 43 procent 2022 till 27 procent 2023. Socialstyrelsen kan i dagsläget inte svara på vad nedgångarna av välfärdsteknik beror på eller varför utvecklingen skiljer sig så pass mycket åt mellan olika verksamhetsområden. Socialstyrelsen bedömer det som prioriterat att i framtida studier fortsätta att undersöka dessa frågor.

Få användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare

Socialstyrelsens uppföljning visar att antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare ökar i kommunerna. Trots denna ökning är antalet användare lågt över lag. Flera kommuner saknar användare trots att de har angett att tekniken är beslutad och införd, och erbjuds till alla i den avsedda målgruppen. Digital tillsyn dagtid uppvisar den lägsta användningen, där drygt hälften av de kommuner som har tekniken saknar användare. Inom

gps-larm är det drygt en fjärdedel av kommunerna som saknar användare. Läkemedelsfördelare och digital nattillsyn uppvisar den högsta teknikanvändningen där 6 respektive 14 procent av kommunerna saknar användare.

Resultaten från årets intervjustudie kan utgöra ett stöd i tolkningen av varför teknikanvändningen inte är högre i landets kommuner. Att användningen är låg behöver inte vara ett uttryck för ett missnöje med en teknik, att tekniken inte lämpar sig för fler personer eller att kommunen inte har som ambition att öka användningen. Snarare behöver de låga nivåerna förstås utifrån de utmaningar med att implementera välfärdsteknik som lyfts i rapporter och studier av Socialstyrelsen och andra aktörer under flera år. Införande av välfärdsteknik är en tids- och resurskrävande process som, likt annan verksamhetsutveckling, kräver ett aktivt och långsiktigt förändringsarbete. Här ser Socialstyrelsen behov av fler studier inom området för att få en fördjupad kunskap om hur spridningen av välfärdsteknik ser ut i kommunerna och om de faktorer som hindrar en kommun från att nå de individer som är i behov av tekniken.

Övriga resultat i korthet

Nedan presenteras några övriga resultat från årets uppföljning:

- Internettillgången i särskilda boenden för äldre och i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka.
- Kommunernas användning av internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) fortsätter att öka. Det har dock inte skett någon ökning av kommunernas användning av Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) sedan 2019.
- Automatisering inom socialtjänsten ligger kvar på liknande nivåer som 2022. Ekonomiskt bistånd är det klart vanligaste området att automatisera. Totalt 21 procent av kommunerna har en handlägningsprocess som innefattar en automatiserad beslutsfunktion.

Framgångsfaktorer och hinder

Socialstyrelsen har intervjuat nio kommuner om deras förvaltning och spridning av digital nattillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare. Syftet med intervjuerna är att ge en djupare förståelse för varför teknikanvändningen är lägre än genomsnittet i vissa kommuner. Intervjuerna visar att den låga teknikanvändningen inte tycks bero på ett missnöje med teknikens effekter. Teknikerna upplevs ha positiva effekter för den enskilde, även om bilden skiljer sig åt gällande vilka och hur många personer som är behjälpta av en viss teknik.

Intervjuerna visar även på olika typer av hinder med att öka spridningen av välfärdsteknik. Dessa hinder kopplas ofta till kommunernas interna processer och brister i förändringsledning och nyttorealiserings, även om exempel på yttre faktorer också nämns. Exempel på hinder som lyfts är:

- bristande informationsarbete vid förmedling av tekniken till enskilda
- brister i utbildning och involvering av personal
- organisatoriska svårigheter
- bristande resurser och en tydlig styrning.

Dessa faktorer är nära sammankopplade – för att individen ska få rätt information krävs det att personalen har fått utbildning och involverats vid införandet av tekniken. En förutsättning för detta är i sin tur stöd från ledningen, resurser och en ändamålsenlig organisering. Centralt är att nyttan med tekniken framgår i alla led och kommuniceras tydligt både till enskilda, anhöriga, personal och ledning.

En annan aspekt som kan påverka spridningen av välfärdsteknik är hur kommunen har definierat teknikens målgrupp. En för snäv definition av teknikens målgrupp riskerar att begränsa teknikens användningsområde och spridning. Socialstyrelsen bedömer det som positivt om kommunerna kan maximera teknikens nyttor, användningsområde och potential. En förutsättning för detta är att det finns tillräcklig kunskap om välfärdsteknikens effekter och vilket utfall tekniken får för olika målgrupper. Här ser Socialstyrelsen behov av fler utvärderingar av teknikens effekter, mer erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan kommuner och ett ökat nationellt kunskapsstöd.

Skillnader mellan kommunstorlekar

Årets resultat bekräftar bilden från 2021 och 2022 om att de större kommunerna har kommit längre än de mindre kommunerna vad gäller styrning, kvalitetsledning, utvärdering och informationssäkerhet. De större kommunerna ligger även i framkant inom nyttoanalyser, personalresurser och kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik och erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap i högre utsträckning än de mindre kommunerna. Dessa skillnader kan behöva beaktas när stöd utformas till kommunerna så att stödet anpassas och riktas till de kommuner som har störst utmaningar.

Statliga stimulansmedel 2022

De statliga stimulansmedel som kommunerna rekvirerat för att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering har använts på liknande sätt 2022 som under 2021 och 2020. Samtliga kommuner anger att stimulansmedlen har bidragit till att målen med satsningarna har uppfyllts. I fritextsvaren beskriver flera kommuner att stimulansmedlen är nödvändiga för deras satsningar på digital verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen. Vissa kommuner uttrycker även att medlen inte har varit tillräckliga och att de ser ett behov av mer statligt stöd för att möjliggöra den digitala omställningen. Medlen beskrivs till exempel kunna täcka inköp av teknik, men inte den långsiktiga förvaltningen med tillkommande driftskostnader och löpande utbildningsinsatser. Vidare nämns utmaningar med att stimulansmedlen löper över för kort tid vilket försvårar långsiktig planering och införande. Socialstyrelsen identifierar, likt 2022, behov av mer långsiktig resursplanering vad gäller välfärdsteknik och e-hälsa både på kommunal och på nationell nivå.

Bakgrund

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2022 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta utveckla nyckeltal för användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna samt följa upp och redovisa resultaten på Socialstyrelsens webbplats. Myndigheten ska även beskriva och analysera resultaten av uppföljningen för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik. 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 har besvarat enkäten, som denna rapport baseras på, till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2023. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 maj 2023.

Begreppen e-hälsa och välfärdsteknik

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

Socialstyrelsen publicerade 2015 en definition av termen välfärdsteknik i termbanken: ”Digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.”. En term som ligger nära definitionen av välfärdsteknik är hjälpmedel för det dagliga livet. Därför publicerade Socialstyrelsen 2019 ett meddelandeblad om regler kring välfärdsteknik utifrån olika lagrum [1]. Samma utgångspunkter som för övriga insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten gäller för användningen av välfärdsteknik. Det finns inte några särskilda bestämmelser för just välfärdsteknik. En välfärdsteknisk produkt kan vara ett hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och en insats enligt socialtjänstlagen (SoL). Vilken lagstiftning som tillämpas beror på vilken insats den enskilde väljer att ansöka om, alternativt vilken huvudman som tillhandahåller tekniken. I denna rapport använder Socialstyrelsen endast begreppet välfärdsteknik, även i de fall tekniken har förskrivits enligt HSL.

Vision e-hälsa 2025

I mars 2016 antog regeringen och SKL en vision för e-hälsoutvecklingen i Sverige [2]:

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.

Visionen och planerna som har tagits fram för arbetet 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 en treårig handlingsplan *Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025* [3]. Handlingsplanen pekade bland annat ut följande tre insatsområden som grundförutsättningar för att främja e-hälsoutvecklingen:

- regelverk
- enhetligare begreppsanvändning
- standarder.

År 2019 kom regeringen och SKR överens om en strategi för att uppnå målen i visionen. Strategin gällde för perioden 2020–2022. Arbetet med att uppnå visionen följs årligen upp av E-hälsomyndigheten [4]. I uppföljningen deltar en arbetsgrupp med representanter för E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SKR och Inera.¹ Socialstyrelsen bidrar till visionsarbetet på flera sätt, bland annat genom denna rapportserie och myndighetens instruktionsenliga uppdrag att skapa en ändamålsenlig informationsstruktur och enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.²

Stimulansmedel

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*, som syftade till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering. Den treåriga överenskommelsen gällde för perioden 2020–2022 och omfattade 200 miljoner kronor årligen. Socialstyrelsen ska i uppdrag av regeringen redovisa och analysera resultaten av denna satsning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att utvärdera överenskommelsen och deras slutrapport väntas komma i juni 2023.³

¹ Inera är Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) bolag för utveckling och drift av digitala system.

² Socialstyrelsen. E-hälsa. Hämtad 2023-05-08 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/e-halsa/>

³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utvärdering av överenskommelsen om digitalisering inom äldreomsorgen. Hämtad 2023-05-08 från: <https://www.vardanalys.se/pagaende-projekt/utvardering-av-overenskommelsen-om-digitalisering-inom-aldreomsorgen/>

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 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, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion, ekonomisk eller annan ställning.

Närliggande studier

Socialstyrelsen har genomfört andra studier inom området, utöver de rapporter som producerats inom ramen för detta uppdrag. Två exempel är underlagsrapporten *Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg* [6] och intervjustudien *Välfärdsteknik: En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner* [7]. Vidare har flera andra myndigheter närliggande uppdrag som berör kommunernas utveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik. Nedan presenteras några exempel på rapporter från senare år:

- E-hälsomyndighetens rapport *Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa)* [8].
- E-hälsomyndighetens rapport *Uppföljning Vision e-hälsa 2025: Rapport avseende år 2021* [4].
- E-hälsomyndighetens rapport *Invånarundersökningen 2021: Om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst* [9].
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport *Innovation efter funktion: Välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv* [10].
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys promemoria *Digital teknik med äldre i fokus: En delredovisning av utvärderingen av överenskommelsen om digitalisering i äldreomsorgen* [11].
- Myndigheten för delaktighets rapport *Välfärdsteknik och e-tjänster: Redovisning av ett regeringsuppdrag att stödja kommunerna med kunskap* [12].
- Myndigheten för digital förvaltnings rapport *Digitala Sverige 2022 – en samlad analys av det svenska samhällets digitalisering* [13].
- Statskontorets rapport *Vision E-hälsa 2025 – att försöka styra genom samverkan* [14].
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps rapport *Det systematiska informationssäkerhetsarbetet i den offentliga förvaltningen* [15].

Detta är ingen heltäckande sammanställning utan endast några exempel på närliggande studier. Fler exempel på myndigheter med angränsande uppdrag är Post- och telestyrelsen, Integritetsskyddsmyndigheten och Vinnova. Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgens betänkande *Framtidens teknik i omsorgens tjänst* (SOU 2020:14) bör också nämnas i sammanhanget [16]. Vidare produceras flera rapporter och studier av andra aktörer. Exempelvis av fackförbund, arbetsgivarorganisationer och andra intresseorganisationer.

Ett exempel på en rapport från SKR är *Digitalisering i välfärden: Medarbetarnas attityder och erfarenheter* [17]. Nordens välfärdscenter är ett exempel på en aktör som producerar studier inom området utifrån ett nordiskt perspektiv.⁴ Det bedrivs också en hel del forskning inom området, och flera lärosäten har specifika inriktningar mot välfärdsteknik. Vidare produceras en hel del studier och utvärderingar av kommunerna själva, kommunalförbund och regioner. Ett exempel på ett sådant arbete från 2022 är rapporten *Att utveckla verksamheter med stöd av välfärdsteknik* från Göteborgsregionens kommunalförbund [18].

Metod och genomförande

Utveckling av nyckeltal

År 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* [19], dels utifrån de mål som uttrycktes i den dåvarande överenskommelsen mellan staten och SKL [20]. Representanter för SKL och regionala e-hälsosamordnare från Kalmar län, Östergötlands län och Norrbottens län deltog i det initiala arbetet med att utveckla nyckeltalen. Även Digitaliseringskommissionen konsulterades i arbetet. Nyckeltalen har därefter justerats för att bättre beskriva utvecklingen inom området.

Enkätundersökning

Utifrån nyckeltalen har Socialstyrelsen utformat enkätfrågor som ställs till kommunerna i en enkät som har skickats ut årligen sedan 2013. Enkätfrågorna har setts över löpande och nya frågor har tillkommit vid behov. Årets enkät skickades ut till samtliga kommuner den 9 januari och stängdes den 17 februari 2023. Alla 290 kommuner (100 procent) har besvarat enkäten. För mer information om enkäten se bilaga 1 och 4.

Referensgrupper

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

Presentation av siffror

Socialstyrelsen har valt att använda andelstal i denna rapport för att presentera de resultat som kan jämföras med tidigare års undersökningar, det vill säga procentandel av kommunerna. Svarsfrekvensen skiljer sig dock åt mellan åren, vilket är ett viktigt observandum i tolkningen av resultaten. I jämförelseverktyget *E-hälsa i kommunerna*, som finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats, redovisas både antal och andel.⁵

⁴ Nordens välfärdscenter. Hämtad 2023-05-08 från: <https://nordicwelfare.org/>

⁵ Socialstyrelsens data för jämförelser. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Hämtad 2023-05-08 från: <https://px.socialstyrelsen.se/pxweb/sv/E-h%C3%A4lsa%20och%20v%C3%A4lf%C3%A4rdsteknik%20i%20kommunerna/>

Intervjustudie

Socialstyrelsen genomförde intervjuer med nio kommuner under november 2022 – januari 2023 med syfte att undersöka hur kommunerna ser på användningen av digital nattillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare samt framgångsfaktorer och hinder i förvaltningen och spridningen av teknikerna i deras kommun. Fokus för intervjustudien var att ge en djupare förståelse för varför teknikanvändningen är lägre än genomsnittet i vissa kommuner. Totalt deltog 18 intervjupersoner. Intervjuerna hade olika roller och representerade olika delar av verksamheten. Intervjuerna var semistrukturerade och tog ungefär en timme att genomföra. Alla intervjuer utfördes via digitalt videomöte. Intervjumaterialet analyserades med tematisk innehållsanalys.

Intervjuerna kompletterades med ett dialogmöte med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik i december 2022. SKR skickade ut en inbjudan till de tio modellkommuner som är en integrerad del i kompetenscentret, varav två deltog under dialogmötet tillsammans med en representant för SKR.⁶ Under mötet fördes en dialog kring de teman som hade framkommit i intervjuerna för att inhämta reflektioner från SKR och ta del av modellkommunernas erfarenheter på området. Modellkommunernas svar användes sedan i analysen och sammanställningen av intervjumaterialet.

Intervjustudiens urval bestod primärt av kommuner med lägre antal användare än genomsnittet för teknikerna digital nattillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare, även om kommuner med högre användning också ingick. De flesta av kommunerna intervjuades om fler än en teknik. Tabell 1 visar hur många kommuner som intervjuades inom respektive teknik samt om de har fler eller färre antal användare av tekniken än genomsnittet. För mer information om intervjustudien och dess urval se bilaga 6.

Tabell 1. Antal intervjuade kommuner inom respektive teknik, uppdelat på nivå av teknikanvändning, modellkommuner inom parentes, 2023

Nivå av teknikanvändning*	Digital nattillsyn	Läkemedelsfördelare	Gps-larm
Högre antal användare än genomsnittet	3 (1)	1 (1)	0
Lägre antal användare än genomsnittet	6 (1)	4 (1)	7 (1)

*Nivå av teknikanvändning beräknas utifrån om kommunen har ett högre eller lägre antal användare av tekniken jämfört med genomsnittet för samtliga kommuner.

Avgränsning

Intervjustudien avgränsar sig till teknikerna digital nattillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare eftersom det är inom dessa tekniker som Socialstyrelsen har uppgifter om antal användare och identifierat stora skillnader i nivåer av teknikanvändning mellan kommuner.⁷ Att välja ut tre olika typer av välfärdsteknik skapar också möjligheter att analysera likheter och skillnader mellan teknikerna.

⁶ Sveriges Kommuner och Regioner. Modellkommuner för äldreomsorgens digitalisering. Hämtad 2023-05-08 från: <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/digitaliseringinomsocialtjansten/kompetenscentervalfardsteknik/modellkommunerforaldreomsorgensdigitalisering.33031.html>

⁷ Digital tillsyn dagtid exkluderades eftersom skillnaderna i teknikanvändning inte är lika stora inom detta område.

Jämförelser mellan kommunstorlekar

I rapporten jämför Socialstyrelsen resultatet av vissa enkätfrågor mellan kommuner av olika storlek. I bilaga 3 redovisas tabeller över enkätsvaren nedbrutet på kommunstorlek. En liknande analys av kommunstorlek utfördes i 2022 års rapport [21]. I år används samma indelning och benämning av storleksgrupperna som 2022, nämligen:

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

Denna rapport

Uppföljningens resultat redovisas i sex resultatavsnitt. I det första avsnittet redogörs för kommunernas arbete med styrning, kvalitetsledning, nyttoanalyser och utvärderingar. Här tas även aspekter om personalresurser och strukturerad dokumentation och klassifikationer upp. I det andra avsnittet redovisas kommunernas arbete med informationssäkerhet. I det tredje avsnittet redogörs för utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik. Här redovisas även kommunernas arbete med kompetensutveckling, automatisering och stöd för att minska digitalt utanförskap. Det fjärde avsnittet behandlar skillnader i resultat mellan kommuner av olika storlek. Resultatet av intervjustudien presenteras i det femte avsnittet. I det sjätte 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.

Styrning, kvalitetsledning, nyttoanalyser och utvärderingar

Detta avsnitt presenterar kommunernas arbete med styrning, kvalitetsledning, nyttoanalyser och utvärderingar inom e-hälsa och välfärdsteknik avseende socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Här presenteras även kommunernas personalresurser för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik och deras arbete med strukturerad dokumentation och klassifikationer.

Ingen ökning av styrande dokument

I enkäten tillfrågas kommunerna om de har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Styrande dokument kan exempelvis vara i form av en verksamhetsplan, handlingsplan, strategi eller policy. Tabell 2 visar att 68 procent av kommunerna har denna typ av styrande dokument inom socialtjänsten. Nivån är något lägre inom den kommunala hälso- och sjukvården på 64 procent. Av de kommuner som saknar styrande dokument uppger flera kommuner i fritextsvaren att de har ett pågående arbete med att ta fram detta.

Tabell 2. Andel kommuner som har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, i %, 2022–2023

Verksamhetsområde	2022 (n=288/259*)	2023 (n= 290)
Inom socialtjänsten**	71	68
Inom kommunal hälso- och sjukvård	63	64

* 2022 var antal svarande kommuner 288 inom socialtjänsten och 259 inom den kommunala hälso- och sjukvården.

** 2022 års uppgifter om socialtjänst avser kommuner som har angett att de har styrande dokument inom något av följande verksamhetsområden: individ och familjeomsorg, äldreomsorg eller funktionshinderområdet. I 2023 års enkät görs ingen uppdelning mellan socialtjänstens verksamhetsområden.

Vid en jämförelse med 2022 års resultat framkommer inga markanta skillnader (se tabell 2). Under perioden 2017–2021 frågade Socialstyrelsen om kommunerna hade styrande dokument för införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik. Genom åren har omkring 70 procent av kommunerna svarat att de har detta. Tabell 3 visar att det är mer än dubbelt så vanligt att kommunerna har styrande dokument för vad de vill uppnå på lång sikt än att de har handlingsplaner som är tydligt tid- och resurssatta. Knappt en fjärdedel av kommunerna har denna typ av handlingsplaner.

Tabell 3. Andel kommuner som har olika typer av styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, i %, 2023

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

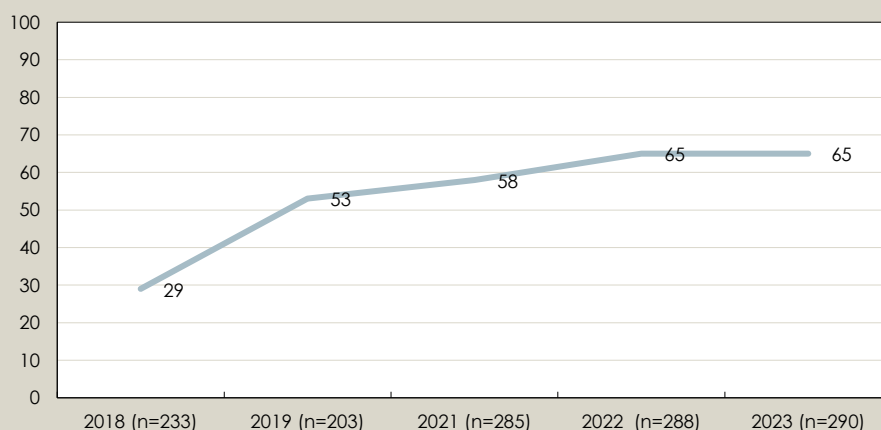
*Flera svar kunde anges.

Av fritextsvaren framgår att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt. Vissa kommuner har svarat att de har styrande dokument även om dessa är kommunövergripande och rör digitalisering i stort. Andra kommuner har svarat att de saknar styrande dokument om dessa är av mer generell karaktär och inte specifikt avser e-hälsa och välfärdsteknik inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Enkätfrågans tolkningsutrymme behöver beaktas i förståelsen av resultatet.⁸

Utveckling av kvalitetsledningssystem

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) gäller bland annat för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Det är centralt att kommunen arbetar systematiskt med kvaliteten i hela systemet för en god implementering och förvaltning av välfärdsteknik. I enkäten tillfrågas kommunerna om de har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik inklusive trygghetslarm. Resultatet visar att andelen kommuner som har detta har ökat från 29 procent 2018 till 65 procent 2023. Det har dock inte skett någon ökning jämfört med 2022 (se figur 1).

Figur 1. Andel kommuner med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, i%, 2018–2023*



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

⁸ Enkätfrågans tolkningsutrymme kan vara en delförklaring till att vissa kommuner har ändrat sina svar mellan åren, från att de har styrande dokument till att detta saknas året därpå. För mer information se bilaga 5.

Av fritextsvaren framgår att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt, vilket behöver beaktas i förståelsen av resultatet. Vissa kommuner har svarat att de har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik även om ledningssystemet saknar vissa delar eller är under uppbyggnad. Andra kommuner har svarat att de inte har ett sådant ledningssystem om det är ofullständigt eller under utveckling.⁹

Årets resultat visar att kommunerna har utvecklat ledningssystemens innehåll inom flera områden sedan 2022 (se tabell 4). Framför allt har det skett en markant positiv ökning i förekomsten av uppföljningsrutiner av insatser med stöd av välfärdsteknik. Detta kan till exempel innebära kontroll av att enskilda förstår tekniken och har förmåga att använda den. År 2022 uppgav 49 procent av kommunerna att kvalitetsledningssystemet omfattade dessa rutiner, i år är motsvarande andel 62 procent.

Tabell 4. Andel kommuner med ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik (inklusive trygghetslarm), uppdelat på innehåll, i %, 2022–2023

Andel kommuner som i ledningssystemet har: *	2022 (n=188)	2023 (n=186)
Identifierat, beskrivit och fastställt de processer som rör införande och handhavande	77	76
Tagit fram skriftliga rutiner för att säkra kvaliteten på arbetet med införande och handhavande	80	83
Rutiner för att göra riskanalyser	70	77
Rutiner för egenkontroll för att säkra kvaliteten	72	76
Rutiner för uppföljning av insatser med stöd av välfärdsteknik	49	62

*Flera svar kunde anges.

Nyttoanalyser inför beslut om införande

I årets enkät ställde Socialstyrelsen en ny fråga huruvida kommunerna utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård. Det vill säga om kommunen analyserar hur tekniken kommer att påverka personalen, organisationen, enskilda eller ekonomin. I fritextsvaren framkommer att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt. Vissa kommuner har gjort en snäv tolkning och svarat att de inte utför nyttoanalyser om dessa inte genomförs systematiskt, medan andra kommuner gjort en bredare tolkning.

Av tabell 5 framgår att 67 procent av kommunerna utför någon typ av nyttoanalys inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering. Det är ungefär lika vanligt att kommunerna analyserar nyttan för personal och organisation, nyttan för enskilda och ekonomisk nytta (drygt 60 procent). I enkäten ombads kommunerna uppge vilken digitalisering de har analyserat nyttan av. Kommunerna nämner här olika typer av välfärdsteknik och digitalt stöd till personal såsom digital tillsyn, läkemedelsfördelare, digitala lås och digitala medicinskåp. Andra exempel som nämns är byte av

⁹ Enkätfrågans tolkningsutrymme kan vara en delförklaring till att vissa kommuner har ändrat sina svar mellan åren, från att de har ett kvalitetsledningssystem till att detta saknas året därpå. För mer information se bilaga 5.

verksamhetssystem, automatisering och e-tjänster. I fritextsvaren framkommer det att flera kommuner har pågående utvecklingsarbete kring nyttoanalyser.

Tabell 5. Andel kommuner som utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård, 2023

Typ av nyttoanalys*	2023 (n=290)
Analys av nyttan för personal eller organisation	62
Analys av nyttan för enskilda	61
Analys av ekonomisk nytta	61
Annat	13
Nyttoanalyser utförs inte	33

*Flera svar kunde anges.

Totalt 13 procent av kommunerna uppger att de utför nyttoanalyser inom andra områden. Här nämns exempel på nyttoanalyser av miljö, hållbarhet, kvalitet, attraktivitet som arbetsgivare, interoperabilitet, effektivitet, säkerhet och nyttor för anhöriga.

I fritextsvaren beskriver några kommuner att de arbetar systematiskt med nyttoanalyser som alltid genomförs innan ett införande. I dessa fall beskrivs nyttoanalysen som en del av en större införandeprocess där också andra typer av analyser ingår, till exempel omvärldsanalyser och behovs- och konsekvensanalyser. En kommun beskriver hur de har involverat både personal och brukare i dialogen om vilken teknik man ser mest nytta av. Flera kommuner ger dock uttryck för en betydligt lägre grad av systematik. Till exempel uppger vissa kommuner att det saknas en formaliserad process för hur och när nyttoanalyserna ska genomföras. Vissa kommuner uppger att analyserna enbart sker muntligen, exempelvis under dialog i ledningsgruppen innan beslut om införande, och att dokumentation saknas. Enkätresultatet behöver förstås och tolkas med hänsyn till denna variation.

Fler utvärderingar av digitaliseringens effekter

I enkäten tillfrågades kommunerna om de har genomfört någon utvärdering av effekterna av välfärdsteknik eller annan digitalisering. Likt frågan om nyttoanalyser visar fritextsvaren att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt. Vissa kommuner har räknat enklare typer av uppföljningar som utvärderingar, medan andra kommuner inte har gjort det, vilket behöver beaktas i tolkningen av resultatet. Tabell 6 visar att 40 procent av kommunerna har gjort någon typ av utvärdering av effekterna av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård under 2022. Resultatet visar att utvärdering av effekter för personal och organisation är vanligast förekommande, sedan kommer utvärderingar för enskilda och sist utvärdering av kostnadseffekter.

Tabell 6. Andel kommuner som under 2022 har gjort, eller låtit göra, någon utvärdering av effekterna av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård, 2023

Typ av utvärdering*	2023 (n=290)
Utvärdering av effekter för personal eller organisation	34
Utvärdering av effekter för enskilda	31
Kostnadseffektanalys	22
Annat	4
Ingen utvärdering har genomförts	60

*Flera svar kunde anges.

I fritextsvaren framgår att utvärderingarna har genomförts med olika grad av systematik. 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 och intervjuer med enskilda och personal, arbetsmiljöutvärderingar, observationer, verksamhetsdialog och ekonomiska kalkyler. Vidare ombands kommunerna att ange vilken typ av digitalisering som har utvärderats. Kommunerna nämner här olika exempel på välfärdsteknik och digitalt stöd till personal såsom läkemedelsfördelare, digital tillsyn, digitala lås, automatisering, digital signering och digitala planeringsverktyg. Några kommuner uppger att de utvärderar effekterna av all ny välfärdsteknik.

Av de kommuner som har angett att de inte genomfört denna typ av utvärderingar under 2022 är det några kommuner som kommenterat detta i fritextsvaren. I kommentarerna framkommer att vissa kommuner har genomfört uppföljningar av digitaliseringens effekter, men inte regelrätta utvärderingar. Exempel som nämns är muntliga uppföljningar, kontinuerliga utvärderingar i ledningsgruppen, uppföljningar i det dagliga arbetet, träffar med superanvändare och att kommunen har tagit del av utvärderingar från andra kommuner. En kommun beskriver att de utför utvärderingar på uppkommen anledning, när brister har identifierats. Vidare anger flera kommuner att de avser att utveckla sitt arbete med utvärderingar under 2023.

Vid en jämförelse med 2022 års resultat framkommer en positiv utveckling i kommunernas arbete med utvärderingar. I 2022 års enkät ställdes frågan om kommunerna under de senaste två åren har utvärderat effekterna av digitalisering, vilket 36 procent av kommunerna uppgav att de hade gjort. Årets resultat är således 4 procentenheter högre. Framför allt har fler kommuner genomfört utvärderingar av effekter för enskilda. År 2022 uppgav 25 procent av kommunerna att de har utvärderat digitaliseringens effekter för enskilda under de senaste två åren. I år har 31 procent av kommunerna gjort denna typ av utvärdering under 2022. En anledning till denna ökning kan vara att pandemin medförde svårigheter att prioritera utvärderingsarbete under 2021 och 2020, vilket togs upp av kommunerna i 2022 års enkät.

Personalresurser för digital utveckling

I årets enkät återupptogs en fråga om kommunerna har någon personalresurs med avsatt tid för arbete med utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård. Personen kunde även ha andra uppdrag och arbetsuppgifter inom kommunen. Enkätresultatet visar att 87 procent av kommunerna har en sådan resurs. Detta kan ställas i relation till att cirka 74 procent av kommunerna hade en resurs för att utveckla e-hälsa, välfärdsteknik eller digitalisering inom socialtjänsten 2020 [22]. Resultatet från 2020 rör dock endast socialtjänsten, vilket försvårar jämförelser.

Av fritextsvaren framgår att flera kommuner nyligen har tillsatt tjänsten under 2022. Vissa kommuner har endast delar av en tjänst med avsatt tid för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik, medan andra kommuner har flera anställda inom området eller en hel enhet som arbetar med dessa frågor. Vidare innehar personalresursen olika roller i kommunerna. Exempel som nämns är verksamhetsutvecklare och strateger, utredare och projektledare samt systemförvaltare och it-samordnare. I vissa kommuner finns verksamhetsutvecklare som arbetar kommunövergripande inom flera områden, däribland digitalisering. Andra kommuner har roller som är helt dedikerade till utveckling av välfärdsteknik och e-hälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. I vissa kommuner är det verksamhetsnära personal som innehar tjänsten och tillsätts av exempelvis omsorgsassistenter, undersköterskor och sjuksköterskor. I andra kommuner ligger ansvaret högre upp i organisationen, hos exempelvis verksamhetschefer och utvecklingschefer. I vissa kommuner finns sammansatta team med olika professioner och roller. Några kommuner, framför allt mindre, uppger i fritextsvaren att de inte har resurser till en dedikerad tjänst inom området.

Ökad användning av ICF

I kommunernas digitala utveckling är det centralt att den dokumentation som skapas är ändamålsenlig och strukturerad. Det vill säga att den information som dokumenteras är relevant, dokumenteras med stöd av enhetliga begrepp och är strukturerad där det finns behov av återanvändning och informationsöverföring. En gemensam informationsstruktur säkerställer att dokumentationen kan återanvändas och följa individen mellan olika aktörer. Därmed ökar säkerheten för patienter och brukare. Vidare underlättar strukturerad dokumentation kommunens kvalitetsarbete då information kan sammanställas och analyseras för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling. Klassifikationer skapar förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation. Målet är att olika professioner och verksamheter i vård och omsorg ska använda gemensamma klassifikationer, begrepp och termer så långt det är möjligt.

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa [23]. Klassifikationen används som stöd vid bedömning av behov, arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. Sedan 2015 har användningen av ICF ökat

kontinuerligt för samtliga av socialtjänstens verksamhetsområden (se tabell 7 och 8). Användningen av ICF är vanligast inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet, jämfört med övriga områden. Vidare är användningen av ICF något högre inom kommunernas myndighetsutövning än i utförarverksamheten. Av tabell 7 framgår att 24–73 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Motsvarande nivå inom utförarverksamheten är 18–63 procent (se tabell 8).

Tabell 7. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder ICF i dokumentationen, i %, 2015–2023

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

Tabell 8. Andel kommuner där personal i de kommunala utförarverksamheterna använder ICF i dokumentationen, i %, 2015–2023*

Verksamhetsområde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Barn och unga	8	14	14	13	20	20	19	22	30
Arbetsmarknadsinsatser	3	2	3	6	8	14	12	15	18
Vuxna med missbruksproblem	5	7	7	8	12	18	17	20	24
Funktionshinder (SoL och/eller LSS)	12	17	18	28	39	47	46	57	63
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	17	22	26	36	45	45	44	51	58
Äldreomsorg, särskilt boende och dagverksamhet**	19	20	25	37	46	-	-	-	-
Äldreomsorg, särskilt boende***	-	-	-	-	-	48	46	55	60
Äldreomsorg, dagverksamheter***	-	-	-	-	-	41	42	52	55

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

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

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

Användningen av ICF är betydligt vanligare i den kommunala hälso- och sjukvården än inom socialtjänsten. 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 87 procent mellan 2015 och 2023. För hälso- och sjukvård i särskilt boende har användningen ökat från 69 till 87 procent under samma period (se tabell 9).

Tabell 9. Andel kommuner där ICF används i dokumentationen i den kommunala hälso- och sjukvården i %, 2015–2023*

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

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

Individens behov i centrum (IBIC) är en tillämpning av ICF inom socialtjänstens äldre- och funktionshindersomsorg [24]. Kommunernas användning av IBIC följs upp av Socialstyrelsen i en separat enkätundersökning. Den senaste lägesbeskrivningen från 2022 visar på ett ökat användande av IBIC och att allt fler kommuner kommit längre i sitt införande [25]. Denna utveckling återspeglas i användningen av ICF i denna rapport.

Ingen ökad användning av KSI

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) [26] gör det möjligt att enhetligt och jämförbart benämna och beskriva de insatser och aktiviteter inom socialtjänsten som utförs enligt

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

KSI gör det lättare att entydigt dela, jämföra och följa upp de aktiviteter och insatser som beslutas, planeras och genomförs inom socialtjänsten. Användningen av KSI är, likt användningen av ICF, vanligast inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet jämfört med övriga områden. Liksom ICF är användningen av KSI något högre i socialtjänstens myndighetsutövning än i utförarverksamheten. Av tabell 10 framgår att 9–21 procent av kommunerna använder KSI i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Motsvarande nivå inom utförarverksamheten är 7–17 procent (se tabell 11). Till skillnad från ICF har det inte skett någon utveckling i användningen av KSI sedan 2019.

Tabell 10. Andel kommuner där handläggare i socialtjänsten (myndighetsutövning) använder KSI i dokumentationen, i %, 2018–2023

Verksamhetsområde	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)
Barn och unga	7	14	12	12	11	11

Verksamhetsområde	2018 (n=231)	2019 (n=203)	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)
Ekonomiskt bistånd	6	10	8	9	10	9
Vuxna med missbruksproblem	6	10	10	9	10	10
Funktionshinder (SoL-och/eller LSS)	7	19	14	16	20	20
Äldreomsorg	10	23	19	21	23	21

Tabell 11. Andel kommuner där personalen i de kommunala utförarverksamheterna använder KSI i dokumentationen, i %, 2018–2023*

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

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

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

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

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

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

Informationssäkerhet

I Socialstyrelsens enkät ingår vissa frågor som rör informationssäkerhet. En central del i den digitala omställningen är att information hanteras på ett korrekt och säkert sätt. 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 dataskyddsförordning¹⁰
- 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 och att konfidentialiteten ska bevaras.¹¹

Ökning av ledningssystem för informationssäkerhet

Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) är ett stöd för att styra informationssäkerhetsarbetet i verksamheterna.¹² Sedan 2021 tillfrågas kommunerna om de har ett LIS som omfattar socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Resultatet visar att det har skett en ökning inom området från att 43 procent av kommunerna hade ett sådant LIS 2021 till att 49 procent har det 2023. I fritextsvaren beskriver flera kommuner att det finns ett övergripande LIS för hela kommunen, medan några uppger att de endast har ett LIS för vissa delar av sin verksamhet. Kommunerna beskriver också andra typer av stöd som de använder i sitt informationssäkerhetsarbete, till exempel riktlinjer, strategier och policyer.

I fritextsvaren framkommer att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt. Av de kommuner som har ett pågående arbete med att bygga upp ett LIS, där det i dagsläget saknas vissa delar, har vissa kommuner svarat att de har ett LIS medan andra kommuner har svarat att de inte har det. Denna variation bör beaktas i förståelsen av resultatet.¹³

¹⁰ 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.

¹¹ För mer information om informationssäkerhet och dataskydd se Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Integritetsskyddsmyndigheten.

¹² Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). Hämtad 2023-05-08 från: <https://www.msb.se/sv/amnesomraden/informationssakerhet-cybersakerhet-och-sakra-kommunikationer/standardisering-inom-informationssakerhet/lis-iso-27000/>

¹³ Enkätfrågans tolkningsutrymme kan vara en delförklaring till att vissa kommuner har ändrat sina svar mellan åren, från att de har ett LIS till att detta saknas året därpå. För mer information se bilaga 5.

Uppföljning av informationssäkerhet ökar

I ett systematiskt informationssäkerhetsarbete ingår löpande uppföljning i syfte att förbättra och anpassa arbetet utifrån organisationens behov. I enkäten tillfrågades kommunerna om de gjort en uppföljning av identifierade risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet. Tabell 12 visar en tydlig positiv trend där andelen kommuner som har gjort en uppföljning av informationssäkerhet inom socialtjänsten har ökat från 48 procent 2022 till 60 procent 2023. Inom den kommunala hälso- och sjukvården har andelen ökat från 40 procent 2022 till 58 procent 2023.

Tabell 12. Andel kommuner som under 2021 respektive 2022 har gjort en uppföljning av identifierade risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet, i %, 2022–2023

Verksamhetsområde	2022 (n=288/282*)	2023 (n=290)
Socialtjänst**	48	60
Kommunal hälso- och sjukvård	40	58

*2022 var antal svarande kommuner 288 inom socialtjänsten och 282 inom den kommunala hälso- och sjukvården.

**2022 års uppgifter om socialtjänst avser kommuner som har angett att de har genomfört en uppföljning inom något av följande verksamhetsområden: individ och familjeomsorg, äldreomsorg eller funktionshinderområdet. I 2023 års enkät görs ingen uppdelning mellan socialtjänstens verksamhetsområden.

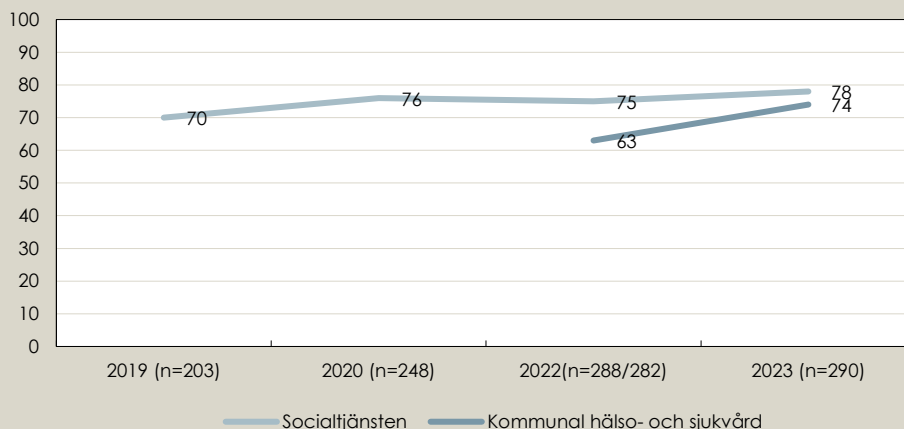
En möjlig förklaring till ökningen kan vara att pandemin försvårade arbetet med uppföljningar av informationssäkerhet 2021, vilket också fördes fram som ett hinder av vissa kommuner i enkäten 2022. Vidare kan en justering av enkätfrågan ha påverkat resultatet i någon mån.¹⁴ I fritextsvaren framkommer att en del kommuner endast har gjort en uppföljning inom vissa delar av verksamheten eller uppföljningar inriktat på specifika tjänster och system. Andra kommuner har gjort en uppföljning på förvaltningsövergripande nivå och inte verksamhetsspecifikt. Flera kommuner uppger att de har ett pågående arbete med uppföljning av informationssäkerhet.

Klassning av information ökar

Informationsklassning är en metod som hjälper verksamheten att välja rätt åtgärder för att skydda information. Genom att använda en gemensam klassningsmodell kan kommuners informationstillgångar skyddas på ett enhetligt sätt utifrån interna och externa krav på informationens konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Figur 2 visar en positiv utvecklingskurva över tid för klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Inom socialtjänsten har andelen kommuner som har gjort dessa informationsklassningar ökat från 70 procent 2019 till 78 procent 2023 och inom den kommunala hälso- och sjukvården har andelen ökat från 63 procent 2022 till 74 procent 2023.

¹⁴ År 2022 tillfrågades kommunerna om de hade gjort en uppföljning av risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet. År 2023 tillfrågades kommunerna om de har gjort en uppföljning av *identifierade* risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet.

Figur 2. Andel kommuner som har gjort en klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet, i %, 2019–2023*



*År 2021 var frågan om klassning inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård sammanslagen.

Tabell 13 visar att det är vanligast att kommunerna har gjort en informationsklassning av vissa objekt, men inte alla. I fritextsvaren framkommer att många kommuner har ett pågående arbete med informationssäkerhetsklassning eller att ett sådant arbete kommer att påbörjas 2023. Några kommuner uppger att de genomför klassningar när de inför nya system, men inte av äldre befintliga system. Flera kommuner uppger att de använder sig av SKR:s verktyg *KLASSA* för informationsklassning.¹⁵

Tabell 13. Andel kommuner som har gjort en klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet, i %, 2023

Nivå av klassning	Socialtjänsten (n=290)	Kommunal hälso- och sjukvård (n=290)
Ja, av alla objekt	26	25
Ja, delvis (något eller flera objekt, men inte alla)	52	49
Nej, ingen klassning av information har gjorts	22	26

Tillgången till säkra digitala kommunikationskanaler ökar

I enkäten tillfrågas kommunerna om de erbjuder säker digital kommunikation för invånare i kontakt med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Med säker kommunikation avses att enskildas integritet skyddas vid kommunikation över öppna nät, exempelvis via inloggning med e-legitimation. I fritextsvaren framgår att de säkra kommunikationskanalerna ser olika ut, i vissa kommuner finns säkra meddelanden och säker kommunikation via e-tjänster, i andra kommuner finns det säkra digitala videomöten. Flera kommuner uppger att de har ett pågående arbete med att införa säker

¹⁵ Sveriges Kommuner och Regioner. *KLASSA*, informationsklassning. Hämtad 2023-05-10 från: <https://skr.se/skr/naringslivarbetedigitalisering/digitalisering/arkitektursakerhet/informationssakerhet/klassinformationssakerhet/7558.html>

digital kommunikation. Tabell 14 visar att det har skett en positiv utveckling inom säker digital kommunikation inom samtliga av socialtjänstens verksamhetsområden sedan 2018. Det är vanligast med säker digital kommunikation inom området ekonomiskt bistånd där andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 5 procent 2018 till 59 procent 2023. Minst vanligt är det inom funktionshinderområdet där 30 procent av kommunerna erbjuder säker digital kommunikation 2023.

Tabell 14. Andel kommuner som erbjuder säker digital kommunikation mellan enskilda och socialtjänsten, i %, 2018–2023

Verksamhetsområde	2018 (n=233)	2019 (n=203)	2020 (n=246)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)
Barn och unga	6	4	9	19	24	38
Ekonomiskt bistånd	5	6	12	43	56	59
Familjerätt	3	3	6	16	21	33
Vuxna med missbruksproblem	4	3	7	16	22	37
Funktionshinder, (LSS och/eller SoL)	4	4	4	18	19	30
Äldreomsorg	3	3	4	19	21	33

Inom den kommunala hälso- och sjukvården har det också skett en positiv utveckling – från att 14 procent av kommunerna erbjöd patienter säker digital kommunikation med personal 2022 till att 22 procent av kommunerna gör det 2023.

Krav på stark autentisering och dess användning ökar

I enkäten tillfrågas kommunerna om de har krav på att användarna loggar in med stark autentisering i system som ger dem åtkomst till känsliga personuppgifter. Autentisering är en åtgärd som säkerställer att en användare är den som den utger sig för att vara. Det behövs för en effektiv behörighetsstyrning, där endast behöriga användare kommer åt information som de behöver ha tillgång till i sin roll och samtidigt hindrar åtkomst till övrig information. Styrkan på autentiseringen bör motsvara klassningsnivån för de personuppgifter som användaren ska ha tillgång till.¹⁶ Ett sätt att skydda information mer effektivt är att använda stark autentisering (tvåfaktorsautentisering). Detta innefattar ofta ”något som användaren vet”, exempelvis ett lösenord, och ”något som användaren har”, exempelvis e-legitimation eller en säkerhetsnyckel [27].

Tabell 15 visar att kommunernas krav på stark autentisering har ökat kontinuerligt över tid. Andelen kommuner som kräver stark autentisering för alla system som ger socialtjänstpersonalen åtkomst till känsliga personuppgifter över internet (utanför kommunens nät) har ökat från 34 procent 2020 till 53 procent 2023. Totalt 46 procent av kommunerna har krav på stark

¹⁶ Integritetsskyddsmyndigheten. Autentisering. Hämtad 2023-05-08 från: <https://www.imy.se/verksamhet/data-skydd/det-har-galler-enligt-gdpr/informationssakerhet/autentisering/>

autentisering för ett eller flera system, men inte alla. I fritextsvaren uppger dock några kommuner att de är osäkra på hur frågan bör tolkas.¹⁷

Tabell 15. Andel kommuner med krav på att användarna loggar in med stark autentisering i system som ger dem åtkomst till känsliga personuppgifter vid arbete över internet utanför kommunens nät, i %, 2020–2023

System med krav på stark autentisering	2020 (n=248)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023 (n=290)
Inga	3	3	3	1
Delvis	63	62	52	46
Alla	34	35	45	53
Totalt	100	100	100	100

Det är vanligare att kommunen har krav på stark autentisering vid arbete utanför kommunens nät än inom kommunens nät (se tabell 16). Dock har det skett en positiv utveckling även inom detta område. År 2022 hade 30 procent av kommunerna krav på stark autentisering för alla system som ger åtkomst till känsliga personuppgifter inom kommunens nät, i år är motsvarande andel 35 procent.

Tabell 16. Andel kommuner med krav på att användarna loggar in med stark autentisering i system som ger dem åtkomst till känsliga personuppgifter vid arbete inom kommunens nät, i %, 2022–2023

System med krav på stark autentisering	2022 (n=288)	2023 (n=290)
Inga	6	4
Delvis	64	61
Alla	30	35
Totalt	100	100

Av de kommuner som saknar krav på stark autentisering, helt eller delvis, uppger flera kommuner att de har ett pågående arbete med att införa lösningar för stark autentisering i närtid.

Vidare visar enkätresultatet att personalens användning av stark autentisering vid hantering av personuppgifter skiljer sig åt mellan olika verksamhetsområden (se tabell 17). Det är vanligast att personal inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet använder stark autentisering. Av tabell 17 framgår att användningen av stark autentisering har ökat över lag sedan 2022, framför allt inom utförarverksamheten. Exempelvis har andelen kommuner där all personal använder stark autentisering vid hantering av personuppgifter inom äldreomsorgens hemtjänst ökat från 49 procent 2022 till 60 procent 2023.

¹⁷ Olika tolkningar av enkätfrågan och bristande kunskap eller insyn på området kan vara en förklaring till att vissa kommuner ändrat sina svar mellan åren, från att de har krav på stark autentisering till att detta saknas året därpå. För mer information se bilaga 5.

Tabell 17. Andel kommuner där all personal använder stark autentisering vid hantering av personuppgifter, per verksamhet, i %, 2022–2023

Verksamhetsområde	2022 (n=288*)	2023 (n=290*)
Socialtjänstpersonal i myndighetsutövning		
Barn och unga	55	61
Ekonomiskt bistånd	55	60
Familjerätt	56	62
Vuxna med missbruksproblem	57	62
Äldreomsorg	72	69
Funktionshinder (SoL)	69	69
Funktionshinder (LSS)	69	68
Socialtjänstpersonal i utförarverksamhet		
Barn och unga	50	57
Arbetsmarknadsinsatser	41	48
Vuxna med missbruksproblem	48	57
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	49	60
Äldreomsorg, särskilda boenden	46	53
Äldreomsorg, dagverksamheter	45	51
Funktionshinder (SoL)	45	53
Funktionshinder (LSS)	46	54

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

Trots att användningen av stark autentisering ökar är det fortfarande många kommuner där ingen i personalen använder stark autentisering vid hantering av personuppgifter (se tabell 18). Inom myndighetsutövningen rör det sig om 17–29 procent, beroende på verksamhetsområde, och inom utförarverksamheten 18–40 procent beroende på verksamhetsområde.

Tabell 18. Andel kommuner där ingen personal använder stark autentisering vid hantering av personuppgifter, per verksamhet, i %, 2022–2023

Verksamhetsområde	2022 (n=288*)	2023 (n= 290*)
Socialtjänstpersonal i myndighetsutövning		
Barn och unga	28	26
Ekonomiskt bistånd	28	28
Familjerätt	31	29
Vuxna med missbruksproblem	27	24
Äldreomsorg	16	17
Funktionshinder (SoL)	19	19
Funktionshinder (LSS)	19	19
Socialtjänstpersonal i utförarverksamhet		
Barn och unga	37	33
Arbetsmarknadsinsatser	45	40
Vuxna med missbruksproblem	38	33
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	25	18
Äldreomsorg, särskilda boenden	29	25

Verksamhetsområde	2022 (n=288*)	2023 (n= 290*)
Äldreomsorg, dagverksamheter	33	30
Funktionshinder (SoL)	30	26
Funktionshinder (LSS)	31	25

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

Välfärdsteknik och e-hälsa

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

Ojämn utveckling av välfärdsteknik

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för den enskilde. Tekniken kan användas av personen själv, en närstående, personal eller någon annan i personens närhet. Socialstyrelsen följer årligen vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Teknik som köps av enskilda på konsumentmarknaden inkluderas inte i uppföljningen. I enkäten görs en åtskillnad mellan välfärdsteknik som är införd och teknik som är i pilot- eller testverksamhet. Att tekniken är införd definieras som att tekniken är beslutad, införd och erbjuds till alla i den avsedda målgruppen. Pilot- eller testverksamhet definieras som ett initiativ som är begränsat i tid, i antal personer som kan använda tekniken eller att det sker under särskilda förutsättningar. Nedan är exempel på några vanligt förekommande typer av välfärdsteknik som används i kommunerna.

- Tillsyn med digital teknik. Digital tillsyn, natt eller dag, innebär att en trygghetskamera, värmekamera eller annan teknik placeras i den enskildes hem genom vilken larmcentral eller annan personal kan ha uppsikt över den enskilde. Att använda den digitala tillsynen förutsätter att omsorgsgivaren, eller larmcentralen aktivt sätter igång tekniken för att göra tillsynen.
- Passivt larm/sensor.¹⁸ Ett passivt larm kan vara i form av en sensor som finns i den enskildes bostad, till exempel i form av larmmattor, dörrlarm eller andra sensorer som registrerar rörelser. Ett passivt larm kan också bäras av den enskilde på kroppen, till exempel för att registrera fall.
- Gps-larm. Ett gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm) sänder koordinater till larmcentral, annan personal eller närstående för att göra det möjligt att söka efter en person som har gått vilse eller som har larmat i eller utanför den egna bostaden. Vissa gps-larm uppmärksammar personalen om personen rör sig utanför ett i förväg definierat område, så kallad geofencing.
- Läkemedelsfördelare. En läkemedelsfördelare (läkemedelsautomat, läkemedelsrobot) är en välfärdsteknik som påminner patienten när det är dags att ta medicin, fördelar medicin och signalerar till vårdgivaren om det sker avvikelser.

Innan enkätresultatet redovisas önskar Socialstyrelsen uppmärksamma att stickprov har visat att upp- och nedgångar i utvecklingen av välfärdsteknik

¹⁸ I resultatredovisningen benämns passiva larm eller sensorer enbart som passiva larm.

kan bero på felsvar eller att olika respondenter har besvarat enkäten och tolkat frågan på olika sätt mellan åren, och inte faktiska förändringar i verksamheten. Generellt kan sägas att för stor vikt inte bör ges åt mindre förändringar på några enstaka procentenheter, men att större förändringar fortfarande visar på trender i utvecklingen.¹⁹

Välfärdsteknik i socialtjänsten

I enkäten efterfrågas vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig inom socialtjänsten. Här ingår välfärdsteknik som beviljas enligt SoL,²⁰ som ges individuellt som en del av verkställigheten av en insats eller som införts på annat sätt i socialtjänstverksamheten. Detta inkluderar exempelvis teknik i boenden eller dagverksamheter som inte beviljats en enskild person, men som är allmänt tillgängliga i verksamheterna. Frågorna avser inte teknik som förskrivs med stöd av HSL.

Äldre som bor i ordinärt boende

Välfärdsteknik är i dag ett etablerat inslag i äldreomsorgen. Tabell 19 visar att flera typer av tekniker erbjuds av en majoritet av kommunerna till äldre som bor i ordinärt boende. Exempelvis har 85 procent av kommunerna digitala lås till enskildas bostäder och 78 procent av kommunerna digital nattillsyn. Exempel på annan teknik som är vanligt förekommande är videostöd vid samordnad individuell planering (SIP), passiva larm och gps-larm.

Över tid har allt fler kommuner börjat erbjuda välfärdsteknik till äldre som bor i ordinärt boende. En jämförelse med 2022 års resultat visar dock inga större förändringar. De flesta tekniker har ökat eller minskat med någon procentenhet (se tabell 19). Den tydligaste förändringen har skett inom stöd för digitala inköp där andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 42 procent 2022 till 53 procent 2023.

Tabell 19. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för äldre som bor i ordinärt boende, i %, 2020–2023

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=242)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023, pilot- eller test- verksamhet (n=290)	2023, infört (n=290)	2023, totalt (n=290)
Nattillsyn med digital teknik	65	76	78	10	67	78
Tillsyn dagtid med digital teknik*	-	33	31	7	20	27
Gps-larm	65	62	62	15	48	62
Passivt larm/sensor	90	78	80	3	74	77
Brandlarm kopplat till trygghetslarm **	-	-	22	2	19	21
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	78	80	81	8	75	83

¹⁹ För mer information se bilaga 5.

²⁰ Beviljas med biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) eller med ett förenklat beslut enligt 4 kap. 2a SoL.

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=242)	2021 (n=285)	2022 (n=288)	2023, pilot- eller test- verksamhet (n=290)	2023, infört (n=290)	2023, totalt (n=290)
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	67	82	79	7	67	74
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	27	34	37	12	26	38
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (till exempel påminnelser)	24	27	27	7	19	26
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)	26	37	42	17	37	53
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående*	-	55	47	15	33	48
Digitala lås till enskildas bostäder*	-	75	81	4	81	85
Annat***	16	18	20	-	-	36

* Frågan ställdes inte i 2020 års enkät.

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

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

Personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende

Den vanligaste typen av välfärdsteknik som erbjuds till personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende är videostöd vid SIP, vilket finns i över 70 procent av kommunerna. En annan vanlig teknik är passiva larm, vilket finns i 64 procent av kommunerna. Inom detta verksamhetsområde har det skett flera markanta minskningar av välfärdsteknik i år, jämfört med 2022 (se tabell 20). Den enda teknik som uppvisar en tydlig ökning är stöd för digitala inköp där andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 24 procent 2022 till 32 procent 2023. Nedgången är som tydligast inom digital tillsyn där andelen kommuner som har digital tillsyn nattetid har minskat från 43 procent 2022 till 27 procent 2023. Andelen kommuner med digital tillsyn dagtid har minskat från 20 procent 2022 till 13 procent 2023. Andra tydliga minskningar förekommer inom gps-larm och passiva larm, där andelen kommuner med gps-larm har minskat med 10 procentenheter och andelen kommuner med passiva larm har minskat med 8 procentenheter (se tabell 20). Möjliga förklaringar till nedgångarna kommer tas upp i rapportens diskussionsavsnitt.

Tabell 20. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende, i %, 2020–2023

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=246)	2021 (n=285)	2022, (n=288)	2023, pilot- eller test- verksamhet (n=290)	2023, infört (n=290)	2023, totalt (n=290)
Natttillsyn med digital teknik	32	47	43	4	23	27

Typ av välfärds- teknik	2020 (n=246)	2021 (n=285)	2022, (n=288)	2023, pilot- eller test- verksamhet (n=290)	2023, infört (n=290)	2023, totalt (n=290)
Tillsyn dagtid med digital tek- nik*	-	23	20	3	10	13
Gps-larm	45	46	45	8	28	35
Passivt larm/sen- sor	70	67	72	3	61	64
Brandlarm kopp- lat till trygghets- larm**	-	-	19	2	16	18
Samordnad indi- viduell planering (SIP) med stöd av video inför ut- skrivning från slu- tenvård	60	71	76	6	71	77
Samordnad indi- viduell planering (SIP) med stöd av video vid andra fallfällen	61	76	78	6	66	72
Digitalt stöd för fysisk träning el- ler aktivering	28	32	33	10	24	34
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktivite- ter (till exempel påminnelser)	45	42	37	7	32	39
Stöd för digitala inköp (inköp on- line av dagligva- ror)	14	24	24	9	24	32
Digital kommuni- kation mellan enskilda och personal eller närstående*	-	49	44	9	35	44
Digitala lås till enskildas bostä- der*	-	34	40	3	35	38
Annat***	11	9	10	-	-	25

* Frågan ställdes inte i 2020 års enkät.

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

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

Särskilda boendeformer för äldre

Den vanligaste typen av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, såsom särskilt boende (säbo), korttidsboenden och biståndsbedömda trygghetsboenden, är passiva larm, vilket finns i 98 procent av kommunerna. Exempel på andra vanliga typer av teknik, som förekommer i över 60 procent av kommunerna, är videostöd vid SIP, gps-larm, digitala lås till enskildas bostäder och digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående (se tabell 21). Det har skett en gradvis ökning av flera typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre över tid. Den tydligaste ökningen i år har skett inom digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering där andelen

kommuner som har detta stöd har ökat från 49 procent 2022 till 58 procent 2023.

Tabell 21. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i särskilda boendeformer för äldre, i %, 2020–2023

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=244)	2021 (n=285)	2022 (n=282)	2023, pilot- eller test- verksamhet (n=283)	2023, införd (n=283)	2023, totalt (n=283)
Nattillsyn med digital teknik	44	44	50	20	29	48
Tillsyn dagtid med digital teknik*	-	28	32	16	16	31
Gps-larm	63	61	61	13	53	66
Passivt larm/sensor	100	92	95	1	97	98
Avvikelselarm (positionering)	41	49	52	10	48	58
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	71	74	75	5	70	75
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	62	78	72	6	64	69
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering*	-	42	49	15	43	58
Digitalt stöd för aktivering av olika slag, till exempel spel eller virtuell cykel**	57	-	-	-	-	-
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (till exempel påminnelser)*	-	30	27	6	20	27
Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram)**	30	-	-	-	-	-
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)***	-	-	-	3	8	11
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående*	-	76	58	13	49	62
Digitala lås till enskildas bostäder*	-	54	65	14	51	64
Annat****	16	18	23	-	-	61

* Frågan ställdes inte 2020.

** Frågan omformulerades efter 2020.

*** Frågan ställdes inte 2020–2022.

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

I fritextsvaren uppger vissa kommuner att de har tekniken enbart på några särskilda boenden men inte alla. Det skiljer sig åt om kommunen har tolkat detta som ”pilot- eller testverksamhet” eller att tekniken är ”införd” vilket behöver beaktas i förståelsen av resultatet.

Stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning

Den vanligaste typen av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättning (stöd- och serviceboenden) är passiva larm, vilket finns i 76 procent av kommunerna. Annan vanlig välfärdsteknik är videostöd vid SIP och digitalt stöd för dagliga aktiviteter. Utvecklingen sedan 2020 är ojämn inom detta verksamhetsområde, vissa tekniker ökar i användning medan andra minskar (se tabell 22). Den tydligaste ökningen i år har skett inom digitalt stöd för dagliga aktiviteter. År 2022 uppgav 43 procent av kommunerna att de erbjöd detta stöd, i år är motsvarande andel 53 procent. Den tydligaste nedgången i år har skett inom digital tillsyn där andelen kommuner med tillsyn nattetid har minskat från 29 procent 2022 till 22 procent 2023 och andelen kommuner med tillsyn dagtid har minskat från 16 procent 2022 till 10 procent 2023. Inom gps-larm har det skett en nedgång på 6 procentenheter 2022–2023. Möjliga förklaringar till nedgångarna kommer tas upp i rapportens diskussionsavsnitt.

Tabell 22. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, i %, 2020–2023

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=246)	2021 (n=285)	2022 (n=281)	2023, pilot- eller test- verksamhet (n=287)	2023, infört (n=287)	2023, totalt (n=287)
Natttillsyn med digital teknik	33	27	29	6	16	22
Tillsyn dagtid med digital teknik*	-	15	16	3	7	10
Gps-larm	53	38	40	7	28	34
Passivt larm/sensor	89	73	78	2	73	76
Avvikelselarm (positionering)	23	24	24	6	21	27
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	65	69	70	7	68	74
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	59	73	70	7	64	70
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering*	-	39	38	11	32	44
Digitalt stöd för aktivering av olika slag, till exempel spel eller virtuell cykel**	57	-	-	-	-	-
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter (till exempel påminnelser)*	-	46	43	9	45	53
Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram)**	44	-	-	-	-	-

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=246)	2021 (n=285)	2022 (n=281)	2023, pilot- eller test- verksamhet (n=287)	2023, infört (n=287)	2023, totalt (n=287)
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)***	-	-	-	5	21	25
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående*	-	54	46	9	40	49
Digitala lås till enskildas bostäder*	-	15	25	7	16	23
Annat****	13	8	10	-	-	42

* Frågan ställdes inte 2020.

** Frågan omformulerades efter 2020.

*** Frågan ställdes inte 2020–2022.

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

I fritextsvaren uppger vissa kommuner att de har tekniken enbart på några boenden men inte alla. Det skiljer sig åt om kommunen har tolkat detta som ”pilot- eller testverksamhet” eller att tekniken är ”införd”, vilket behöver beaktas i förståelsen av resultatet.

Välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård

I enkäten efterfrågas vilken typ av välfärdsteknik som finns tillgänglig i den kommunala hälso- och sjukvården. Frågorna avser välfärdsteknik som kommunen tillhandahåller patienten genom förskrivning enligt HSL, eller på annat sätt ger till patienten i kommunens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Frågorna avser inte teknik som beviljas med stöd av SoL.

I den kommunala hälso- och sjukvården är tekniken delvis densamma som inom socialtjänsten. Den vanligaste typen av välfärdsteknik är passiva larm, vilket finns i 59 procent av kommunerna. Annan vanlig välfärdsteknik som förekommer i över 40 procent av kommunerna är digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering och läkemedelsfördelare (se tabell 23). Den tydligaste ökningen i år har skett inom digitalt stöd för dagliga aktiviteter. Andelen kommuner som har detta stöd har ökat från 26 procent 2022 till 36 procent 2023.

Tabell 23. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, i %, 2020–2023²¹

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=226)	2021 (n=258)	2022 (n=259)	2023, pilot- eller test- verksamhet	2023, infört	2023, totalt	Antal svarande 2023
Gps-larm*	-	52	52	3	35	38	261
Passivt larm/sensor	63	75	73	2	58	59	261
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	27	33	42	12	33	44	261

²¹ Andelarna som redovisas för 2020 och 2021 skiljer sig från de uppgifter som har redovisats i tidigare rapporter eftersom de i denna rapport beräknas utifrån antal kommuner som har besvarat frågan. På samma sätt redovisas uppgifterna för 2022 och 2023.

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=226)	2021 (n=258)	2022 (n=259)	2023, pilot- eller test- verksamhet	2023, infört	2023, totalt	Antal sva- rande 2023
Digitalt stöd för, eller träning i dagliga aktiviteter**	-	-	26	8	29	36	261
Läkemedelsfördelare***	31	-	-	-	-	-	-
Läkemedelsfördelare som tillhandahålls av kommunen*	-	29	38	17	25	42	282
Inkontinenssensorer	22	17	23	8	12	21	282
Annan medicinteknisk utrustning (till exempel för monitorering)	4	10	16	8	10	18	282
Annat****	8	6	6	-	-	35	282

* Frågan ställdes inte 2020.

** Frågan ställdes inte 2020 och 2021.

*** Frågan omformulerades efter 2020.

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

Vid en jämförelse med 2022 års resultat framgår det att nivåerna av gps-larm och passiva larm är betydligt lägre 2023, med nedgångar på 14 procentenheter (se tabell 23). En anledning till dessa minskningar kan vara kopplat till en omstrukturering av enkäten som genomfördes 2023.²² Denna omstrukturering kan ha bidragit till att kommunerna tydligare kunde urskilja vilken teknik som tillhandahålls inom vilket område, exempelvis om gps-larm beviljas enligt SoL eller om de förskrivs enligt HSL, och att svaren därav ändrats mellan åren. Vidare framkommer det i fritextsvaren att flera kommuner upplever uppdelningen mellan socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård som otydlig när det gäller välfärdsteknik. Det kan exempelvis vara svårt för en kommun att definiera vilket verksamhetsområde en teknik erbjuds inom om den finns i verksamheter där både socialtjänstpersonal och hälso- och sjukvårdspersonal arbetar. Denna otydlighet kan ge upphov till att olika respondenter ger olika svar mellan åren, även om ingen förändring har skett i själva verksamheten.

En ytterligare förklaring till nedgångarna kan vara att kommunen har börjat tillhandahålla tekniken på ett annat sätt. Till exempel att kommunen inte längre förskriver tekniken enligt HSL utan i stället tillhandahåller den inom socialtjänsten. En av de kommuner som ingick i Socialstyrelsens stickprov uppger att detta är anledningen till att de avslutat gps-larm inom den kommunala hälso- och sjukvården 2023.²³ Kommunen har alltså inte avslutat tekniken helt och hållet, utan tillhandahåller den på ett annat sätt. En analys av enkätresultatet visar att det är mycket vanligt att kommuner som saknar passiva larm och gps-larm i den kommunala hälso- och sjukvården tillhandahåller dessa tekniker inom socialtjänsten. Exempelvis har alla kommuner som

²² I stället för att tillfråga kommunerna om välfärdsteknik inom kommunal hälso- och sjukvård under ett separat avsnitt så samlades alla verksamhetsområden under respektive teknik.

²³ För mer information se bilaga 5.

saknar passiva larm i den kommunala hälso- och sjukvården denna teknik i något av socialtjänstens verksamhetsområden. Sammantaget bör nedgångarna av gps-larm och passiva larm inom den kommunala hälso- och sjukvården tolkas med försiktighet med hänsyn till dessa aspekter.

Andra typer av välfärdsteknik

Socialstyrelsens uppföljning av välfärdsteknik är inte heltäckande. Många kommuner uppger att de har andra typer av välfärdsteknik inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, utöver de tekniker som finns med som svarsalternativ i enkäten. Exempel på andra typer av välfärdsteknik som nämns av flera kommuner är:

- olika typer av digitalt stöd för aktivitet och rörelse. Till exempel VR-teknik, interaktiva ljusprojektorer och spel, musikvästar och digitala träningscyklar med ljud- och videostöd
- digitala terapi/sällskapsdjur
- avslappningsstolar med digital teknik
- lyft-, vänd- och förflyttningsteknik såsom vridsängar och lyftstolar
- surfplattor och olika typer av aktivitets- och bildskärmar
- duschrobotar, intelligenta toaletter, dusch- och torkbidéer
- äthjälpmiddel
- digitalt kognitivt stöd, tids- och planeringshjälpmedel
- digitalt stöd för kommunikation, bildstöd
- digitala mätare för puls, blodtryck, syremättnad och blodsocker
- system för fjärrmonitorering och egenmonitorering
- appar för sårvård
- diabetessensorer
- trycksårssensorer
- skanner för urinblåsa
- medicinpåminnare
- digital konsultation eller bedömning, exempelvis med hälso- och sjukvårdspersonal via videosamtal.

Fler personer med digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare men få användare över lag

I enkäten tillfrågas kommunerna om hur många personer som har tillsyn med digital teknik, gps-larm och läkemedelsfördelare. Resultatet visar ett ökat antal användare inom samtliga av dessa tekniker. Dock behöver resultaten tolkas med försiktighet då stickprov har visat att flera kommuner har angett felaktiga antalsuppgifter, antingen för 2023 eller tidigare år.²⁴

Årets resultat visar att 3 698 personer som bor i ordinärt boende har digital natttillsyn i form av kamera, fjärrtillsyn, värmekamera eller annan teknik i 226 kommuner. Det är en ökning med drygt 1 500 personer jämfört med 2020 och 338 personer jämfört med 2022. Antalet personer som har digital tillsyn dagtid är betydligt färre än de som har digital tillsyn nattetid. Årets resultat visar att 356 personer som bor i ordinärt boende har digital tillsyn

²⁴ För mer information se bilaga 5.

dagtid i 80 kommuner, vilket är en ökning med cirka 175 personer jämfört med 2021 och 67 personer jämfört med 2022.

Antalet personer med läkemedelsfördelare har också ökat i kommunerna. I enkäten efterfrågas hur många personer i den kommunala hälso- och sjukvården som kommunen har utrustat med en läkemedelsfördelare. Årets resultat visar att 1 451 personer har en läkemedelsfördelare i 118 kommuner. Det är en ökning med 423 personer jämfört med 2022. Vad gäller gps-larm visar årets resultat att 3 610 personer som bor i ordinärt boende har gps-larm med stöd av SoL eller HSL i 203 kommuner. Detta är en ökning med drygt 2 000 personer jämfört med 2020. Under 2021 och 2022 tillfrågades kommunerna enbart om antal personer som har beviljats gps-larm med stöd av SoL, vilket var 2 092 personer 2022.

Likt tidigare år visar årets resultat att användandet av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare är lågt i kommunerna över lag. Detta gäller både för kommuner som har infört tekniken och de som har den i pilot- eller testverksamhet. Tabell 24 visar att antalet användare ofta understiger 5 personer i kommunerna och att det är vanligt att kommunerna helt saknar användare av tekniken. Digital tillsyn dagtid är den teknik som uppvisar den lägsta användningen där 54 procent av de kommuner som har denna teknik helt saknar användare. Endast 5 kommuner har fler än 10 användare och genomsnittet är cirka 4 personer med digital tillsyn dagtid per kommun. Låga användarantal förekommer även inom gps-larm där 27 procent av de kommuner som har tekniken helt saknar användare.

Läkemedelsfördelare och digital natttillsyn används i högst utsträckning, men även här är det vanligt att kommunerna endast har ett fåtal användare (se tabell 24). För digital natttillsyn är genomsnittet cirka 16 användare per kommun. Totalt 15 kommuner har fler än 50 personer med digital natttillsyn och det högsta antalet som rapporteras av en enskild kommun är 137 personer. Det är förhållandevis ovanligt att kommuner med digital natttillsyn helt saknar användare (6 procent). För läkemedelsfördelare ligger genomsnittet på cirka 12 användare per kommun och det högsta resultatet som rapporteras av en enskild kommun är 130 personer. Totalt 14 procent av de kommuner som har läkemedelsfördelare saknar användare.

Tabell 24. Andel kommuner med digital tillsyn och gps-larm i ordinärt boende och läkemedelsfördelare i kommunal hälso- och sjukvård, uppdelat på antal användare av tekniken, i %, 2022–2023*

Antal personer som använder tekniken	2022, Digital natttillsyn (n=225)	2023, Digital natttillsyn (n=226)	2022, Digital tillsyn dagtid (n=97)	2023, Digital tillsyn dagtid (n=80)	2022, Gps-larm med stöd av SoL (n=188)	2023, Gps-larm med stöd av SoL eller HSL (n=188)	2022, Läkemedelsfördelare (n= 101)	2023, Läkemedelsfördelare (n=118)
Inga användare	10	6	56	54	31	27	18	14
1–5 användare	35	36	30	29	43	42	42	34
6–10 användare	18	15	8	11	15	18	15	21
11–20 användare	16	18	4	0	5	5	17	15

Antal personer som använder tekniken	2022, Digital nattillsyn (n=225)	2023, Digital nattillsyn (n=226)	2022, Digital tillsyn dagtid (n=97)	2023, Digital tillsyn dagtid (n=80)	2022, Gps-larm med stöd av SoL (n=188)	2023, Gps-larm med stöd av SoL eller HSL (n=188)	2022, Läkemedelsfördelare (n= 101)	2023, Läkemedelsfördelare (n=118)
21–50 användare	15	19	3	5	3	3	5	11
51–100 användare	5	6	0	1	2	2	2	3
Över 100 användare	1	1	0	0	2	4	2	2

* Andel beräknas utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilot- eller testverksamhet eller att de infört tekniken.

Tabell 24 visar att det finns en stor spridning mellan kommuner i nivå av teknikanvändning. Spridningen är som mest framträdande inom gps-larm.

Totalt 7 kommuner har fler än 100 personer med gps-larm varav 1 kommun har över 800 användare; tillsammans står dessa 7 kommuner för drygt två tredjedelar av alla personer med gps-larm (2 504 personer). Denna diskrepans behöver förstås utifrån gps-larmens olika användningsområden. Vissa kommuner har gps-larm som riktar sig till personer med nedsatt orienteringsförmåga och möjliggör spårning om personen går vilse. Andra kommuner har gps-larm i form av mobila trygghetslarm som riktar sig till alla som är i behov av ett trygghetslarm utanför den egna bostaden. Här har vissa kommuner ersatt alla stationära trygghetslarm med mobila trygghetslarm. Vid en kontroll framkommer att de kommuner som uppvisar den högsta användningen av gps-larm har denna typ av mobila trygghetslarm.

Vid en jämförelse med 2022 års nivå av teknikanvändning framkommer att användningen har ökat 2023 och att färre kommuner helt saknar användare, framför allt inom digital nattillsyn och läkemedelsfördelare (se tabell 24). För digital nattillsyn har andelen kommuner med över 10 användare ökat från 37 procent 2022 till 44 procent 2023. För läkemedelsfördelare har andelen kommuner med fler än 10 användare ökat från 26 procent 2022 till 31 procent 2023. Vad gäller gps-larm och digital tillsyn dagtid har teknikanvändningen inte ökat lika tydligt (se tabell 24).

Stora skillnader mellan olika verksamhetsområden

Det framkommer tydliga skillnader i förekomsten av välfärdsteknik mellan olika verksamhetsområden. Över lag är välfärdsteknik betydligt vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshinderverksamheten. Andelen kommuner som tillhandahåller teknik inom äldreomsorgen är i vissa fall dubbelt så hög jämfört med funktionshinderområdet. Störst är skillnaden inom digital tillsyn, digitala lås och gps-larm (se tabell 25). Inom vissa tekniker är skillnaderna små och för en teknik, digitalt stöd för dagliga aktiviteter, uppvisar funktionshinderområdet högre nivåer än äldreomsorgen.

Skillnader förekommer även mellan ordinärt boende och särskilda boendeformer för äldre respektive stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Nivåerna är ofta lägre inom ordinärt boende med undantag för digital nattillsyn, digitala lås och stöd för digitala inköp (se tabell 25).

Videostöd vid SIP är den teknik som är jämnast fördelad över alla verksamhetsområden.

Tabell 25. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i socialtjänstens verksamheter, i %, 2023

Typ av välfärdsteknik	Ordinärt boende för äldre (n= 290)	Ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning (n= 290)	Särskilda boendeformer för äldre (n= 283)	Stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning (n= 287)
Natttillsyn med digital teknik	78	27	48	22
Tillsyn dagtid med digital teknik	27	13	31	10
Digitala lås till enskildas bostäder	85	38	64	23
Gps-larm	62	35	66	34
Passivt larm/sensor	77	64	98	76
Digitalt stöd för, eller träning i, dagliga aktiviteter	26	39	27	53
Digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering	38	34	58	44
Stöd för digitala inköp (inköp online av dagligvaror)	53	32	11	25
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	48	44	62	49
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video inför utskrivning från slutenvård	83	77	75	74
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen	74	72	69	70

Vissa nivåskillnader kan förklaras av målgruppernas olika behov och förutsättningar samt skillnader i verksamheternas utformning. Exempelvis kan det finnas större behov av tekniker som digital natttillsyn, digitala lås och stöd för digitala inköp inom hemtjänstverksamheten. Andra skillnader kan vara svårare att motivera och kommer lyftas i rapportens diskussionsavsnitt.

Tillgång till internetuppkoppling ökar

Socialstyrelsens uppföljning visar en stegvis ökning av möjligheten till internetuppkoppling i kommunalt drivna boenden för äldre och personer med funktionsnedsättning [22]. Sedan 2021 frågar Socialstyrelsen specifikt huruvida det finns möjlighet till internetuppkoppling i enskildas rum eller lägenheter. Uppkopplingen kan tillhandahållas genom kommunen, fastighetsägaren eller på annat sätt.

Tabell 26 visar att 68 procent av kommunerna har uppgett att alla av deras särskilda boenden för äldre har möjlighet till internetuppkoppling i enskildas

rum eller lägenheter, vilket är en ökning med 11 procentenheter från 2021. I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning finns internetuppkoppling i enskilda rum eller lägenheter i 60 procent av kommunerna, vilket också är en ökning med 11 procentenheter från 2021.

I cirka 10 procent av kommunerna saknas möjlighet till internetuppkoppling i enskilda rum eller lägenheter på alla kommunala boenden (se tabell 26). Här syns inte samma positiva utveckling över tid, nivån har legat på omkring 10 procent sedan 2021. Av fritextsvaren framgår att flera kommuner har ett pågående arbete med att utöka internettillgången. Vilken typ av internettillgång som i dagsläget finns att tillgå skiljer sig mellan kommunerna, exempel som nämns är fiber och uppkoppling via kommunens gästnätverk. Flera kommuner hänvisar till att enskilda själva behöver ordna och bekosta sin internetuppkoppling.

Tabell 26. Andel kommuner där de boende har tillgång till internet i sina rum eller lägenheter, i %, 2023

Typ av boende	Alla	Fler än hälften	Cirka hälften	Färre än hälften	Inget
I kommunalt drivna särskilda boenden för äldre (n=283)	68	11	4	8	9
I kommunalt drivna stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning (n=287)	60	15	5	9	11

Vid en analys av fritextsvaren framkommer att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt. Vissa kommuner har tolkat frågan som att kommunen ska erbjuda internetuppkopplingen och därav svarat att det inte finns internettillgång på boenden där det är den enskilde själv bekostar och ordnar med internetabonnemang. Andra kommuner har svarat att det finns internettillgång på boenden där den enskilde själv kan ordna med internetabonnemang, men där kommunen inte erbjuder detta. Denna variation behöver beaktas i tolkningen av resultatet. Det är rimligt att anta att andelen kommuner där det finns möjlighet till internetuppkoppling, som den enskilde själv ordnar med, är högre än vad som redovisas i tabell 26.

Stöd för att minska digitalt utanförskap

Exkludering från det digitala samhället och dess tjänster kan se olika ut.²⁵ I årets enkät ställde Socialstyrelsen en ny fråga huruvida kommunerna erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap. Resultatet visar att 71 procent av kommunerna erbjuder denna typ av stöd. Tabell 27 visar att det är vanligast att kommunerna erbjuder utbildning för att höja digital kompetens, digitala handledare eller coacher samt stödmaterial och instruktionsguider till digitala tjänster. Totalt 29 procent av kommunerna erbjuder utlåning av digital teknik och 27 procent prova-på rum eller visningsmiljöer för digital teknik.

²⁵ För mer information om digital inkludering se den myndighetsgemensamma webbplatsen digin.nu.

Tabell 27. Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, i %, 2023*

Typ av stöd	2023 (n=290)
Utlåningsverksamhet av digital teknik	29
Prova-på rum/visningsmiljöer för digital teknik	27
Digitala handledare/coacher, till exempel fixartjänster	37
Utbildning för att höja digital kompetens	45
Supportverksamhet	26
Stödmaterial och instruktionsguider till digitala tjänster	34
Annat	13
Kommunen erbjuder inget stöd inom detta område	29

*Flera svar kunde anges.

Av enkätsvaren framgår att det är vanligt att kommunerna erbjuder en kombination av olika tjänster för att minska digitalt utanförskap. Ofta kombineras exempelvis erbjudanden om utlåning och visningsrum för digital teknik med handledare, utbildning och stödmaterial. Totalt 13 procent av kommunerna uppger att de erbjuder annan typ av stöd för att minska digitalt utanförskap. Ett återkommande exempel är olika typer av träffpunkter. I vissa fall handlar det om digitala webbplatser och forum där personer erbjuds stöd men oftast avses fysiska mötesplatser såsom it-caféer eller studiecirkel där personer träffas i grupp och får stöd och vägledning. Flera kommuner tar upp att aktiviteterna också kan bidra till att motverka ofrivillig ensamhet.

En mängd olika typer av stöd

I enkäten ombads kommunerna beskriva sitt arbete med att minska digitalt utanförskap. Av fritextsvaren framgår att kommunerna har organiserat arbetet på olika sätt, i många fall är biblioteken involverade eller driver verksamheten. Det förekommer också flera exempel på hur kommunen samarbetar med civilsamhället och driver gemensamma initiativ med olika föreningar, stiftelser och organisationer för att öka digital inkludering. Några kommuner beskriver hur de samarbetar med näringslivet inom området. I många kommuner ges stödet löpande inom ramen för den ordinarie verksamheten, men vissa kommuner har tidsbegränsade projekt eller återkommande punktinsatser.

När det gäller digitala handledare och coacher så erbjuder vissa kommuner stöd i hemmet genom att en person kommer hem till den enskilde och hjälper till med digital teknik. I några kommuner är det vård- och omsorgspersonalen som också har en roll som digital handledare. Andra kommuner erbjuder stöd vid särskilda serviceplatser som ofta är belägna vid kommunens bibliotek och resurssatta med bibliotekets personal. I andra fall har kommunen fristående serviceplatser eller visningsrum med anställd personal för det ändamålet. Vissa kommuner beskriver andra grupper som hjälper till att ge stöd, exempelvis volontärer, skolelever eller ungdomar med sommarjobb på kommunen. Det stöd som ges består ofta i hjälp att använda digital teknik, till exempel surfplattor och datorer, och stöd i att nyttja digitala tjänster såsom bank-id. Stödet kan också bestå i att presentera ny teknik som kan vara till hjälp i vardagen. Vad gäller utbildningsverksamhet så erbjuder vissa

kommuner särskilda kurser och föreläsningar inom digital teknik. Det kan också handla om utbildningar på olika teman såsom informationssäkerhet. En kommun beskriver att de erbjuder kurser utifrån brukarnas önskemål. När det gäller utlåningsverksamhet är det ofta utlån av surfplattor som omnämns men vissa kommuner har också utlån av annan digital teknik.

I fritextsvaren framkommer att kommunerna riktar sitt stöd till olika målgrupper. Vissa kommuner beskriver det stöd som ges till allmänheten, medan andra kommuner beskriver tjänster specifikt riktade till vissa målgrupper. Här nämns ofta äldre men också personer med funktionsnedsättning. Andra exempel som förekommer är att stöd riktas till personer med försörjningsstöd, personer med minnesproblematik, nyanlända och personer aktuella inom socialpsykiatri. En kommun beskriver att de har arbetat med medborgardialog för att undersöka behov och önskemål kring kommunens digitalisering och e-tjänster. Flera kommuner uppger att de har pågående utvecklingsarbete inom digital inkludering under 2023.

Digitalt stöd för personal ökar

Nedan presenteras kommunernas arbete med digitalt stöd riktad till personal. Ofta finns en överlappning mellan teknik som ger nytta för personalen respektive enskilda. Flera av de typer av välfärdsteknik som presenterades i tidigare avsnitt kan också underlätta för personalen, exempelvis digitala lås, digital tillsyn och läkemedelsfördelare. Likt enkätsvaren om välfärdsteknik har stickprov visat att resultaten behöver tolkas med försiktighet där mindre förändringar på några enstaka procentenheter inte bör ges för stor vikt.²⁶

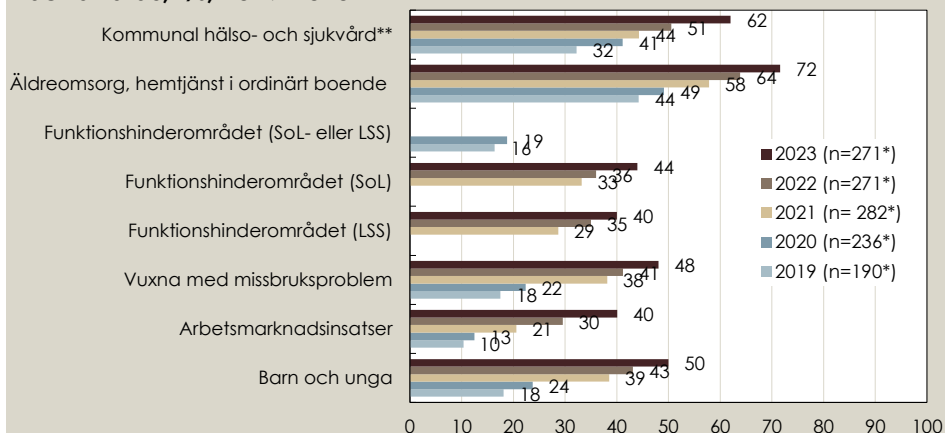
Allt fler kan dokumentera mobilt

När mobil utförarpersonal besöker enskilda i hemmet kan de behöva dokumentera i kommunens digitala verksamhetssystem eller i något annat system som behandlar personuppgifter. För att dokumentera mobilt finns olika lösningar, till exempel smarta mobiler, surfplattor och bärbara datorer.

Av figur 3 framgår att det har skett en positiv utveckling av personalens möjligheter att dokumentera mobilt från 2019 till 2023. Detta gäller för alla verksamhetsområden. Tillgången till utrustning för mobil dokumentation är som störst inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet, där 72 procent av kommunerna erbjuder detta till all personal. Sedan kommer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i ordinärt boende där 62 procent av kommunerna erbjuder utrustning för mobil dokumentation till all personal. Övriga verksamhetsområden uppvisar lägre nivåer, där mellan 40 till 50 procent av kommunerna erbjuder tillgång till mobil dokumentation för all personal (se figur 3).

²⁶ För mer information se bilaga 5.

Figur 3. Andel kommuner där all mobil personal har tillgång till utrustning för att kunna dokumentera mobilt i kommunens digitala verksamhetssystem, eller annat digitalt system där personuppgifter behandlas, i%, 2019-2023



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

** Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i ordinärt boende.

Trots att det har skett en ökning av mobil dokumentation inom alla verksamhetsområden är det fortfarande många kommuner som inte erbjuder någon i personalen tillgång till sådan utrustning. Av tabell 28 framgår att över 40 procent av kommunerna inte erbjuder möjlighet till mobil dokumentation till någon personal inom områdena barn och unga, arbetsmarknadsinsatser, vuxna med missbruksproblem och funktionshinderområdet.

Tabell 28. Andel kommuner där mobil personal har tillgång till utrustning för att kunna dokumentera mobilt i kommunens digitala verksamhetssystem, eller annat digitalt system där personuppgifter behandlas, i %, 2023

Verksamhetsområde	Ingen	Färre än hälften	Cirka hälften	Fler än hälften	Alla	Antal svar
Barn och unga	42	2	2	5	50	256
Arbetsmarknadsinsatser	51	3	2	4	40	237
Vuxna med missbruksproblem	44	3	1	5	48	256
Äldreomsorg, hemtjänst i ordinärt boende	19	6	0	3	72	271
Funktionshinder (SoL)	40	8	3	5	44	270
Funktionshinder (LSS)	41	10	3	6	40	269
Kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal)	26	5	2	5	62	250

Ökad tillgång till digitala planeringsverktyg, digital signering och digitala medicinskåp

Det finns en rad olika digitala arbetsverktyg som har fått spridning i kommunerna. Ett exempel är digitala planeringsverktyg, ofta i form av mobilappar. Med dessa kan personalen lägga schema för sitt arbete, registrera besök och

göra anteckningar om besöken hos brukarna. Tabell 29 visar att användningen av digitala planeringsverktyg har ökat inom socialtjänsten sedan 2020. Även inom särskilda boendeformer för äldre har det skett en ökning, men inte i andelar då svarsfrekvensen var betydligt lägre 2020. Ordinärt boende för äldre är det område där flest kommuner erbjuder digitala planeringsverktyg (96 procent), vilket kan härledas till den höga mängden mobil personal.

Tabell 29. Andel kommuner som har digitala planeringsverktyg i socialtjänsten, uppdelat per verksamhetsområde, i %, 2020–2023

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=248*)	2021 (n=285*)	2022 (n=288*)	2023 (n=290*)
Ordinärt boende, äldre**	88	-	91	96
Ordinärt boende, personer med funktionsnedsättning	38	50	51	53
Särskilda boendeformer, äldre*	46	-	40	43
Stöd- och serviceboenden, personer med funktionsnedsättning*	34	-	32	39

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

** Frågan ställdes inte i 2021 års enkät.

Sedan 2020 har det även skett en ökning av digitala planeringsverktyg inom den kommunala hälso- och sjukvården (se tabell 30). Ökningen har skett i antal kommuner, inte i andelar, då svarsfrekvensen var lägre tidigare år. Vidare har det skett en tydlig ökning inom digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder och digitala medicinskåp. År 2020 hade 50 procent av kommunerna digital signering, i år är motsvarande andel 80 procent. Andelen kommuner som har digitala medicinskåp har ökat från 59 procent 2021 till 82 procent 2023.

Tabell 30. Andel kommuner som har digitala planeringsverktyg, digital signering och digitala medicinskåp i kommunal hälso- och sjukvård, i %, 2020–2023

Typ av välfärdsteknik	2020 (n=226)	2021 (n=258)	2022 (n=259)	2023 (n=282)
Digitala planeringsverktyg	56	51	58	57
Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, till exempel läkemedelssignering	50	57	68	80
Digitala medicinskåp*	-	59	75	82

* Frågan ställdes inte i 2020 års enkät.

Kommunerna ombads även ge andra exempel på digitalt stöd som erbjuds till personal i socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård. Nedan följer en sammanställning av några exempel som lyfts av flera kommuner:

- digital kompetensutveckling och digitala kunskapsstöd. Till exempel inom läkemedelshantering, förflyttningsteknik, delegeringsförfarande och basal hygien
- olika typer av digitala stöd vid behandling. Till exempel sårvårdsappar, digitala träningsprogram, digitalt stöd vid beroendevård, digital

kostregistrering, digitalt metodstöd för arbete med personer med demenssjukdom, digitala skattningsskalor och beslutsstöd för bedömning av hälsotillstånd

- digital videokommunikation mellan personal eller mellan personal och brukare/patient eller anhörig. Exempelvis digital rond, digital läkarmedverkan eller konsultation
- olika typer av digitala stöd för rapportering och dokumentation. Exempelvis taligenkänning och digitalt avvikelshanteringssystem
- digitala körjournaler
- digital teknik i form av mobiler, surfplattor, datorer och digital fax
- e-tjänster och automatiserade processer för ansökan om insatser
- digital signering av beslut
- digitala rutiner, lathundar och formulär.

Kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik

I årets enkät ställde Socialstyrelsen en ny fråga huruvida kommunerna erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik till kommunens medarbetare. Resultatet visar att 74 procent av kommunerna erbjuder denna typ av kompetensutveckling. I fritextsvaren framgår att kommunerna har tolkat enkätfrågan på olika sätt. Vissa kommuner har gjort en snävare tolkning och svarat att de inte erbjuder kompetensutveckling om denna inte ges på ett systematiskt sätt, medan andra kommuner har gjort en bredare tolkning och svarat att de erbjuder kompetensutveckling även om denna inte sker systematiskt. Vidare framkommer en stor variation i utbildningarnas omfattning – där vissa kommuner erbjuder informationsinsatser vid arbetsplatsträffar, medan andra kommuner erbjuder mer omfattande utbildningar. Denna variation behöver tas i beaktning vid förståelsen av resultatet.

Kommuner som uppgav att de har kompetensutveckling tillfrågades om vilken typ av utbildning de erbjuder. Tabell 31 visar att utbildning i användning av digitala arbetsverktyg är vanligast, sedan kommer utbildning i användning av välfärdsteknik och utbildning av digitala coacher eller superanvändare. Utbildning om e-hälsa och välfärdsteknik är minst vanlig, hälften av de kommuner som har angett att de erbjuder kompetensutveckling ger utbildning inom detta område. Av enkätsvaren framgår det att kommunerna ofta erbjuder en kombination av olika kompetenshöjande insatser. Exempelvis är det 130 kommuner som erbjuder både utbildning i användning av digitala arbetsverktyg, utbildning i användning av välfärdsteknik och utbildning av digitala coacher eller superanvändare.

Tabell 31. Andel kommuner som erbjuder olika typer av kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik till medarbetare, i%, 2023 (n=216)

Typ av utbildning*	Andel (%) **	Antal kommuner
Utbildning om e-hälsa och välfärdsteknik	50	107
Utbildning i användning av välfärdsteknik	76	164

Typ av utbildning*	Andel (%) **	Antal kommuner
Utbildning i användning av digitala arbetsverktyg	91	197
Utbildning av digitala coacher/superanvändare (för personal)	74	160
Annan utbildning/kompetensutveckling	13	29

*Flera svar kunde anges.

**Andel beräknas utifrån antal kommuner som har svarat att de erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik.

Totalt 29 kommuner uppger att de erbjuder annan typ av kompetensutveckling. Exempel som tas upp i fritextsvaren är:

- konferenser, mässor, föreläsningar, seminarier och workshops
- utbildningar inom förändringsledning, nyttorealiserings, informationssäkerhet och grundläggande utbildningar i it- och datorkunskap
- forum och nätverk för superanvändare
- digitala verktyg, plattformar och appar med kunskapshöjande material.

I enkäten tillfrågades kommunerna om vilka professioner som erbjuds kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik. Tabell 32 visar att det är vanligast att kommunerna erbjuder denna kompetensutveckling till utförarpersonal inom hemtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Det är också vanligt att kommunerna erbjuder kompetensutveckling på ledningsnivå. Av de kommuner som har uppgett att de har kompetensutveckling erbjuder 76 procent detta till ledning, chefer och beslutsfattare. Administrativ personal och handläggare inom socialtjänst erbjuds kompetensutveckling i lägst utsträckning (se tabell 32). I fritextsvaren framkommer exempel på andra professioner som erbjuds utbildning såsom digitala stödjare, konsulter och larmansvariga. Några kommuner uppger att all personal som berörs får utbildning.

Tabell 32. Andel kommuner som erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik till olika typer professioner, i%, 2023 (n=216)

Profession*	Andel (%) **	Antal kommuner
Ledning, chefer och beslutsfattare	76	165
Verksamhetsutvecklare	69	149
Handläggare inom socialtjänst	64	139
Utförarpersonal inom socialtjänst	93	201
Utförarpersonal inom kommunal hälso- och sjukvård	89	193
Administrativ personal	61	131
Annan profession	5	10

* Flera svar kunde anges.

**Andel beräknas utifrån antal kommuner som har svarat att de erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik.

I enkäten ombads kommunerna beskriva sitt arbete med kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik. Ett återkommande exempel är processer där personal lär upp annan personal. Exempelvis att systemförvaltare utbildar superanvändare inom utförarverksamheten som sedan sprider sin kunskap till resten av personalgruppen. Flera kommuner nämner också support- och stödfunktioner som kontinuerligt sprider kunskap inom organisationen. I flera

kommuner finns visningsrum och testmiljöer som kan användas vid utbildning av personal.

Många kommuner beskriver arbetet med kompetensutveckling som behovsstyrt – att de genomför utbildningar när behov uppstår för den personal som berörs, exempelvis vid införande av ny digital teknik. Ett fåtal kommuner uppger att de arbetar strategiskt med kompetensutvecklingsplaner och erbjuder bredare utbildningsinsatser löpande. I fritextsvaren beskriver vissa kommuner hur de samarbetar med externa aktörer kring kompetensutveckling såsom lärosäten, lärcentrum, näringsliv, kommunalförbund och intresseorganisationer. Några kommuner beskriver hur de främjar möjligheten för undersköterskor att vidareutbilda sig inom välfärdsteknik vid högskolor. Många kommuner uppger att de arbetar med att erbjuda mer kompetensutveckling framöver, inom fler områden och till fler professioner.

Automatisering i socialtjänsten

I socialtjänsten utförs handläggning och andra administrativa processer till stor del av handläggare som tar emot och bereder ansökningar och ser till att beslut fattas. I takt med den tekniska utvecklingen ökar förutsättningarna att automatisera många handlägningsprocesser och administrativa processer.

Tabell 33 visar att kommunerna ligger kvar på liknande nivåer av automatisering som 2022.²⁷ Det klart vanligaste området att automatisera är ekonomiskt bistånd där 29 procent av kommunerna har automatiserat en handlägningsprocess och 21 procent av kommunerna har automatiserat en administrativ process. Övriga områden uppvisar en betydligt lägre grad av automatisering (se tabell 33). I enkäten ombads kommunerna beskriva vilka processer de har automatiserat. Exempel på automatiserade handlägningsprocesser som nämns är ansökan om ekonomiskt bistånd, färdtjänst, trygghetslarm och faderskapsärenden. Exempel på automatiserade administrativa processer som nämns är avgiftshantering, fakturahantering, lönehantering, inhämtning av uppgifter och utbetalningsprocesser.

Tabell 33. Andel kommuner som har automatiserat en eller flera handlägningsprocesser eller administrativa processer, i %, 2022–2023

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

Verksamhetsområde	2022 Minst en handlägningsprocess är automatiserad (n=288)	2023 Minst en handlägningsprocess är automatiserad (n=290)	2022 Minst en administrativ process är automatiserad (n=288)	2023 Minst en administrativ process är automatiserad (n=290)	2022 Det finns ingen automatiserad process (n=288)	2023 Det finns ingen automatiserad process (n=290)
Barn och unga	3	5	9	8	89	89
Ekonomiskt bistånd	28	29	19	21	60	59
Familjerätt	4	4	10	10	89	87
Vuxna med missbruksproblem	1	3	5	6	94	93

²⁷ För mer information om förändringar i enkätsvaren mellan 2022–2023 för automatisering se bilaga 5.

Verksamhets- område	2022 Minst en handlägg- ningsprocess är automati- serad (n=288)	2023 Minst en handlägg- ningsprocess är automati- serad (n=290)	2022 Minst en ad- ministrativ process är automatise- rad (n=288)	2023 Minst en ad- ministrativ process är automatise- rad (n=290)	2022 Det finns ingen auto- matiserad process (n=288)	2023 Det finns ingen auto- matiserad process (n=290)
Funktionshinder (Sol och/eller LSS)	2	4	9	9	90	89
Äldreomsorg	5	8	13	12	85	84

I årets enkät ställde Socialstyrelsen en ny fråga huruvida kommunerna har en automatiserad handläggningprocess som innefattar en beslutsfunktion. Resultatet visar att 21 procent av kommunerna har en automatiserad beslutsfunktion. Detta är en betydande andel med tanke på att ändringen av kommunallagen, som ger kommuner möjlighet att i vissa fall delegera beslutanderätten till en automatiserad beslutsfunktion, började gälla den 1 juli 2022.²⁸ I enkäten ombads kommunerna beskriva vilka processer som har en automatiserad beslutsfunktion. Exempel som nämns av flera kommuner är beslut om ekonomiskt bistånd, färdtjänst och trygghetslarm.

²⁸ Lag (2022:638) om ändring i kommunallagen (2017:725).

Skillnader mellan kommuner av olika storlek

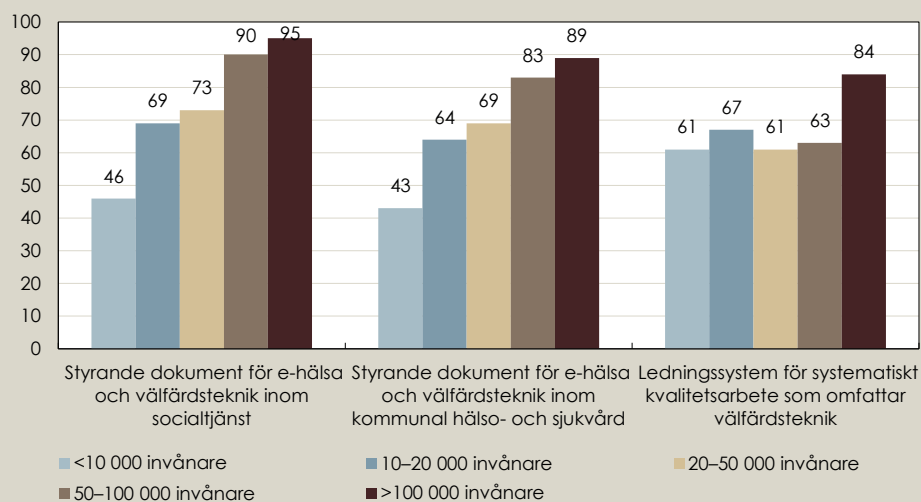
Nedan presenteras de skillnader som Socialstyrelsen har identifierat i enkätresultatet mellan kommuner av olika storlek sett till invånarantal. Resultatet bekräftar bilden från 2021 och 2022 om att de större kommunerna har kommit längre i sin digitala utveckling än de mindre kommunerna. I de flesta fall framkommer ett tydligt mönster av att ju större en kommun är, desto fler positiva svar på enkätfrågorna.

Styrande dokument och kvalitetsledningssystem

Resultatet visar att större kommuner i högre utsträckning än mindre kommuner har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering (se figur 4). Exempelvis har 46 procent av de minsta kommunerna och 95 procent av de största kommunerna denna typ av styrande dokument inom socialtjänsten.

De största kommunerna utmärker sig även inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, där 84 procent anger att de har ett sådant system. Övriga storleksgrupper ligger på en lägre, relativt jämn, nivå på 61–67 procent (se figur 4). En jämförelse med 2022 års resultat visar att de minsta kommunerna har närmat sig de större kommunerna inom detta område. År 2022 hade 54 procent av de minsta kommunerna ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik, i år är motsvarande andel 61 procent. Här är skillnaden gentemot de näst största kommunerna endast 2 procentenheter. Förekomsten av kvalitetsledningssystem har även ökat markant i de största kommunerna, från att 74 procent hade ett sådant 2022 till att 84 procent har det 2023.

Figur 4. Andel kommuner som har styrande dokument och kvalitetsledningssystem, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023



Nyttoanalyser och utvärderingar

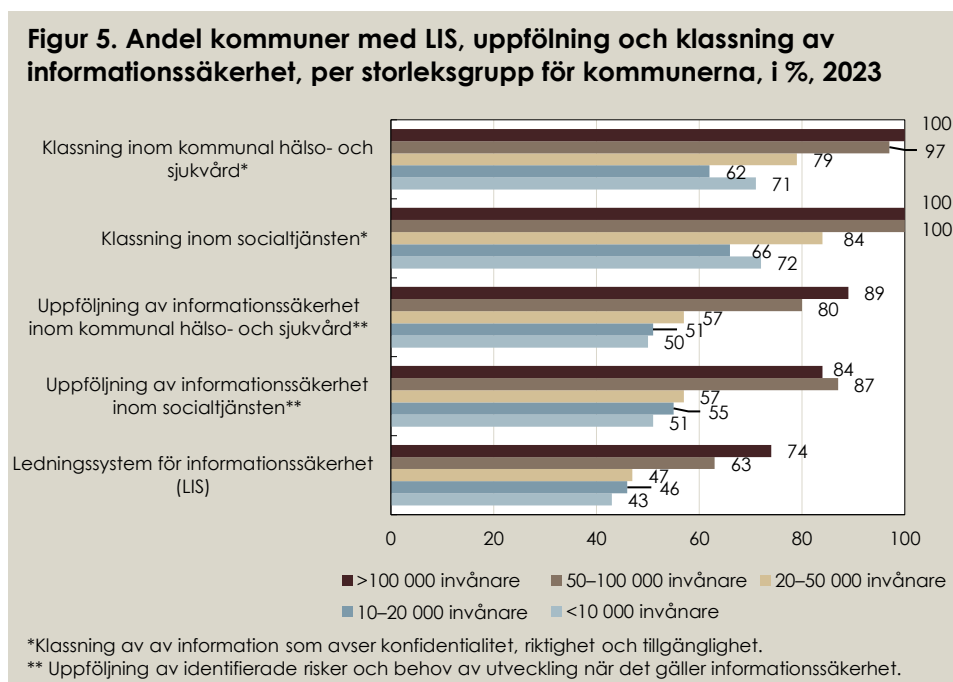
De större kommunerna utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering i högre utsträckning än de mindre kommunerna (se bilaga 3 tabell 3). Exempelvis utför 50 procent av de minsta kommunerna och 95 procent av de största kommunerna analyser av nyttan för personal eller organisation. Skillnaden är som minst inom analyser av ekonomisk nytta, vilket utförs av 50 procent av de minsta kommunerna och 84 procent av de största kommunerna.

De större kommunerna har även genomfört utvärderingar av effekterna av välfärdsteknik eller annan digitalisering i högre utsträckning än de mindre kommunerna under 2022. Vad gäller utvärderingar av effekter för personal och organisation har 58 procent av de största kommunerna och 26 procent av de minsta kommunerna utfört denna typ av utvärdering (se bilaga 3 tabell 4). Skillnaden är som minst inom utvärderingar av effekter för enskilda, vilket har genomförts av 22 procent av de minsta kommunerna och 47 procent av de största kommunerna. En jämförelse med 2022 års resultat visar att skillnaden mellan storleksgrupperna har minskat och att det är de mindre kommunerna som har närmat sig de större. År 2022 hade 3–14 procent av de minsta kommunerna utfört en utvärdering under de senaste två åren, beroende på typ av utvärdering. I år har 17–26 procent av de minsta kommunerna genomfört en utvärdering under 2022, beroende på typ av utvärdering. De största kommunerna ligger kvar på samma nivå som 2022, nämligen 32–58 procent.

Informationssäkerhet

Inom informationssäkerhetsområdet utmärker sig de större kommunerna. Vad gäller ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som omfattar socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården så har 74 procent av de största kommunerna och 43 procent av de minsta kommunerna ett LIS (se figur 5). Även inom uppföljning av risker och behov av utveckling av

informationssäkerhet dominerar de större kommunerna där över 80 procent har genomfört en sådan uppföljning, medan 50 procent av de minsta kommunerna har gjort det (se figur 5). När det gäller klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet framgår att de näst minsta kommunerna klassar information i lägst utsträckning, följt av de minsta kommunerna (se figur 5). Alla kommuner med över 50 000 invånare uppger att de har klassat objekt inom socialtjänsten, medan 66 procent av de näst minsta kommunerna och 72 procent av de minsta kommunerna har gjort det.



Personalresurser och kompetensutveckling

De större kommunerna har en personalresurs med avsatt tid för arbete med utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård i högre utsträckning än de mindre kommunerna. Alla kommuner som har fler än 50 000 invånare har en sådan personalresurs, medan 78 procent av de minsta kommunerna har det (se bilaga 3 tabell 8).

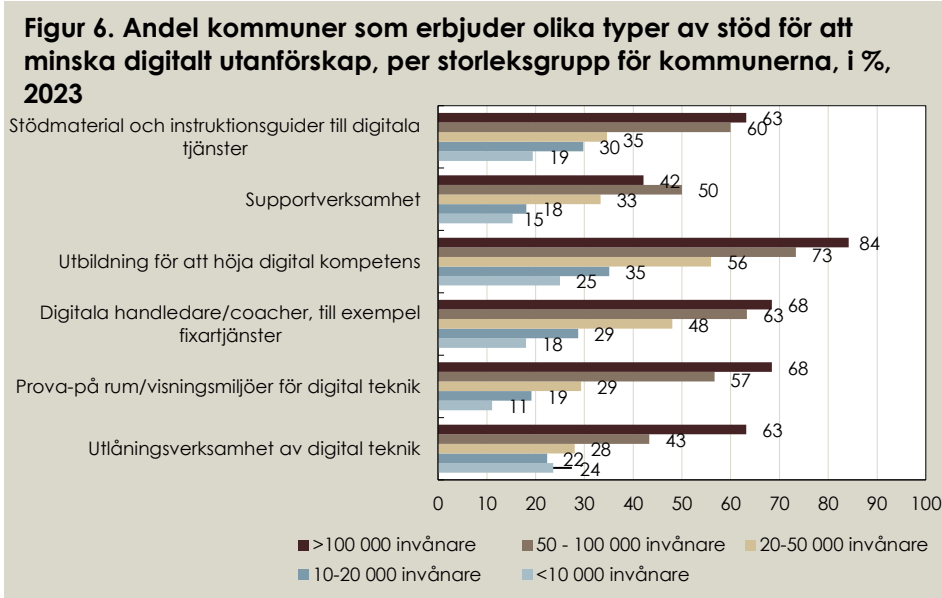
I de större kommunerna erbjuds medarbetare kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik i högre utsträckning än i de mindre kommunerna. Totalt 95 procent av de största kommunerna erbjuder detta, medan 68 procent av de minsta kommunerna gör det (se bilaga 3 tabell 9). Skillnaden är som tydligast inom utbildning om e-hälsa och välfärdsteknik. Det är mer än dubbelt så vanligt att de största kommunerna erbjuder detta (63 procent) jämfört med de minsta kommunerna (29 procent).²⁹ Däremot är skillnaden inte lika tydlig inom utbildning i användning av välfärdsteknik. Även här erbjuder de största kommunerna utbildning i högst utsträckning (74 procent) men

²⁹ Andelar beräknas utifrån antal kommuner som har svarat att de erbjuder kompetensutveckling inom området.

de näst största kommunerna ligger på samma nivå som de minsta kommunerna på 53 procent (se bilaga 3 tabell 10). När det gäller vilken profession som kommunerna riktar utbildning till visar sig liknande prioriteringar mellan storleksgrupperna. Alla storleksgrupper erbjuder utbildning till utförarpersonal i högst utsträckning (se bilaga 3 tabell 11). Dock prioriterar de största kommunerna utbildning till handläggare lägre, i relation till andra professioner, jämfört övriga storleksgrupper.

Stöd för att minska digitalt utanförskap

De större kommunerna erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap i högre utsträckning än de mindre kommunerna (se bilaga 3 tabell 12). Av de kommuner som har 50 000 invånare eller fler uppger alla utom en kommun att de erbjuder denna typ av stöd. Av de minsta kommunerna är det 58 procent som erbjuder denna typ av stöd. Skillnaden mellan storleksgrupperna är tydlig inom flera områden, exempelvis inom prova-på rum eller visningsmiljöer, vilket erbjuds av 68 procent av de största kommunerna respektive 11 procent av de minsta kommunerna. Storleksgrupperna uppvisar en liknande prioritering i vilket stöd som erbjuds, alla erbjuder utbildning för att höja digital kompetens i högst utsträckning (se figur 6). Dock erbjuder de minsta kommunerna utlåningsverksamhet av digital teknik i högre utsträckning, i relation till andra typer av stöd, jämfört med övriga storleksgrupper. Skillnaderna mellan storleksgrupperna är som minst inom detta område – totalt 24 procent av de minsta kommunerna erbjuder utlåningsverksamhet av digital teknik och 63 procent av de största kommunerna (se figur 6).



Intervjustudie om digital nattillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare

Bakgrunden till årets intervjustudie är den stora variation i antal användare av digital nattillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare som har framkommit i Socialstyrelsens årliga uppföljning. Intervjustudien syftar till att ge en djupare förståelse för denna variation med fokus på varför teknikanvändningen är lägre i vissa kommuner. I urvalet ingår primärt kommuner med en lägre teknikanvändning än genomsnittet, vilket behöver beaktas i tolkningen av resultatet. Intervjuerna har fokuserat på följande tre huvudområden:

- kommunernas syn på tekniken
- kommunernas syn på nivå av teknikanvändning
- kommunernas framgångsfaktorer och hinder i förvaltning och spridning av tekniken.

Nedan redovisas en sammanställning av intervjumaterialet utifrån dessa tre huvudområden. Sammanställningen har gjorts utifrån resultatet från intervjuer med nio kommuner och ett dialogmöte med SKR och två modellkommuner. För mer information om intervjuerna och urvalet se rapportens metodavsnitt och bilaga 6.

Kommunernas syn på tekniken

Det första som intervjuerna avsåg att utröna var om den förhållandevis låga användningen av digital nattillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare kopplas till brister eller missnöje med tekniken.

Tekniken i sig

Den förhållandevis låga användningen av digital nattillsyn och läkemedelsfördelare beskrivs inte bero på ett missnöje med tekniken i sig. För gps-larmen framkommer tekniska problem i vissa kommuner. Det kan handla om problem med att gps-koordinaterna inte är nog exakta, att batteritiden är för kort eller att tekniken är klumpig att bära. Några intervjupersoner menar att dessa brister har påverkat i vilken omfattning larmen används. En intervjuperson uttrycker exempelvis att de inte har som ambition att öka användningen av de nuvarande gps-larmen på grund av tekniska brister, och att de inväntar en ny upphandling av larm av högre kvalitet. En kommun uttrycker att de tidigare hade problem med äldre teknik som löste sig när de upphandlade nya larm.

Teknikerns effekter och nytta

Den låga teknikanvändningen framställs inte bero på ett missnöje med teknikens effekter. Alla tekniker upplevs ha positiva effekter för den enskilde.

Dock hade få kommuner gjort någon utvärdering eller beräkning av nyttan med tekniken, annat än uppföljningar på individnivå. Svaren bör således betraktas som intervjupersonernas uppfattningar av teknikens effekter.

För digital natttillsyn är den tydligaste nyttan som lyfts fram förbättrad nattsömn för brukare, att de slipper bli väckta och störas av fysisk tillsyn på natten. Andra positiva effekter som nämns är ökad trygghet och att den digitala tillsynen kan möjliggöra en utökad service – kommunen kan erbjuda fler tillsyner digitalt än som vore möjligt med fysisk tillsyn. Från kommunens perspektiv härleds nyttan främst till minskade besök och resor samt möjlighet att frigöra personal och undvika behov av nyrekrytering. Några av kommunerna har genomfört nyttokalkyler av effekterna, medan andra menar att de ser nyttoeffekterna även utan att ha räknat på det. De kommuner som har en dubbelbemanning på natten ser tydliga vinster och de landsbygdskommuner som har intervjuats betonar fördelen med att slippa långa resvägar.

När det gäller läkemedelsfördelarna förmedlas även här en positiv bild. Den nytta som intervjupersonerna primärt lyfter fram är en ökad självständighet för patienten. En kommun betonar särskilt de positiva effekterna för personer med funktionsnedsättning och personer med boendestöd. Vidare nämns fördelar med att medicinen tas vid rätt tid i högre utsträckning och att övriga insatser bättre kan anpassas utifrån patientens behov, eftersom besöken inte behöver styras av tiderna för medicingivning. Synen på hur resursbesparande läkemedelsfördelarna är skiljer sig åt mellan kommunerna. De kommuner som har gjort någon form av ekonomisk beräkning ser läkemedelsfördelarna som resursbesparande. Det handlar primärt om resursvinster i form av minskade besök och resor vilket kan frigöra personal, likt digital natttillsyn. En intervjuperson lyfter fram vikten av att arbeta aktivt med schemalagningen för att kunna hämta hem resursvinsterna. Gemensamt för de kommuner som inte ser läkemedelsfördelarna som resursbesparande är att de inte har gjort nyttoberäkningar på detta. Dessa kommuner uppfattar läkemedelsfördelare som en dyr teknik där de vinster man eventuellt hämtar hem är otydliga. En intervjuperson från en mindre kommun beskriver de små volymerna i sig som en utmaning då skalfördelar uteblir. En annan aspekt som lyfts fram är att kostnaden blir hög om tekniken står oanvänd.

När det gäller gps-larmen förmedlar intervjupersonerna också här en positiv bild av teknikens effekter. Nyttan med gps-larm beskrivs på olika sätt beroende på vilken målgrupp som larmen riktar sig till. Gemensamt är att intervjupersonerna lyfter fram en ökad trygghet, frihet och självständighet för den enskilde samt en minskad oro hos anhöriga. Från kommunens perspektiv beskrivs gps-larmen i regel inte som resursbesparande även om vissa nyttor omnämns för personal och underlättande av uppsökande insatser. Vissa typer av gps-larm beskrivs dessutom som en utökad kostnad för kommunen. Flera intervjupersoner beskriver svårigheter i att beräkna gps-larmens kostnadseffekter eftersom besparingar ofta kan ligga på samhällsnivå i undvikande av eftersökningsinsatser.

Kommunernas syn på nivå av teknikanvändning

Centralt i intervjuerna var att utröna hur kommunerna själva ser på antalet användare av tekniken i deras kommun. Samtliga av de intervjuade kommunerna uttrycker att de tror att användningen av digital nattillsyn och läkemedelsfördelare kan öka och att det finns en ambition att öka den. Hur stark ambitionen är, och hur mycket de tror användningen kan öka, varierar dock mellan kommunerna. Vissa intervjupersoner är relativt nöjda med nuvarande spridning och tror att användningen kan öka i viss mån. Andra intervjupersoner är missnöjda med dagens nivåer och ser behov av flera åtgärder för att öka användningen. Av intervjumaterialet framkommer det inget uppenbart samband mellan nivå av teknikanvändning och ambition att utöka den. Det förekommer både exempel på kommuner med en låg teknikanvändning som inte tror att spridningen kan öka nämnvärt och kommuner med en hög användning som tror att spridningen kan öka avsevärt. Bilden skiljer sig också åt avseende vilka åtgärder som intervjupersonerna ser som prioriterade och i vilken mån kommunen redan har vidtagit åtgärder.

Synen på gps-larmens användningsnivå skiljer sig åt beroende på vilken målgrupp som kommunen har valt att erbjuda tekniken till. Förenklat kan man dela upp kommunernas användning av gps-larm i två varianter. En variant riktar sig till personer med nedsatt orienteringsförmåga, exempelvis personer med demens, och möjliggör spårning om personen går vilse. Ofta har dessa larm en funktion som gör att larmet utlöses om personen rör sig utanför ett förbestämt område (geo-fencing). Den andra varianten, ofta benämnd som mobila trygghetslarm, riktar sig till personer som är i behov av ett trygghetslarm som fungerar utanför den egna bostaden, exempelvis på grund av fallrisk, och som kan hantera larmet på egen hand genom att själv larma när behov uppstår. Fortsättningsvis kommer dessa gps-larm att benämnas som mobila trygghetslarm för att undvika sammanblandning. De två kommuner som har mobila trygghetslarm uttrycker att de tror att användningen kan öka betydligt och att det finns en ambition att öka spridningen av tekniken. Bilden är annorlunda vad gäller gps-larm för personer med nedsatt orienteringsförmåga. Få kommuner uttrycker en ambition att öka användningen inom detta område. Den övergripande bilden som förmedlas i intervjuerna är att kommunen möter det behov som finns med dagens (förhållandevis låga) nivåer av gps-larm, eftersom målgruppen för tekniken uppfattas som liten. Här bör tilläggas att det endast är kommuner med låg användning av gps-larm som har intervjuats. Kommuner med högre användning av gps-larm skulle eventuellt förmedla en annan bild av målgruppen och teknikens potential. Vidare har ingen av de intervjuade kommunerna genomfört en strukturerad behovsanalys och utvärdering av gps-larmens effekter. I dialogen med SKR och modellkommunerna lyfter SKR:s representant att målgruppen för gps-larm, också vad gäller personer med nedsatt orienteringsförmåga, är större än vad många kommuner tror och att det krävs ett idogt arbete för att identifiera personer som skulle kunna vara hjälpta av tekniken.

Kommunernas framgångsfaktorer och hinder i spridning av tekniken

Nedan följer en sammanställning av några återkommande hinder och framgångsfaktorer som kommunerna lyfter gällande förvaltning och spridning av teknikerna. Sammanställningen är uppdelad utifrån de intressenter som beskrivs som centrala i arbetet.

Brukare, patienter och anhöriga

Inställning och information

Flera intervjupersoner beskriver att en oro inför tekniken hos enskilda kan utgöra ett hinder i att öka spridningen. På motsvarande sätt kan positiva attityder hos enskilda utgöra en framgångsfaktor. Här bör tilläggas att flera intervjupersoner uttrycker att de har bristande insyn i enskildas attityder till tekniken. Vad gäller gps-larm och läkemedelsfördelare beskrivs mottagandet från brukare, patienter och deras anhöriga över lag som positivt. Dock nämner två intervjupersoner att de uppfattat en oro hos anhöriga inför läkemedelsfördelare, framför allt till en början när kommunen införde tekniken, vilket i vissa fall kan ha hämmat användningen.

När det gäller digital natttillsyn uttrycker flera intervjupersoner att de uppfattat en initial skepsis hos brukare. Denna skepsis kopplas primärt till en oro för att bli övervakade. I vissa kommuner beskrivs oron som utbredd, medan den i andra kommuner ses som begränsad. Gemensamt är att denna oro härleds till brukare som ännu inte har provat tekniken, de brukare som använder digital natttillsyn beskrivs som nöjda i regel. Vissa kommuner beskriver också en förändring över tid – att äldre personer är mer nyfikna på digital teknik i dag. Någon kommun har även uppfattat en oro hos anhöriga. En majoritet av kommunerna beskriver dock anhöriga som positivt inställda och att de ofta är pådrivande och motiverar brukaren till digital natttillsyn. Av intervjumaterialet framkommer att det inte är enskildas inställning i sig som är avgörande för spridningen av digital natttillsyn utan hur kommunen informerar om tekniken. Alla kommuner som upplever en skepsis hos brukare tror att denna kan mildras med hjälp av bra informationsinsatser. Detta antas kunna minska oro hos brukare och göra att de vågar testa tekniken. Centralt i informationsarbetet är att personalen tydligt kan förklara teknikens fördelar och hur den fungerar – till exempel att tillsynen endast utförs under korta tittfönster vid överenskomna tidpunkter.

Bredare informationsinsatser och involvering

Bredare kommunikationsinsatser till allmänheten och involvering av civilsamhället lyfts som framgångsfaktorer av vissa kommuner i spridning av välfärdsteknik. Här beskriver en kommun att de har involverat civilsamhället, såsom pensionärsorganisationer, vid införande av digital natttillsyn vilket de sett positiva effekter av. Samma kommun ser behov av mer information till allmänheten om deras mobila trygghetslarm för att driva på intresse och efterfrågan. Den låga användningen av larmen härleds delvis till att brukarna inte vet om att tekniken finns tillgänglig. En annan kommun beskriver att de har en visningslägenhet med digital teknik för att öka intresset för

välståndsteknik hos brukare. Sammantaget har få av de intervjuade kommunerna gjort några bredare kommunikationsinsatser och flera saknar information om tekniken på kommunens webbplats. Någon intervjuperson uttrycker att man är försiktig med att gå ut med information om digital nattillsyn publikt på grund av oro för negativa skrivelser i media. Mindre kommuner framför att behovet av bredare kommunikationsinsatser är begränsat eftersom information lätt sprids mellan invånare. Dessa kommuner pekar i stället på vikten av "ambassadörer" som sprider goda exempel.

Personal

Kunskap och utbildning

Kunskap om tekniken hos personal lyfts fram både som en framgångsfaktor av de kommuner som har kompetenshöjande insatser och som ett behov hos de kommuner där detta saknas. Framför allt fokuserar intervjupersonerna på kunskap om den specifika tekniken hos verksamhetsnära personal. När det gäller digital nattillsyn lyfts behovet av utbildning för den personal som förmedlar tekniken till brukare. Personalen behöver både kunskap om själva tekniken, men också om dess effekter och nyttor. Här lyfts både biståndshandläggare och utförarpersonal fram, men fokus ligger ofta på biståndssidans utbildningsbehov. Brist på kunskap och otrygghet hos personal som ska förmedla tekniken beskrivs som ett hinder för spridning av digital nattillsyn. I en kommun avstannade användningen av digital nattillsyn helt när de medarbetare som hade kompetens om tekniken slutade.

När det gäller läkemedelsfördelare så betonas också vikten av att utbilda personal. En intervjuperson beskriver brist på utbildning av sjuksköterskorna som en möjlig delorsak till att spridningen av tekniken är låg. En annan intervjuperson beskriver vikariesättning som en särskilt svår utmaning som ofta leder till att utbildningar förläggs till arbetsplatsträffar, vilket inte ger rätt förutsättningar för personalen att ta till sig kunskapen. Utbildning behövs inte minst för att personalen ska kunna identifiera lämpliga patienter för tekniken. Exempelvis lyfter en kommun att sjuksköterskorna till en början var osäkra på vilka patienter som tekniken var lämpad för, men att detta arbete underlätats i takt med att fler utbildats inom tekniken. Flera kommuner har valt att rikta utbildningar mot utvalda sjuksköterske- eller undersköterskegrupper. Fördelen med att personal informerar och utbildar annan personal förs ofta fram i sammanhanget.

Motivation och involvering

Drivna och engagerade medarbetare är en återkommande framgångsfaktor som lyfts i intervjuerna. Utöver engagemang nämns också vikten av förändringsbenägenhet och att se möjligheterna med ny teknik. När det gäller personalens inställning till läkemedelsfördelare förmedlas en varierad bild. Vissa intervjupersoner beskriver personalen enbart som positiva till tekniken. Andra intervjupersoner beskriver en mindre positiv hållning och lägre motivation i att öka teknikanvändningen, framför allt nämns sjuksköterskor i detta sammanhang. Denna uppfattning uttrycks dock av intervjupersoner som själva inte arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården. Bristen på motivation kopplas i sin tur till avsaknad av utbildningsinsatser och involvering

samt resursfrågor där personalen inte har tillräckligt med avsatt tid för arbetet. Två kommuner med en högre användning av läkemedelsfördelare betonar att nyttan med tekniken behöver framgå tydligt och att nyttoanalyser och uppföljningar kan skapa engagemang och driv hos personalen att öka användningen.

När det gäller digital nattillsyn så beskrivs personal i utförarledet över lag som positivt inställda till tekniken. Ett återkommande exempel är att nattpersonal inom hemtjänsten ser fördelar med att slippa långa resvägar endast för ett tillsynsbesök. Biståndshandläggarna framställs i regel som mindre positiva till digital nattillsyn än utförarpersonalen och mindre motiverade att förmedla tekniken. I intervjuerna med två kommuner beskrivs biståndshandläggarna ha ett motstånd mot digital nattillsyn vilket ses som en central orsak till att spridningen av tekniken är låg. Här bör tilläggas att denna uppfattning uttrycks av intervjupersoner som själva inte representerar biståndssidan. Biståndssidan är över lag underrepresenterad i intervjuerna, vilket behöver tas i beaktning i tolkningen av intervjuresultatet. Likt läkemedelsfördelarna kopplas bristen på motivation till en brist på utbildning och involvering, där en hög personalomsättning på handläggarsidan nämns som en utmaning. En kommun som arbetat mycket med involvering av personal vid införandet av digital nattillsyn beskriver detta som en central framgångsfaktor.

Stöd, rutiner och riktlinjer

En återkommande framgångsfaktor som lyfts i intervjuerna är stöd till den personal som ska förmedla tekniken. För läkemedelsfördelare lyfts primärt behovet av stöd i bedömningen av vilka patienter som är lämpliga och bör erbjudas tekniken. För mobila trygghetslarm lyfter en intervjuperson upp behov av förändrade riktlinjer för när tekniken ska erbjudas eftersom användandet enligt nuvarande modell, där larmen beviljas för ledsagning eller aktivitet enligt SoL, är lågt.

För digital nattillsyn nämns både behovet av inarbetade rutiner och övergripande riktlinjer för att få till en ökad spridning. De kommuner som har en låg användning av digital nattillsyn uttrycker behov av tydliga rutiner för personalen om när och hur brukare ska erbjudas digital nattillsyn. En kommun med hög teknikanvändning lyfter fram vikten av stödmaterial både till handläggare och brukare. Fördelen med att arbeta efter en modell som utgår från ”digitalt först” nämns av flera kommuner. Alltså en riktlinje om att erbjuda digital tillsyn som förstahandsalternativ när det är möjligt och relevant. En kommun nämner att de införde ”digitalt först” när de såg att användandet höll på att sjunka, vilket gav en positiv effekt. Två kommuner menar dock att riktlinjen i sig inte räcker om den inte efterlevs och att det behövs tydligare krav på personalen för att den ska få genomslag. Det förekommer också exempel på intervjupersoner som ser risker med att individens önskemål undermineras vid för skarpa rutiner om ”digitalt först”. I intervjuerna om gps-larm och läkemedelsfördelare nämns inga riktlinjer om ”digitalt först” eller behov av sådana.

Ledning

Styrning, engagemang och resurser

I dialogen med SKR och modellkommunerna lyfts behovet av styrning och att kommunen har en plan för hur de ska gå tillväga för att skala upp teknik-användningen. I intervjuerna framkommer det att denna plan ofta saknas. De kommuner som har en tydligare styrning beskriver det som en framgångsfaktor. Dock lyfts inte brist på styrning som ett avgörande hinder av de kommuner som uppvisar lägre nivåer av styrning. I stället uttrycks behov av styrning ofta mer indirekt, exempelvis i behov av tydligare riktlinjer eller driv från ledningshåll. Vikten av engagemang från ledningshåll betonas genomgående i intervjuerna. Flera kommuner lyfter fram drivet hos enskilda chefer som en framgångsfaktor. Vissa kommuner resonerar dock kring risken av att utvecklingen blir för personbunden och att arbetet avstannar om en enskild chef inte är pådrivande. Här betonas vikten av att engagemanget genomsyrar hela verksamheten och återfinns högre upp i organisationen. Flera kommuner beskriver fördelarna med teknikpositiva och drivande förvaltningschefer, ledningsgrupper och politiker.

I intervjuerna nämns olika exempel på hur intresset från ledningen kan stärkas, exempelvis via informationsinsatser, utbildningsinsatser och involveringsprocesser. Vissa intervjupersoner betonar vikten av att nyttan med tekniken framgår på ett tydligt sätt, inte minst vad gäller resursvinster. Få av de intervjuade kommunerna har gjort nyttokalkyler och bilden av hur resursbesparande tekniken är varierar mellan kommuner och tekniker. De kommuner som har genomfört denna typ av analyser beskriver det som en framgångsfaktor. Om nyttan med tekniken är otydlig kan det medföra svårigheter att motivera inköp av fler enheter till ledningen, vilket lyfts av några intervjupersoner. För de kommuner som saknar nyttoanalyser uttrycker vissa, framför allt mindre kommuner, att de ser behov av detta men att det saknas resurser för att genomföra dem.

Resursfrågan är ett återkommande tema i intervjuerna. Den bild som förmedlas är att spridningen av välfärdsteknik begränsas om inte tillräckliga resurser läggs vid implementering och förvaltning av tekniken. Framför allt kopplas resursfrågan till behov av personal med avsatt tid för att driva arbetet framåt och behov av löpande informations- och utbildningsinsatser för personal. Några kommuner beskriver problem med att resurser ofta är knutna till en införande- eller projektfas som sedan försvinner när arbetet går över i förvaltning i linjen. Här beskriver intervjupersoner, framför allt från mindre kommuner, svårigheter med att skala upp teknikanvändningen eftersom resurser behöver prioriteras till det löpande arbetet och förvaltning av befintliga enheter. Aktiviteter som upplevs som svåra att hinna med är att analysera och följa upp förändringen men också att hålla riktningen och planen framåt. Behovet av resurser framkommer också i andra sammanhang, som att kommunerna behöver resurser till att upphandla ny teknik och involvera berörda intressenter.

Organisering och ansvarsfördelning

En annan fråga kopplat till ledning är organisering. Under intervjuerna lyfts olika aspekter fram rörande hur kommunens organisering kan påverka

spridningen av teknikerna. Vikten av en god intern kommunikation och ett nära samarbete över verksamhetsgränser nämns som en framgångsfaktor av flera kommuner. Ett organisatoriskt hinder som framkommer i intervjuerna är avsaknaden av någon ansvarig på kommunen där kunskap om tekniken och support finns samlat. Att ha en separat enhet för digital utveckling beskrivs som en framgångsfaktor av de kommuner som har en sådan funktion. Samtidigt lyfter vissa intervjupersoner att arbetet behöver drivas i linjen och inte från en separat teknikenhet. Detta perspektiv lyfts främst från representanter för verksamhetsutvecklingsidan såsom kvalitets- och utvecklingsledare.

En organisatorisk utmaning som framkommer med läkemedelsfördelare och gps-larm är att de ofta tycks hanteras i ett separat spår i kommunen, framför allt i de fall larmen förskrivs enligt HSL. En intervjuperson uttrycker att brist på samverkan och interorganisatoriska problem har medfört att antalet läkemedelsfördelare inte ökar. En annan organisatorisk utmaning som nämns i spridningen av läkemedelsfördelare är att fördela de arbetsuppgifter som tekniken medför. I vissa kommuner är sjuksköterskor ansvariga för arbetet, medan det i andra kommuner delas med undersköterskor. En kommun beskriver att den låga användningen av läkemedelsfördelare främst beror på att de har lagt en för stor del av arbetet på sjuksköterskesidan och att de framöver önskar fördela mer ansvar till undersköterskorna. En annan kommun beskriver att de valt att lägga hanteringen av läkemedelsfördelarna på en särskild undersköterskegrupp eftersom de upplevdes ha bättre förutsättningar att driva arbetet framåt än sjuksköterskorna.

Ett hinder som nämns i spridningen av gps-larm är att de ofta är organisatoriskt krävande. Larmen hanteras ofta i separata larmkedjor där varje nytt larm innebär ökad administration. En intervjuperson uttrycker att antalet användare av mobila trygghetslarm är begränsat till ett fåtal eftersom de i dagsläget inte klarar av att hantera ett större antal användare rent organisatoriskt. Två kommuner uppger att de valt att inte införa gps-larm eftersom tekniken upplevs vara för organisatoriskt krävande och en kommun uppger att de valt att koppla larmen enbart till anhöriga för att minska på den organisatoriska bördan.

Inom digital nattillsyn uttrycker vissa intervjupersoner att kommunens organisering av beslutet om *hur* tillsynen ska utföras (digitalt eller fysiskt) hindrar en ökad spridning av tekniken. Detta framförs av representanter för utförarsidan som önskar att mandatet flyttas över till verkställigheten från biståndssidan. Anledningar som lyfts är att handläggarna inte upplevs vara lika investerade och motiverade som utförarpersonalen i att öka användningen av digital tillsyn. En kommun uttrycker att de, efter en översyn om varför användningen var låg, valde att flytta över mandatet från biståndssidan till verkställigheten för att öka spridningen. I intervjuerna förekommer också exempel på kommuner med en hög användning av digital nattillsyn som har beslutet på biståndssidan och är nöjda med detta.

Externa aktörer

I vissa intervjuer lyfts externa aktörers roll i spridning av välfärdsteknik, framför allt när det gäller läkemedelsfördelare. En fråga som ständigt

återkommer i intervjuerna är gränsdragningen till regionens ansvar och målgrupp. Intervjupersonerna uttrycker en önskan om att läkemedelsfördelare skulle erbjudas till patienter tidigare, inom ramen för egenvård. Detta tror intervjupersonerna skulle öka spridningen av tekniken, senarelägga patientens behov av kommunal hälso- och sjukvård och ge bättre förutsättningar för patienten att hantera en läkemedelsfördelare i ett senare skede. Vissa intervjuer uppger att de har fört en dialog med regionen om detta och andra att de skulle önska en sådan dialog. Över lag är bilden som förmedlas att intresset från regionerna har varit svalt, men en kommun uppger att de har ett nära samarbete med regionen som planerar att upphandla läkemedelsfördelare. Vidare lyfts samverkan med andra kommuner i närområdet som en framgångsfaktor. Inom digital nattillsyn och gps-larm nämns också fördelar med att inspirerats av andra kommuner och ta del av goda exempel under några intervjuer. En kommun beskriver att de har tagit kontakt med andra kommuner som har ute fler tillsynskameror för att ta lärdom och därigenom öka sin egen användning.

Fler framgångsfaktorer och hinder

Nedan presenteras några ytterligare framgångsfaktorer och hinder för spridning av välfärdsteknik som har framkommit i analysen av intervjumaterialet.

Brister i förändringsledning och nyttorealisering

En aspekt som har framkommit i tidigare intervjustudier av Socialstyrelsen och andra myndigheter är behovet av förändringsledning vid införande av välfärdsteknik [21]. Årets intervjuer visar på behovet av förändringsledning också i den långsiktiga förvaltningen av tekniken. Förändringsledning består av olika delar och handlar i grunden om ett strukturerat tillvägagångssätt vid en verksamhetsförändring. Viktiga delar i förändringsledning är att det finns en vision som förklarar syftet med förändringen, en plan som förklarar hur förändringen ska gå till, resurser till förändringsarbetet och aktiviteter för att höja motivation och kompetens.

Intervjustudien visar att dessa delar ofta saknas. Endast ett fåtal kommuner beskriver att det finns uppsatta mål för teknikanvändningen och planer för hur kommunen ska nå dessa mål. Vidare saknas strukturerade analyser av teknikens nyttor och effekter i merparten av kommunerna, annat än på individnivå. Utan dessa mål, planer och analyser riskerar kommuner att fastna vid ett bestämt antal enheter, oavsett om det finns en efterfrågan på fler eller färre, utan någon plan för uppskalning eller nedläggning. Exempel på detta är kommuner som har haft teknik stående oavvärd under flera år eller kommuner som har sett att det finns en utökat behov, men ändå inte upphandlat fler enheter. Ökad förändringsledning med fokus på nyttorealisering kan vara ett sätt att motverka detta riskscenario. Bristerna i förändringsledning och nyttorealisering kan sammanfattningsvis ses från två håll: dels att det saknas strategier och planer för införandet av en viss teknik och dels att det saknas uppföljningar och utvärderingar efter ett införande. Dessa brister riskerar därtill att förstärka varandra, att styrningen och ambitionen framåt saknas när bilden av behovet och nyttan med tekniken är otydlig.

Synen på teknikens målgrupp och användningsområde

En aspekt som inte har diskuterats så utförligt i tidigare uppföljningar av Socialstyrelsen är hur kommunernas definition av teknikens målgrupp och användningsområde kan påverka spridningen av välfärdsteknik. I intervjuerna framkommer det att vissa kommuner endast använder en teknik inom ett verksamhetsområde, såsom ordinärt boende för äldre, medan andra kommuner erbjuder samma teknik också inom andra verksamhetsområden som särskilt boende för äldre, funktionshinderverksamhet eller socialpsykiatri. När kommunerna tillfrågades om deras avgränsningar uppgav många att de tror att målgruppen kan utvidgas. I vissa fall har kommunen ett pågående arbete med att implementera tekniken inom fler verksamhetsområden. I andra fall är en breddning av målgruppen något intervjupersonerna resonerar kring under intervjun, men som inte är förankrat i något pågående arbete eller konkretiserade planer.

Inom digital natttillsyn är definitionen av målgruppen i huvuddrag densamma i de kommuner som intervjuats – tekniken riktas primärt till äldre som bor i ordinärt boende. Vissa kommuner har också tekniken i särskilt boende och flera erbjuder den även till yngre personer i behov av tillsyn. Merparten av kommunerna erbjuder en kombination av digital natttillsyn och fysiska insatser där den digitala tillsynen fungerar som ett komplement. Några kommuner har dock valt att snäva in målgruppen till personer som endast är i behov av tillsyn nattetid och inte andra insatser. I intervjun med en av dessa kommuner, som har en låg användning av digital natttillsyn, uppger intervjupersonerna att de inte tror att användningen kan öka nämnvärt eftersom få personer har enbart tillsyn nattetid. Detta är ett exempel på hur definitionen av målgruppen kan påverka hur kommunen ser på teknikens användningsområde och kommunens möjligheter att öka spridningen.

Definitionen av målgruppen för läkemedelsfördelare varierar i kommunerna. Vissa kommuner uttrycker problem med att över huvud taget hitta rätt målgrupp. En kommun beskriver att de hade en pilot med läkemedelsfördelare som de valde att avsluta eftersom de inte hittade nog många användare. Bilden var att patienterna var för sjuka för att klara av läkemedelsfördelaren. Gemensamt för de kommuner som uttrycker svårigheter att hitta målgruppen för läkemedelsfördelare är att de främst har riktat tekniken till äldre. De kommuner som inte ger uttryck för denna svårighet tillhandahåller läkemedelsfördelare för en bredare målgrupp och inkluderar exempelvis personer med funktionsnedsättning och socialpsykiatrins målgrupp. En tolkning av detta resultat är att det är lättare att hitta lämpliga patienter för läkemedelsfördelare i en större målgrupp. SKR:s representant lyfter att socialpsykiatri är ett område som många kommuner använder läkemedelsfördelare inom och ser som en viktig målgrupp. SKR:s representant lyfter även att de har uppfattat att vissa kommuner är väldigt restriktiva i bedömningen av vem som är lämplig för en läkemedelsfördelare, vilket kan medföra att de inte erbjuder tekniken till patienter där den skulle kunna fungera. I linje med detta resonemang beskriver en kommun att den låga användningen av läkemedelsfördelare delvis beror på att de använt sig av en för snäv bedömningsmatris som exkluderade

flera grupper, exempelvis de som hade vid behovs-medicinering eller både fast och flytande läkemedel. Nu tittade man på att ta fram nya, bredare, bedömningsstöd där läkemedelsfördelaren ses mer som ett komplement till annan medicinering.

När det gäller gps-larm är skillnaden i definitionen av målgruppen som tydligast. De två kommuner som har mobila trygghetslarm uppfattar målgruppen som stor och tror att användningen kan öka avsevärt – att alla som är behjälpta av ett vanligt trygghetslarm också kan vara aktuella för ett mobilt trygghetslarm. De kommuner som har gps-larm som enbart riktar sig till personer med nedsatt orienteringsförmåga uppfattar i stället målgruppen som liten och tror inte att användningen kan öka nämnvärt. Detta är ett exempel på hur en och samma teknik kan ha två olika användningsområden, ett mer avgränsat och ett bredare, vilket påverkar teknikens potentiella användningsnivå.

Personer med demenssjukdom

I intervjuerna har kommuner framfört olika utmaningar med att erbjuda välfärdsteknik till personer med demens. Dessa utmaningar har också lyfts i Socialstyrelsens intervjustudie från 2018 [7]. I vissa fall beskrivs dessa utmaningar som ett hinder för att öka spridningen av tekniken. Samtidigt beskrivs tekniken fungera väl för denna målgrupp i många fall. Ofta beror det på hur långt en individ har kommit i sitt sjukdomsförlopp och vilken teknik som avses samt att behoven kan variera mellan personer som bor i ordinärt boende och i särskilda boendeformer.

En återkommande utmaning som tas upp i sammanhanget är att inhämta samtycke från personer med demenssjukdom, detta nämns främst för teknikerna digital natttillsyn och gps-larm vilket också är integritetskänslig teknik. En annan utmaning som lyfts av vissa intervjupersoner är att tidsfönstret för den digitala tekniken är kort innan individen är i behov av andra insatser. Några intervjupersoner nämner exempel på fall då tekniken inte längre är lämplig, som när personer med demens glömmer bort vad tillsynskameran har för funktion, blir oroliga och täcker över kameran eller drar ut sladdar. Här lyfter intervjupersonerna fram vikten av att kontinuerligt följa upp insatsen och utvärdera utifrån individens behov om den digitala lösningen behöver ersättas med andra fysiska stödinsatser.

I intervjustudien förekommer det exempel på kommuner som enbart riktar en teknik till personer med demenssjukdom. Det finns också exempel på kommuner som har gått från att endast erbjuda en teknik till personer med demens till att i stället erbjuda den till andra målgrupper. Här vill Socialstyrelsen lyfta att välfärdsteknik kan utgöra ett bra stöd för personer med demenssjukdom. Att det finns utmaningar i arbetet medför inte att personer med demenssjukdom inte ska erbjudas välfärdsteknik. Det centrala är att den teknik som erbjuds utgår från individens behov. Socialstyrelsens demensstrategi från 2022 behandlar dessa frågor [28]. Där betonas bland annat:

- vikten av rutiner och riktlinjer för hur personalen hanterar samtycke för personer med nedsatt beslutsförmåga

- vikten av att personalen har grundläggande kompetens om demenssjukdom och kunskap om den enskildes förmåga att hantera digitala tjänster och välfärdsteknik
- vikten av att kontinuerligt utvärdera användningen av tekniken utifrån att personens förmåga försämras över tid
- vikten av att initiera teknik i ett tidigt skede för att öka möjligheten för den enskilda att lära sig och vänja sig vid tekniken
- behovet av mer kunskap om användandet av välfärdsteknik bland personer som lever med en demenssjukdom.

Demensstrategin lyfter även att personer med demenssjukdom inte alltid får tillgång till den välfärdsteknik som de behöver och att en anledning till detta kan vara avsaknaden av individuella bedömningar av personens förmåga att hantera tekniken. Detta belyser frågan om jämlik tillgång till välfärdsteknik där problematiken kan ses från två håll: dels att det kan finnas begränsningar med att endast rikta välfärdsteknik till personer med demens (och exkludera andra grupper med liknande behov) och dels att det kan finnas begränsningar med att exkludera personer med demens som har behov av tekniken.

Sammantaget har intervjustudien visat exempel på hur olika definitioner av målgruppen för en teknik kan påverka vilken spridning tekniken får. En framgångsfaktor för att öka spridningen kan således vara att bredda definitionen av teknikens målgrupp och användningsområde. Här vill Socialstyrelsen understryka att en teknik kan ha ett stort värde även om det bara är ett fåtal individer som använder den. Det är inte per automatik bättre att ha en bredare målgrupp för en teknik än en snävare. I stället är det behovet hos målgruppen som behöver styra vilken teknik en kommun prioriterar att införa, tillsammans med de övriga etiska principerna för en god vård och omsorg. Med detta sagt bedömer Socialstyrelsen det som positivt om en kommun kan maximera teknikens nytta, användningsområde och potential. En förutsättning för detta är att det finns tillräcklig kunskap om välfärdsteknikens effekter och vilket utfall tekniken får för olika målgrupper. En framgångsfaktor som har framkommit i intervjuerna är att kommuner delar goda exempel och lär av varandra.

Synen på teknikens syfte och funktion

Relaterat till kommunernas syn på teknikens användningsområde och målgrupp är hur de ser på välfärdsteknikens bredare syfte och funktion. I intervjuerna framkommer skillnader mellan kommunerna som förenklat kan delas upp i två synsätt. Det första synsättet ser digital teknik som ett alternativt sätt att utföra fysiska insatser. I kommuner som ger uttryck för detta perspektiv införskaffas teknik för att (i viss mån) ersätta kommunens fysiska insatser med exempelvis läkemedelsgivning eller tillsyn. Tekniken svarar således mot ett på förhand definierat behov och sätt att tillgodose behovet. Exempel på detta synsätt är om en kommun erbjuder digital nattillsyn med samma frekvens som fysisk tillsyn där den digitala tillsynen inte heller kombineras med andra insatser nattetid.

Det andra synsättet ser digital teknik som ett komplement till fysiska insatser och utforskar teknikens potential i högre utsträckning. Detta synsätt utgår

från teknikens möjliga användningsområden för att sedan utforma insatser utifrån det. Till skillnad från det första perspektivet öppnas här upp för att kommunen inte bara utför samma insatser på ett nytt sätt, utan också andra typer av insatser. Ett exempel på detta är de mobila trygghetslarmen. Larmens syfte är inte primärt att ersätta någon annan insats som kommunen har utan ges som en utökad service till invånarna. Ett annat exempel är de kommuner som erbjuder digital natttillsyn som ett komplement till fysiska insatser där tillsynen utförs med en högre frekvens än vad som vore möjligt med fysisk tillsyn. En jämförelse med 2018 års intervjustudie visar att detta synsätt då inte fanns representerat. Socialstyrelsen gjorde följande observation utifrån 2018 års intervjustudie [7]:

Kameratillsynen har inte förändrat tillsynsarbetet. Tillsynen görs på samma villkor och med samma frekvens som den fysiska tillsynen trots att tekniken ger möjligheter att utveckla tillsynsarbetet.

Det har varit mer fokus på att utveckla tekniken, och att få kamerorna, gps-larmen och larmcentraler att fungera som avsett än att utveckla arbetssätt och organisation för att ta till vara teknikens möjligheter.

Även om 2018 års intervjustudie genomfördes med andra kommuner så kan skillnaden i resultat vara ett tecken på att kommunerna har utvecklat en ny, mer möjlighetssökande, syn på välfärdsteknik under senare år.

Sammanfattning

Intervjustudien har gett en inblick i hur några av landets kommuner ser på spridningen av digital natttillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare i deras kommuner. Även om resultatet inte går att generalisera till övriga kommuner har det visat på flera möjliga förklaringar till varför teknikanvändningen är lägre i vissa kommuner. I intervjustudien har skillnader framkommit mellan de olika teknikerna, vilket visar på relevansen att skilja mellan olika typer av välfärdsteknik för att få en fördjupad förståelse för de mekanismer som påverkar teknikanvändningen i en kommun. Det som är en lösning för att främja spridningen av en teknik behöver inte vara det för en annan. Förenklat kan de centrala framgångsfaktorerna och hindren som framkommit i intervjuerna och i Socialstyrelsens analys ställas upp i följande matris.

Matris 1. Sammanställning av framgångsfaktorer och hinder vid förvaltning och spridning av digital natttillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare i nio kommuner 2023

Exempel på hinder	Exempel på framgångsfaktorer
Brister med tekniken i sig	-Upphandling av ny teknik
Bristande information och en initial oro inför tekniken hos enskilda	-Grundligt informationsarbete vid förmedling av tekniken, till exempel med stödmaterial och möjlighet att testa tekniken -Involvering av brukare, patienter, anhöriga och civilsamhälle -Bredare kommunikationsinsatser till allmänheten

Exempel på hinder	Exempel på framgångsfaktorer
Bristande förutsättningar och motivation att förmedla tekniken hos personal	<ul style="list-style-type: none"> -Informations- och utbildningsinsatser till personal -Involvering av personal -Ändamålsenlig organisering och arbetsfördelning -Stöd, rutiner och riktlinjer -Nyttanalyser, uppföljningar och utvärderingar
Brister i extern samverkan	<ul style="list-style-type: none"> -God extern samverkan med regionen -Samverkan med andra kommuner
Bristande ledning och resurser. Personbundet och sårbart förvaltnings- och utvecklingsarbete.	<ul style="list-style-type: none"> -Tydligare styrning och driv från ledningshåll -Prioriterade resurser till förvaltning och utveckling -Informations- och utbildningsinsatser till ledning -Involvering av chefer i alla led
Organisatoriska svårigheter	<ul style="list-style-type: none"> -God intern kommunikation och internt samarbete -Utsedda enheter eller personer med avsatt tid att driva och ge stöd i utvecklingsarbetet -Ändamålsenlig arbetsfördelning
Avsaknad av plan för förvaltning och spridning av tekniken. Bristande bild av teknikkens effekter	<ul style="list-style-type: none"> -Ökat arbete med förändringsledning och nyttorealisering -Nyttanalyser, uppföljningar och utvärderingar
En för snäv definition av teknikkens målgrupp eller användningsområde	<ul style="list-style-type: none"> -Att kommuner delar erfarenheter och goda exempel mellan varandra -Mer kunskapsstöd

Statliga stimulansmedel för 2022

Regeringen och SKR har haft en treårig överenskommelse för åren 2020–2022, *Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus*, som syftade till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering [29]. Överenskommelsen omfattade totalt 200 miljoner kronor per år. Av 2022 års medel gick 182,1 miljoner kronor till kommunerna, varav kommunerna kunde rekvirera 167,1 miljoner kronor från Kammarkollegiet medan 15 miljoner kronor fördelades till 10 modellkommuner.³⁰ Av överenskommelsen framgår det att de kommuner som rekvirerat stimulansmedlen ska besvara Socialstyrelsens enkät. Det var 287 kommuner som rekvirerade stimulansmedel från Kammarkollegiet avseende 2022. Alla kommuner besvarade Socialstyrelsens enkät.

Tabell 34. Redovisning av stimulansmedel 2022

Redovisning av stimulansmedel	2022
Antal kommuner som rekvirerat stimulansmedel	287
Antal kommuner som använt medlen	285
Rekvirerade stimulansmedel (kronor)	169 201 599
Förbrukade medel (kronor)	160 947 675
Kvarstående medel (kronor)	8 253 924

Källa: Kommunernas svar på Socialstyrelsens enkät om e-hälsa och välfärdsteknik 2023.

Totalt 38 kommuner har förbrukat en del av de medel som de rekvirerat för 2022, men inte allt. Av dessa angav 17 kommuner att tidsbrist var det huvudsakliga skälet till att de inte har hunnit förbruka alla medel, och 7 kommuner angav personalbrist. Totalt 20 kommuner angav andra skäl till att de inte förbrukat alla medel, exempelvis lägre kostnader än förväntat, tidskrävande upphandlingar, omorganisering och personalomsättning.

Syfte med satsningen

Kommunerna kunde i enkäten ange i vilket syfte de har använt stimulansmedlen. De alternativ som flest kommuner valde var ökad trygghet eller säkerhet för individen, kvalitetshöjning i verksamheten och en förbättrad arbetsmiljö för personal inom äldreomsorgen. En liknande prioritering gjordes även 2022 och 2021 (se tabell 35).

Tabell 35. Andel kommuner som har använt stimulansmedlen i olika syften, i %, 2021–2023

Syfte med satsningen*	2021 (n=266)	2022 (n=285)	2023 (n=285)
Ökad trygghet eller säkerhet för individen	79	80	78

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

Syfte med satsningen*	2021 (n=266)	2022 (n=285)	2023 (n=285)
Kvalitetshöjning i verksamheter	77	75	72
Förbättrad arbetsmiljö för personal inom äldreomsorgen	76	76	66
Ökad livskvalitet för individen	60	69	64
Ökad självständighet för individen	53	63	59
Ökad delaktighet för individen	50	48	51
Tid- och resursbesparingar inom kommunen	62	51	51
Kompetenshöjning för personal inom kommunen kring välfärdsteknik	41	44	44
Ökad aktivitet för individen**	-	42	41
Ökad trygghet/säkerhet för närstående	44	40	36
Annat	5	4	5

* Flera svar kunde anges.

**Fanns inte med som svarsalternativ 2021.

Totalt 15 kommuner uppger att de, helt eller delvis, haft andra syften med stimulansmedlen än ovanstående. Exempel på syften från fritextsvaren är att skapa en mer jämlik tillgång till välfärdsteknik i kommunen, ökad kontinuitet, ökad delaktighet för närstående och ökat självbestämmande, inflytande och valfrihet 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 36).

Tabell 36. Andel kommuner som använt stimulansmedlen inom olika verksamhetsområden, i %, 2021–2023

Verksamhetsområden*	2021 (n=266)	2022 (n=285)	2023 (n=285)
Äldreomsorg, ordinärt boende	86	89	86
Äldreomsorg, särskilda boendeformer	84	89	86
Kommunal hälso- och sjukvård	55	63	63
Annat, ange vad...	10	8	13

*Flera svar kunde anges.

Totalt 38 kommuner uppger att de har använt medlen också inom andra verksamhetsområden. Ett återkommande exempel som tas upp i fritextsvaren är funktionshinderområdet där vissa kommuner specificerar att de har inriktat sig på äldre personer med funktionsnedsättning. Andra områden som nämns av flera kommuner är socialpsykiatri, dagverksamhet för äldre, träffpunkter och mötesplatser samt förebyggande verksamhet.

Ett spektrum av aktiviteter och investeringar i kommunerna

Resultaten visar att kommunerna över lag har gjort en liknande prioritering av de statliga stimulansmedlen 2022 som 2021 och 2020 (se tabell 37). Vissa skillnader förekommer dock. Läsplattor och smarta telefoner till enskilda är fortsatt det vanligaste användningsområdet, även om andelen kommuner som har använt medel till detta område har sjunkit 2023 jämfört med tidigare år.

Andra exempel på användningsområden som har sjunkit i prioritet är digital nattillsyn och kommunikation via videosamtal mellan enskilda och närstående. Exempel på områden som har fått en högre prioritet 2022 är läkemedelsfördelare och passiva larm. I årets enkät ingick två nya svarsalternativ: digitala medicinskåp och digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Resultatet visar att digitala medicinskåp var det tredje vanligaste användningsområdet av medlen i kommunerna 2022 (se tabell 37).

Av enkäten framgår det att drygt en fjärdedel av kommunerna (27 procent) har använt medel till kompetens- och utbildningsinsatser. Av fritextsvaren framkommer att medel ofta har använts till utbildning av personal i användning av välfärdsteknik och digitala arbetssätt, exempelvis digital signering, läkemedelsfördelare och digitala lås. Det är också vanligt att medel använts till bredare kompetenshöjande insatser inom digitaliseringsområdet. Några kommuner uppger att de riktar utbildningsinsatser till kommunens invånare, exempelvis utbildning i digital teknik för äldre.

Tabell 37. Andel kommuner som har använt stimulansmedlen till olika områden, i %, 2021–2023

Användning av medel inom:	2021 (n=266)	2022 (n=285)	2023 (n=285)
Läsplattor, smarta telefoner – för kommunikation, påminnelser, träning med mera för enskilda	43	42	32
Utrustning eller system för mobil journalföring	27	27	29
Digitala medicinskåp*	-	-	27
Kompetens- och utbildningsinsatser inom välfärdsteknik	23	26	27
Digitala lås till enskildas bostäder/digitala nyckelgömmor	19	24	24
Digitala sällskapsdjur, till exempel i form av robotkatter	18	23	24
Nattillsyn med digital teknik	31	27	22
Läkemedelsfördelare (läkemedelsautomat, läkemedelsrobot)	14	17	22
Digitala trygghetslarm	16	19	21
Passiva larm eller sensorer	9	14	19
Internetuppkoppling (wifi eller kabel) i särskilda boendeformer (tillgänglighet för de boende)	19	18	19
Appar, till exempel för påminnelser och planering, eller i annat syfte	9	22	18
Digitala planeringsverktyg, till exempel schemaplaneringssystem för hemtjänstpersonal	19	16	18
Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder, till exempel läkemedelssignering*	-	-	18
Utrustning eller system för kommunikation mellan personal och enskilda via videosamtal	22	20	17
Gps-larm (positioneringslarm, mobilt trygghetslarm)	10	13	15
Utrustning eller system för kommunikation mellan enskilda och närstående via videosamtal	29	19	11
Tillsyn dagtid med digital teknik	12	9	10
Utrustning eller system för säker identitet och behörighetsidentifikation	10	12	9
Inkontinenssensorer**	3	6	-
Annat	41	42	29

*Frågan ställdes inte 2021 eller 2022

**Frågan ställdes inte 2023

Totalt 29 procent av kommunerna uppger att de har använt medlen inom andra områden än de som fanns angivna som svarsalternativ. Vanligast i fritextsvaren är att kommunerna har använt medel till olika typer av digitalt stöd för aktivering eller stimulans, exempelvis aktivitetsskärmar, interaktiva ljusprojektorer, VR-teknik och musikvästar. Det är också vanligt att kommunerna har använt medel till olika tjänster för utveckling av välfärdsteknik såsom projektledare, verksamhetsutvecklare eller samordnare. Vissa kommuner har använt medlen för att stärka digital inkludering och involvering. Här nämns till exempel visningsrum för digital teknik, utlåningsverksamhet av välfärdsteknik och digitala fixare. Andra exempel som nämns av flera kommuner är digitalt stöd för träning och rehabilitering, tekniska hjälpmedel för förflyttning, e-tjänster, digital kommunikation mellan personal samt kartläggningar, analyser och förstudier inom området.

Stimulansmedlens måluppfyllnad

I enkäten tillfrågades kommunerna huruvida de bedömer att stimulansmedlen har bidragit till att målen med satsningen har uppnåtts. Totalt 66 procent av kommunerna svarade att medlen har bidragit till att målen har uppfyllts i hög utsträckning, och 34 procent svarade att medlen bidragit till att målen har uppfyllts i viss utsträckning. Ingen av kommunerna svarade att medlen inte bidragit alls till att uppnå målen. I fritextsvaren uppger flera kommuner att de fortfarande befinner sig i en införandeprocess och därför inte kan uttala sig om satsningens måluppfyllnad i sin helhet.

I fritextsvaren uttrycker flera kommuner att medlen har bidragit till att välfärdsteknik kan införas på ett mer ändamålsenligt sätt; kommunerna har kunnat ägna sig åt förändringsprocessen i högre utsträckning och avsätta resurser för att planera tillvägagångssätt, utforma stödfunktioner, utbilda medarbetare, involvera medarbetare och brukare samt testa och utvärdera teknik. I fritextsvaren beskriver några kommuner stimulansmedlen som ett uppskattat komplement till redan befintligt utvecklingsarbete. Det är betydligt vanligare att stimulansmedlen beskrivs som nödvändiga för kommunens satsningar på digital verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen. Flera kommuner uttrycker även att medlen inte varit tillräckliga och att de ser behov av mer statligt stöd för att möjliggöra den digitala omställningen. Medlen beskrivs till exempel kunna täcka inköp av teknik men inte den långsiktiga förvaltningen med tillkommande driftskostnader och löpande utbildningsinsatser. Utöver behov av mer resurser nämns också utmaningar med att stimulansmedlen löper över för kort tid, vilket försvårar långsiktig planering och införande.

Diskussion

Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik 2023

Årets uppföljning visar att kommunernas digitala utveckling går framåt inom många områden. Exempelvis ökar det digitala stödet till personal och internettillgången på särskilda boenden. Ett annat område som visar en tydlig positiv trend är informationssäkerhet. En möjlig förklaring till utvecklingen kan vara att pandemin försvårade kommunernas arbete med informationssäkerhet under 2020–2022. Socialstyrelsen ser positivt på denna utveckling men bedömer samtidigt att det finns rum för utveckling i kommunernas informations-säkerhetsarbete. Även om det har skett tydliga ökning 2023 är det fortfarande många kommuner som saknar delar i sitt informationssäkerhetsarbete. Ett utökat nationellt stöd kan vara ett sätt att främja utvecklingen, framför allt riktat till de kommuner som inte har kommit lika långt inom området.

Årets uppföljning visar också på områden där det inte har skett någon utveckling 2023, exempelvis inom styrande dokument och automatisering. Sammantaget är kommunernas digitala utveckling mångfacetterad, detta framkommer inte minst inom välfärdsteknikområdet. Sett över längre tid, sedan Socialstyrelsen började sin uppföljning 2014, har det skett tydliga uppgångar i kommunernas användning av välfärdsteknik. Sedan 2021 är utvecklingen inte lika tydlig, även om vissa tekniker har ökat i användning har det också skett nedgångar inom flera områden.

I dialogen med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten framförs att intresset för välfärdsteknik inte upplevs ha minskat i kommunerna under de senaste åren, tvärtom. En möjlig anledning som lyfts till att ökningstakten av välfärdsteknik har avtagit är att kommunerna är mer fokuserade på att förvalta och sprida den teknik de redan har, i stället för att införskaffa nya tekniker. En annan aspekt som lyfts av SKR:s kompetenscenter och nätverk är att kommunerna arbetar mer strukturerat med införandet av välfärdsteknik i dag. Bilden är att införandeprocessen är längre och mer omfattande med förstudier och analyser. Dessa pågående processer fångas inte i Socialstyrelsens uppföljning, utan endast om kommunen har en teknik eller inte. I förståelsen av kommunernas utveckling inom välfärdsteknik är det därav relevant att beakta andra aspekter än enbart hur många kommuner som har en viss teknik. Exempelvis att antalet personer med digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare ökar, att fler kommuner utvärderar teknikens effekter och att utveckling skett inom kommunernas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik.

Skillnader mellan olika tekniker och verksamhetsområden

Resultatet visar att förekomsten av välfärdsteknik och utvecklingen av den samma skiljer sig markant mellan olika verksamhetsområden och tekniker. Användningen av välfärdsteknik inom särskilda boendeformer för äldre visar den tydligaste uppgången, medan tydliga nedgångar finns både inom funktionshinderverksamheten och i den kommunala hälso- och sjukvården. De tydligaste uppgångarna av välfärdsteknik 2023 har skett inom:

- stöd för digitala inköp i ordinärt boende, både för personer med funktionsnedsättning och äldre
- digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering inom särskilda boendeformer för äldre och i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning
- digitalt stöd för dagliga aktiviteter inom stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning och i kommunal hälso- och sjukvård.

Gemensamt för dessa tekniker är att de är brukarnära och inriktar sig på individens behov av digitalt stöd i sin vardag. De tydligaste nedgångarna av välfärdsteknik 2023 rör teknik som används för tillsyn och larm. Dessa nedgångar har skett inom funktionshinderområdet och i den kommunala hälso- och sjukvården för teknikerna digital tillsyn, passiva larm och gps-larm. Inom äldreområdet ligger dessa tekniker kvar på liknande nivåer som 2022. I resultatredovisningen lyftes att nedgångarna inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver tolkas med försiktighet. Detta eftersom de delvis kan bero på felsvar, olika tolkningar av enkätfrågan eller att kommunen tillhandahåller tekniken på ett nytt sätt. Här ser Socialstyrelsen behov av fortsatt analysarbete och dialog med kommunerna för att utvärdera dess orsaker. En liknande osäkerhet råder för nedgångarna inom funktionshinderverksamheten.

I dialogen med SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten framförs att nedgångarna inom funktionshinderområdet kan bero på att kommuner har testat en teknik i liten skala och sedan avslutat den, exempelvis på grund av bristande resurser eller att tekniken inte har gett önskad effekt. Både SKR:s nätverk och SKR Kompetenscenter välfärdsteknik framför att de uppfattar det som ovanligt att en kommun avslutar en teknik som redan är implementerad och används brett i verksamheten. En analys av enkätresultatet visar, i linje med detta resonemang, att en hög andel av de kommuner som 2023 har avslutat gps-larm och digital natttillsyn i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning hade låga användarantal av teknikerna 2022.³¹ Utifrån detta resultat är det rimligt att anta att de nedgångar som framkommer inom i funktionshinderområdet åtminstone delvis består av kommuner som inte har lyckats implementera tekniken brett i verksamheten och därav pausat eller avslutat tekniken.

³¹ Av de kommuner som avslutat digital natttillsyn i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning 2023 hade cirka hälften 5 användare eller färre 2022 varav 10 kommuner helt saknade användare. Av de kommuner som avslutat gps-larm i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning 2023 hade cirka 90 procent 5 användare eller färre 2022 varav 22 kommuner helt saknade användare. I antal användare ingår både äldre som bor i ordinärt boende och personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende.

En annan möjlig förklaring till nedgångarna inom funktionshinderområdet som framförs av SKR:s nätverk och kompetenscenter är att de beror på en pandemieffekt – att kommunerna införde digitala lösningar under pandemin som de sedan har avvecklat när fysiska kontakter och verksamheter kunde återupptas. En annan möjlig förklaring till nedgångarna som framförs är att de är en effekt av en osäkerhet rörande rättsläget för integritetskänslig välfärdsteknik och hantering av samtycke för personer med nedsatt beslutsförmåga. Här uppstår frågan om varför dessa tekniker inte minskar på samma sätt inom äldreomsorgen. Om nedgångarna inom funktionshinderområdet beror på en pandemieffekt eller en juridisk osäkerhet är det rimligt att anta att detta också skulle ge genomslag på äldreområdet. En central fråga blir således varför passiva larm, digital tillsyn och gps-larm minskar inom funktionshinderverksamheten men inte inom äldreomsorgen.

Socialstyrelsens uppföljning visar att välfärdsteknik över lag är betydligt vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshinderverksamheten. Denna skillnad lyftes även fram i rapporten från 2022 [21]. Möjliga förklaringar till denna diskrepans som då lyftes är skillnader i målgruppernas behov och verksamheternas utformning samt att kommunerna tillhandahåller välfärdsteknik på olika sätt för målgrupperna. Digitala hjälpmedel som förskrivs av regionerna, till exempel via habiliteringen, ingår inte i Socialstyrelsens uppföljning vilket kan få användningen av välfärdsteknik att framstå som lägre än den i själva verket är. Andra möjliga förklaringar till nivåskillnaderna som lyftes i 2022 års rapport är de statliga stimulansmedel som särskilt inriktar sig på utveckling av välfärdsteknik inom äldreomsorgen samt att välfärdsteknik inom äldreområdet kan ha en högre prioritet i kommunerna på grund av kommunernas demografiska utmaning med en allt äldre befolkning. Samma aspekter lyftes i årets dialog med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen bedömer det som prioriterat att i framtida studier undersöka vad nedgångarna av välfärdsteknik beror på och varför teknikanvändningen inom äldreomsorgen skiljer sig från funktionshinderområdet. Framför allt bedömer myndigheten det som relevant att utröna i vilken utsträckning skillnaderna speglar olika behov hos målgrupperna, samt olika tillvägagångssätt för att tillgodose behoven, och i vilken utsträckning de har andra orsaker.

Få användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare

Årets uppföljning visar att antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare ökar i kommunerna. Över lag är dock teknikanvändningen låg och flera kommuner saknar användare trots att de har angett att tekniken är beslutad och införd och erbjuds till alla i den avsedda målgruppen. Digital tillsyn dagtid uppvisar den lägsta användningen, där drygt hälften av de kommuner som har tekniken helt saknar användare. Läkemedelsfördelare och digital natttillsyn uppvisar den högsta teknikanvändningen, men även här är det vanligt att kommunerna endast har ett fåtal användare.

Intervjustudiens resultat kan fungera som ett stöd i tolkningen av varför teknikanvändningen inte är högre i landets kommuner generellt. Att användningen är låg behöver inte vara ett uttryck för ett missnöje med en teknik, att

tekniken inte lämpar sig för fler personer eller att kommunen saknar ambition att öka användningen. Snarare behöver de låga nivåerna förstås utifrån de utmaningar med att implementera välfärdsteknik som lyfts i rapporter och studier av Socialstyrelsen och andra aktörer under flera år [21]. Införande av välfärdsteknik är en tids- och resurskrävande process som, likt annan verksamhetsutveckling, kräver ett aktivt och långsiktigt förändringsarbete. Trots att antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare är lågt över lag visar Socialstyrelsens uppföljning att vissa kommuner har uppnått en betydligt högre spridning. Här ser Socialstyrelsen behov av fler studier inom området för att få en fördjupad kunskap om hur spridningen av välfärdsteknik ser ut i kommunerna och om de faktorer som hindrar en kommun från att nå de individer som är i behov av tekniken. Socialstyrelsen har endast följt antalet användare av ett fåtal typer av välfärdsteknik. Hur spridningen ser ut av andra typer av tekniker, eller inom andra verksamhetsområden, finns det inga uppgifter om på nationell nivå i dagsläget.

Slutligen vill Socialstyrelsen understryka att en teknik kan ha ett stort värde även om det är ett fåtal individer som använder den. Det centrala i sammanhanget är inte antalet användare av en viss teknik, utan att kommunerna når en ändamålsenlig användningsnivå utifrån individens behov.

Skillnader mellan kommunstorlekar

Årets resultat bekräftar bilden från 2021 och 2022 om att de större kommunerna har kommit längre vad gäller styrning, kvalitetsledning, utvärdering och informationssäkerhet. Vidare visar resultatet att de större kommunerna ligger i framkant även inom nyttoanalyser, personalresurser och kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik samt att de erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap i högre utsträckning än de mindre kommunerna. När stöd utformas till kommunerna kan dessa skillnader behöva beaktas för att stödet ska kunna anpassas och riktas till de kommuner som har störst utmaningar.

Trots att de minsta kommunerna ofta uppvisar de lägsta resultaten visar en jämförelse med 2022 års resultat att de har närmast sig de större kommunerna inom flera områden, exempelvis inom ledningssystem som omfattar välfärdsteknik och utvärderingar av digitaliseringens effekter. En möjlig förklaring till detta kan vara att de mindre kommunerna behövde prioritera ner arbetet med kvalitetsutveckling och utvärdering i högre utsträckning än de större kommunerna under pandemin.

Framgångsfaktorer och hinder

I intervjustudien framkom flera framgångsfaktorer och hinder i förvaltning och spridning av välfärdsteknik. Nedan lyfts några av dessa faktorer och kopplas till årets enkätresultat.

Behov av styrning, riktning och målsättning

Intervjustudien lyfte vikten av styrning vid implementering av välfärdsteknik. För att nå en ändamålsenlig spridning av tekniken behövs en målsättning

och plan för hur kommunen ska gå till väga för att skala upp användningen. Av intervjuerna framkom att denna plan ofta saknas, och att det i stället ofta hamnar på enskilda enhetschefer och medarbetare att driva utvecklingen. En risk med detta är att den digitala utvecklingen blir sårbar och personbunden. Enkätresultatet förmedlar samma bild som intervjustudien – att styrande dokument för införande och användning av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering ofta saknas i kommunerna. Över 40 procent av kommunerna saknar styrande dokument där kommunen har angett långsiktiga mål och över 75 procent saknar handlingsplaner som är tids- och resurssatta. Inom detta område framkommer det heller ingen utveckling över tid. Socialstyrelsen bedömer, likt 2022, att det finns rum för utveckling i kommunernas arbete med styrande dokument. Här kan mer nationellt stöd, till exempel kunskaps- och metodstöd, bidra till utvecklingen.

Behov av utvärderingar, uppföljningar och nyttoanalyser

I intervjustudien framkom att analyser av nyttan med välfärdsteknik, uppföljningar och utvärderingar av teknikens effekter är centrala framgångsfaktorer. Detta har även lyfts i tidigare studier av Socialstyrelsen och andra myndigheter [21]. Samtidigt var det endast ett fåtal av de intervjuade kommunerna som har genomfört denna typ av analyser. I årets enkät ingick en ny fråga om nyttoanalyser. Resultatet visar att 67 procent av kommunerna utför någon typ av nyttoanalys inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering. Graden av systematik varierar dock mellan kommunerna. Vidare visar enkätresultatet en positiv utveckling i kommunernas arbete med utvärderingar. En sammanslagning av enkätresultatet visar att cirka 58 procent av kommunerna har genomfört en utvärdering av digitaliseringens effekter, antingen under 2020 och 2021 eller under 2022. Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner genomför nyttoanalyser och utvärderingar av digitaliseringens effekter framöver. Utvärderingar av digitaliseringens effekter behövs för att kommuner ska kunna avgöra om en förändring har fått önskad effekt eller inte. Inte minst utvärderingar av effekter för enskilda är centralt för ett ändamålsenligt införande av välfärdsteknik. Än mer centralt är att insatserna följs upp på individnivå och att kommunen har rutiner för detta arbete, vilket lyftes i intervjustudien. Enkätresultatet visar en positiv utveckling både i kommunernas arbete med utvärderingar av digitaliseringens effekter för enskilda och i förekomsten av uppföljningsrutiner av insatser med stöd av välfärdsteknik.

Utöver att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig implementering kan utvärderingar dessutom stärka motivationen att öka användningen av välfärdsteknik. Att nyttan med tekniken framgår tydligt, inte minst för den personal som ska förmedla tekniken, lyftes som en framgångsfaktor i intervjustudien. En annan framgångsfaktor som lyftes var att ledningen har en god insyn i teknikens nyttor, inte minst dess ekonomiska effekter. I intervjuerna framkom att kommunerna har olika uppfattningar om hur resursbesparande tekniken är. Merparten av kommunerna hade inte genomfört någon beräkning av teknikens kostnadseffekter. Utan dessa beräkningar riskerar en teknik att uppfattas som kostnadsdrivande, när den i själva verket är

resursbesparande, eller vice versa. Enkätresultatet visar på liknande sätt att en majoritet av kommunerna (78 procent) inte har genomfört en kostnadseffektanalys av digitaliseringens effekter 2022.

Sammanfattningsvis kan en framgångsfaktor för att öka spridningen av välfärdsteknik vara att fler kommuner utför nyttoanalyser, uppföljningar och utvärderingar av teknikens effekter, både för enskilda, ekonomin, personalen och organisationen, och att resultatet kommuniceras ut till hela verksamheten. I intervjustudien lyftes behov av denna typ av analyser men att kommunen inte har tillräckliga resurser för att genomföra dem, framför allt mindre kommuner. Enkätresultatet visar, i linje med detta, att mindre kommuner utför nyttoanalyser och utvärderingar i lägre grad än större kommuner. Socialstyrelsen bedömer, likt 2022, att det finns ett behov av ökat nationellt stöd, till exempel kunskaps- och metodstöd, till kommunerna inom detta område – framför allt riktat till de kommuner som har svårt att genomföra denna typ av analyser på egen hand. Eftersom kommunerna har olika förutsättningar att utföra strukturerade analyser, uppföljningar och utvärderingar är det centralt att de får stöd i detta arbete och att de delar sina resultat och erfarenheter med varandra.

Behov av resurser för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik

Behovet av resurser för implementering av välfärdsteknik har lyfts i tidigare studier av Socialstyrelsen och andra myndigheter [21]. Resurser är dels en fråga om kommuners egen prioritering och planering, där det är av stor vikt att kommunen 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 flera 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.

I intervjustudien framkom det att spridningen av välfärdsteknik begränsas om inte tillräckliga resurser läggs vid implementering och förvaltning av tekniken. Även om tekniken ofta upplevs som resursbesparande krävs också resurser till att förvalta den och skala upp användningen. Resursfrågan genomsyrar många områden och kopplas bland annat till behov av personal med avsatt tid för att driva arbetet framåt. Enkätresultatet visar att 87 procent av kommunerna har en personalresurs för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård. Alla kommuner som har fler än 50 000 invånare och 78 procent av de minsta kommunerna har en sådan personalresurs. Några kommuner, framför allt mindre, uppger i fritextsvaren att de inte har resurser till en dedikerad tjänst inom området.

Socialstyrelsen konstaterar att det är positivt att se att så pass många kommuner har personal med avsatt tid för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik, också bland de mindre kommunerna. I fritextsvaren rörande stimulansmedlen framkom att det är vanligt att kommunerna använder dessa medel till tjänster för utveckling av välfärdsteknik såsom projektledare, verksamhetsutvecklare eller samordnare. Här uppstår en risk att dessa roller försvinner, och

förvaltning och spridning av välfärdsteknik försvåras, när stimulansmedlen upphör om kommunen inte prioriterar egna medel till detta. Socialstyrelsen ser det som prioriterat att fortsätta följa utvecklingen inom området. Vidare identifierar myndigheten, liksom 2022, behov av mer långsiktig resursplanering vad gäller välfärdsteknik och e-hälsa både på kommunal och på nationell nivå.

Behov av kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik

I intervjustudien lyfts brist på utbildning fram som ett avgörande hinder i förvaltning och spridning av välfärdsteknik. Detta har även lyfts fram i tidigare rapportering från Socialstyrelsen och andra myndigheter [21]. Socialstyrelsen konstaterar att det är positivt att se att 74 procent av kommunerna erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik 2023. Det varierar dock i vilken grad kommunerna erbjuder utbildning till medarbetare och vilken typ av utbildning som erbjuds. Dessutom visar resultatet att de större kommunerna erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik i högre utsträckning än de mindre kommunerna. I intervjuerna framfördes att kommunens möjlighet att erbjuda utbildningsinsatser ofta är kopplat till resursfrågor. Enkätsvaren rörande stimulansmedlen visar att 27 procent av kommunerna använder dessa medel till kompetens- och utbildningsinsatser inom välfärdsteknik. Här uppstår en risk att dessa utbildningsinsatser minskar när stimulansmedlen upphör om kommunen inte prioriterar egna medel till detta – vilket i sin tur riskerar att försvåra förvaltningen av välfärdsteknik och hämma spridningen. Socialstyrelsen ser det som prioriterat att fortsätta följa utvecklingen inom området.

I intervjustudien lyfts även vikten av att utbilda personal inom olika delar av verksamheten – från handläggare och utförarpersonal till ledning. Enkätresultatet visar att det är vanligast att kommunerna erbjuder utbildningar till utförarpersonal inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Många kommuner erbjuder också utbildning till ledning, chefer och beslutsfattare. Handläggare inom socialtjänst erbjuds utbildning i lägre grad. Totalt 64 procent av de kommuner som erbjuder utbildning riktar denna till handläggare, sett till det totala antalet kommuner är andelen 48 procent. Intervjustudien lyfter fram utbildning av handläggare som en framgångsfaktor, inte minst vad gäller spridningen av digital nattillsyn. Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik och riktar dessa insatser till flera olika personalgrupper såsom utförarpersonal, handläggare och beslutsfattare.

Behov av involvering och inkludering

Intervjustudien lyfte involvering som en framgångsfaktor för att öka spridningen av välfärdsteknik. Att involvera civilsamhälle, brukare, patienter och anhöriga samt kommunens medarbetare och ledning antas bidra till en mer positiv bild av tekniken och stärka motivationen för att öka dess användning. Vikten av involvering har även lyfts i tidigare rapportering av Socialstyrelsen och andra myndigheter [21].

Ett sätt för kommunerna att arbeta med involvering är att inkludera personal, brukare och patienter i ett tidigt stadium när nyttan med tekniken analyseras, innan beslut om att införa tekniken fattats. Av enkätresultatet framgår att vissa kommuner arbetar med nyttoanalyser på detta sätt och systematiskt genomför förstudier, behovs- och konsekvensanalyser innan ett införande. Flera kommuner ger dock uttryck för betydligt lägre grad av systematik som inte omfattar denna typ av involvering. Ett annat område där kommunerna arbetar med involvering är i deras uppföljnings- och utvärderingsarbete, exempelvis genom enkäter, intervjuer och verksamhetsdialog.

Involvering handlar inte bara om att involvera berörda grupper vid införande eller uppföljning av en viss teknik, utan också om att stärka individens egen förmåga för att öka delaktigheten i den digitala utvecklingen. Socialstyrelsens uppföljning visar en positiv utveckling av internettillgången på särskilda boenden för äldre och stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Samtidigt råder en ojämlik tillgång till internetuppkoppling som i vissa fall erbjuds av kommunen, i vissa fall behöver ordnas och bekostas av den enskilde och i vissa fall helt saknas, vilket påverkar individens möjlighet att delta i det digitala samhällslivet.

Årets uppföljning visar att en majoritet av kommunerna erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap. Ofta erbjuds en kombination av olika stöd som utlåning och visningsrum för digital teknik, handledare, utbildning och stödmaterial. De större kommunerna erbjuder denna typ av stöd i betydligt högre utsträckning än de mindre kommunerna. I fritextsvaren rörande stimulansmedlen framkom att flera kommuner använder dessa medel till att stärka digital inkludering och involvering. Här uppstår en risk att detta stöd minskar när stimulansmedlen upphör om kommunen inte prioriterar egna medel till detta. Socialstyrelsen ser det som prioriterat att fortsätta följa utvecklingen inom området och önskvärt att fler kommuner erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap. Även om en majoritet av kommunerna erbjuder denna typ av stöd är det 29 procent av kommunerna som inte gör det. Denna typ av stöd skapar förutsättningar för en jämlik och inkluderande digital omställning. Dessutom kan arbetet med digital inkludering också främja en ökad användning av den välfärdsteknik som kommunen erbjuder. Att invånare har låg kunskap om digital teknik eller inte vet om att tekniken finns tillgänglig beskrivs som ett hinder för spridning av välfärdsteknik i intervjustudien. Detta framfördes även i Socialstyrelsens intervjustudie från 2018 [7]. De kommuner som har arbetat med att involvera civilsamhället genom informationsinsatser och möjlighet att testa teknik beskriver detta som en viktig framgångsfaktor.

Behov av mer kunskap, samverkan och dialog om teknikens målgrupp och användningsområden

Intervjustudien visade att kommunerna ofta definierar målgruppen för en och samma teknik på olika sätt och att snäva definitioner riskerar att leda till en låg spridning och begränsningar av teknikens potential. Flera intervjupersoner uttryckte att de tror att kommunens definition av målgruppen för en teknik kan breddas, där vissa kommuner har ett pågående arbete.

Enkätresultatet visar på liknande sätt att kommunerna erbjuder välfärdsteknik till olika målgrupper där vissa har valt att enbart inrikta sig på äldre i ordinärt boende, medan andra erbjuder tekniken både inom ordinärt och särskilt boende och inom funktionshinderverksamheten. Här uppstår frågan om varför kommunerna skiljer sig åt i detta avseende. Även om Socialstyrelsen inte har svar på denna fråga önskar myndigheten stimulera en dialog i kommunerna kring vilka målgrupper som kan vara hjälpta av en viss teknik. En framgångsfaktor som har framkommit i intervjuerna är att kommuner delar goda exempel och erfarenheter med varandra kring en tekniks målgrupp, användningsområde och nyttor. Denna samverkan behövs både externt mellan kommuner och internt inom en och samma kommun. Ett hinder som har lyfts i intervjustudien är en bristande intern samverkan och dialog. Här kan ett erfarenhetsutbyte över verksamhetsgränser bidra till ett gemensamt lärande och att fler personer får möjlighet att tillgå en teknik. Vidare bedömer Socialstyrelsen att det finns behov av utökat nationellt kunskapsstöd till kommunerna för att ge vägledning och kunskap om teknikernas olika målgrupper, användningsområden och potentiella effekter. Utan detta stöd riskerar kommunernas användning av välfärdsteknik att bli suboptimal. Exempelvis kan det resultera i att en kommun avslutar en teknik eftersom de inte finner rätt målgrupp eller att användningen av tekniken blir lägre än den skulle kunna vara, vilket vi såg exempel på i intervjustudien. Det kan också resultera i en ojämlig tillgång till välfärdsteknik när personer som skulle vara hjälpta av en teknik inte får möjlighet att tillgå den.

Avslutande kommentar

Socialstyrelsens uppföljning visar att tillgången till välfärdsteknik är ojämlig, sett i förhållande till i vilken kommun en person bor. Dels finns det stora skillnader i utbud mellan olika kommuner, liksom inom en och samma kommun, där vissa målgrupper erbjuds tillgång till teknik, men inte andra. Exempelvis erbjuds välfärdsteknik i högre utsträckning inom äldreomsorgen jämfört med funktionshinderverksamheten. Skillnaden mellan verksamhetsområdena är känd sedan tidigare, och har dessutom ökat 2023 på grund av tydliga nedgångar av välfärdsteknik inom funktionshinderområdet. Rapporten visar också att det råder en ojämlig tillgång inom flera andra områden, exempelvis till internet i särskilda boenden och stöd för digital inkludering. Likt tidigare år visar årets rapport att antalet användare av digital tillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare är lågt över lag. Samtidigt finns stora skillnader mellan kommuner där vissa kommuner har en hög spridning, medan andra helt saknar användare. Intervjustudien har visat på flera möjliga faktorer som kan påverka spridningen av en teknik, exempelvis:

- Kommunens syn på teknikens användningsområde, målgrupp och potential. Spridningen av en teknik kan exempelvis begränsas om kommunen avgränsar målgruppen för tekniken på ett icke ändamålsenligt sätt och, medvetet eller omedvetet, exkluderar vissa grupper som skulle kunna vara hjälpta av tekniken
- Hinder i spridningen av tekniken. Hindren kan exempelvis bero på brister i förändringsledning och nyttorealisering, kommunens arbete med

information, involvering och utbildning, kommunens interna och externa samarbete, organisatoriska svårigheter eller brister med tekniken i sig.

Även om dessa faktorer ofta överlappar varandra kan de vara relevanta att särskilja för att belysa de olika åtgärder som behövs för att en kommun ska nå en ändamålsenlig användning av välfärdsteknik. Exempel på frågor som kommunerna här kan ställa i sitt utvecklingsarbete är: Har vi ringat in den målgrupp som tekniken lämpar sig för eller finns det andra som också skulle kunna vara hjälpta av tekniken? Vad krävs för att vi ska nå de individer som är i behov av tekniken? En förutsättning för att kunna besvara dessa frågor är att kommunen har kunskap om enskildas behov och vilka nyttor som tekniken genererar. Här ser Socialstyrelsen behov av fler utvärderingar av teknikens effekter, mer erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan kommuner och ett ökat nationellt kunskapsstöd för att främja en mer jämlik tillgång till välfärdsteknik.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. 2019. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2019-5-16.pdf>.
2. Regeringen. Vision e-hälsa 2025. 2016. Hämtad från:
<https://www.regeringen.se/contentassets/5a2c8365d1b04d33a9bc7512d5d1c5aa/overenskommelse-om-vision-ehalsa-2025.pdf>.
3. Regeringen. Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. 2017. Hämtad från:
<https://www.regeringen.se/contentassets/d8383ab42b0a40808f42b8d68210917d/overenskommelse-om-handlingsplan-for-samverkan-vid-genomforande-av-vision-e-halsa-2025.pdf>.
4. 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.
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. 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>.
7. Socialstyrelsen. Välfärdsteknik: En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner. 2018. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-3.pdf>.
8. E-hälsomyndigheten. Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa). 2020. Hämtad från:
https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/nationellt-stod-till-kommunerna-vid-inforande-och-anvandning-av-digital-teknik.pdf.
9. E-hälsomyndigheten. Invånarundersökningen 2021: Om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2022. Hämtad från:
https://www.ehalsomyndigheten.se/globalassets/ehm/3_om-oss/rapporter/invanarundersokningen-2021-rapport.pdf.
10. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Innovation efter funktion: Välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv. 2020. Hämtad från:
<https://www.vardanalys.se/rapporter/innovation-efter-funktion/>.

11. 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>.
12. Myndigheten för delaktighet. Välfärdsteknik och e-tjänster: Redovisning av ett regeringsuppdrag att stödja kommunerna med kunskap. 2021. Hämtad från: <https://www.mfd.se/contentassets/6738c7ea03704b139a056641881908dd/2021-5-valfardsteknik-och-e-tjanster-slutrapport.pdf>.
13. Myndigheten för digital förvaltning. Digitala Sverige 2022: En samlad analys av samhällets digitalisering. 2023. Hämtad från: <https://www.digg.se/download/18.1e68c05518649f2b2eb6a8e/1677659508496/Digitala%20Sverige%202022.pdf>.
14. 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/>.
15. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Det systematiska informationssäkerhetsarbetet i den offentliga förvaltningen: Resultatredovisning Infosäkkollen 2021. 2022. Hämtad från: <https://rib.msb.se/filer/pdf/30002.pdf>.
16. 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/>.
17. Sveriges Kommuner och Regioner. Digitalisering i välfärden: Medarbetarnas attityder och erfarenheter. 2022. Hämtad från: <https://skr.se/download/18.1cf584b3180b4edbfedc891b/1653911865079/Digitalisering-i-valfarden-medarbetarnas-attityder-och-erfarenheter.pdf>.
18. Björk C, Petrini E. Att utveckla verksamheter med stöd av välfärdsteknik - En utredning av kommuners behov och förutsättningar. Göteborgsregionens kommunalförbund; 2022. Hämtad från: <https://goteborgsregionen.se/download/18.1bafb1a31841889d4437825/1667484684522/Att%20utveckla%20verksamheter%20med%20st%C3%B6d%20av%20v%C3%A4lf%C3%A4rdsteknik.pdf>.
19. Regeringen. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. 2010. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/6ccc07793ab841b888fb343a49d75d54/nationell-ehalsa---strategin-for-tillganglig-och-saker-information-inom-vard-och-omsorg/>.
20. 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/>.
21. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022: Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7897.pdf>
22. 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>

23. 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>.
24. 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>.
25. Socialstyrelsen. Individens behov i centrum – lägesbeskrivning för införandet december 2021: Resultatredovisning av enkätundersökning i Sveriges kommuner. 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-7-8068.pdf>.
26. Socialstyrelsen. Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI). 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-5-7900.pdf>
27. Socialstyrelsen. Säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten: Rättsläge och utgångspunkter. 2019. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-6.pdf>.
28. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom: Slutrapport 2022. 2022. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7922.pdf>.
29. Regeringen. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. 2021. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/contentassets/bf52f7b4298f4eda9dbce8ef5f05e862/overenskommelse-om-aldreomsorg-2022.pdf> .

Bilaga 1 Svarsfrekvens

Tabell 1. Antal och andel kommuner som har besvarat Socialstyrelsens enkät om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, 2023

	Antal kommuner	Svarande, antal	Svarande, andel
Totalt	290	290	100
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	33	100
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	14	100
Storleksgrupp, antal invånare			
0 – 10 tusen invånare	72	72	100
10 – 20 tusen invånare	94	94	100
20 – 50 tusen invånare	75	75	100
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 företag. Resultatet visar att en majoritet av kommunerna driver utförarverksamheterna helt eller delvis i egen regi (se tabell 1). Det verksamhetsområde som är vanligast att kommunerna bedriver helt i egen regi är dagverksamhet inom äldreomsorg. Det verksamhetsområde där kommunerna överlåtit all utförarverksamhet i högst utsträckning är inom området familjerätt.

Tabell 1. Driftsformer för kommunernas utförarverksamhet, andel kommuner i %, 2023 (n=290)

Verksamhetsområde	Kommunen driver all utförarverksamhet i egen regi	Kommunen driver en eller flera utförarverksamheter i egen regi, men inte alla	Kommunen har överlåtit all utförarverksamhet till annan juridisk person*
Barn och unga	51	47	2
Arbetsmarknadsinsatser	79	19	3
Familjerätt (till exempel samarbetsamtal)	72	14	14
Vuxna med missbruksproblem	49	49	2
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (LSS-insatser)	46	52	2
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning (SoL-insatser)	69	30	1
Hemtjänst i ordinärt boende inom äldreomsorg	62	34	3
Äldreomsorg i särskilt boende	71	26	2
Äldreomsorg, dagverksamheter	91	7	2
Kommunal hälso- och sjukvård	83	14	3

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

Bilaga 3 Enkät svar fördelade på kommunstorlek

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

Storleksgrupp	Antal invånare	Antal kommuner (n=290)
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	75
De näst största kommunerna	över 50 000 och under 100 000 invånare	30
De största kommunerna	över 100 000 invånare	19

Tabell 1. Andel kommuner som har olika typer av styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023*

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Styrande dokument där kommunen har angett vad man vill uppnå på lång sikt	Handlingsplan eller motsvarande som är tydligt tid- och resurssatt	Inget av dessa finns	Antal
Socialtjänst				
<10 000 invånare	39	18	54	72
10–20 000 invånare	59	20	31	94
20–50 000 invånare	59	28	27	75
50–100 000 invånare	83	30	10	30
>100 000 invånare	84	37	5	19
Samtliga	58	24	32	290
Kommunal hälso- och sjukvård				
<10 000 invånare	36	17	57	72
10–20 000 invånare	54	18	36	94
20–50 000 invånare	52	29	31	75
50–100 000 invånare	73	30	17	30
>100 000 invånare	79	37	11	19
Samtliga	53	23	36	290

*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 %, 2023

Storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
<10 000 invånare	61	39	72
10–20 000 invånare	67	33	94
20–50 000 invånare	61	39	75
50–100 000 invånare	63	37	30
>100 000 invånare	84	16	19
Samtliga	65	35	290

Tabell 3. Andel kommuner som utför nyttoanalyser inför beslut om införande av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023*

Storleksgrupp, antal invånare	Analys av nytta för personal eller organisation	Analys av nytta för enskilda	Analys av ekonomisk nytta	Annat	Antal
<10 000 invånare	50	47	50	7	72
10–20 000 invånare	55	55	56	12	94
20–50 000 invånare	73	73	71	21	75
50–100 000 invånare	63	63	67	10	30
>100 000 invånare	95	89	84	21	19
Samtliga	62	61	61	13	290

*Flera svar kunde anges.

Tabell 4. Andel kommuner som under 2022 har gjort, eller låtit göra, någon utvärdering av effekterna av välfärdsteknik eller annan digitalisering inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023*

Storleksgrupp, antal invånare	Utvärdering av effekter för personal eller organisation	Utvärdering av effekter för enskilda	Kostnadseffektanalys	Annat	Antal
<10 000 invånare	26	22	17	4	72
10–20 000 invånare	30	31	19	4	94
20–50 000 invånare	35	27	23	5	75
50–100 000 invånare	53	53	37	7	30
>100 000 invånare	58	47	32	0	19
Samtliga	34	31	22	4	290

*Flera svar kunde anges.

Tabell 5. Andel kommuner som har ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som omfattar socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023

Storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
<10 000 invånare	43	57	72
10–20 000 invånare	46	54	94
20–50 000 invånare	47	53	75
50–100 000 invånare	63	37	30
>100 000 invånare	74	26	19
Samtliga	49	51	290

Tabell 6. Andel kommuner som under 2022 har gjort en uppföljning av identifierade risker och behov av utveckling när det gäller informationssäkerhet, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023

Verksamhet och storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
Socialtjänst			
<10 000 invånare	51	49	72
10–20 000 invånare	55	45	94
20–50 000 invånare	57	43	75
50–100 000 invånare	87	13	30
>100 000 invånare	84	16	19
Samtliga	60	40	290
Kommunal hälso- och sjukvård			
<10 000 invånare	50	50	72
10–20 000 invånare	51	49	94
20–50 000 invånare	57	43	75
50–100 000 invånare	80	20	30
>100 000 invånare	89	11	19
Samtliga	58	42	290

Tabell 7. Andel kommuner som har gjort en klassning av information som avser konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023

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
Socialtjänst				
<10 000 invånare	19	53	28	72
10–20 000 invånare	16	50	34	94
20–50 000 invånare	32	52	16	75
50–100 000 invånare	47	53	0	30
>100 000 invånare	47	53	0	19
Samtliga	26	52	22	290
Kommunal hälso- och sjukvård				
<10 000 invånare	21	50	29	72

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
10–20 000 invånare	15	47	38	94
20–50 000 invånare	33	45	21	75
50–100 000 invånare	40	57	3	30
>100 000 invånare	37	63	0	19
Samtliga	25	49	26	290

Tabell 8. Andel kommuner som har en personalresurs med avsatt tid för arbete med utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik inom socialtjänst eller kommunal hälso- och sjukvård, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023

Storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
<10 000 invånare	78	22	72
10–20 000 invånare	85	15	94
20–50 000 invånare	91	9	75
50–100 000 invånare	100	0	30
>100 000 invånare	100	0	19
Samtliga	87	13	290

Tabell 9. Andel kommuner som erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik till medarbetare, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023

Storleksgrupp, antal invånare	Ja	Nej	Antal
<10 000 invånare	68	32	72
10–20 000 invånare	74	26	94
20–50 000 invånare	76	24	75
50–100 000 invånare	73	27	30
>100 000 invånare	95	5	19
Samtliga	74	26	290

Tabell 10. Andel kommuner som erbjuder olika typer av kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik till medarbetare, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023*

Storleksgrupp, antal invånare	Utbildning om e-hälsa och välfärdsteknik	Utbildning i användning av välfärdsteknik	Utbildning i användning av digitala arbetsverktyg	Utbildning av digitala coacher/superanvändare (för personal)	Annan utbildning/kompetensutveckling	Antal
<10 000 invånare	29	53	61	47	4	72
10–20 000 invånare	34	53	68	53	10	94
20–50 000 invånare	36	61	68	56	12	75
50–100 000 invånare	50	53	70	67	10	30
>100 000 invånare	63	74	89	74	26	19
Samtliga	37	57	68	55	10	290

*Flera svar kunde anges

Tabell 11. Andel kommuner som erbjuder kompetensutveckling inom e-hälsa och välfärdsteknik till olika typer professioner, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023*

Storleksgrupp, antal invånare	Ledning, chefer och beslutsfattare	Verksamhetsutvecklare	Handläggare inom socialtjänst	Utförarpersonal inom socialtjänst	Utförarpersonal inom kommunal hälso- och sjukvård	Administrativ personal	Annan profession	Antal
<10 000 invånare	49	35	42	63	61	42	1	72
10–20 000 invånare	57	53	47	71	68	43	4	94
20–50 000 invånare	59	55	49	71	65	45	4	75
50–100 000 invånare	63	60	63	70	70	57	0	30
>100 000 invånare	68	79	47	79	79	53	11	19
Samtliga	57	51	48	69	67	45	3	290

*Flera svar kunde anges.

Tabell 12. Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, per storleksgrupp för kommunerna, i %, 2023*

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

*Flera svar kunde anges.

Bilaga 4 Kvalitetsdeklaration

Enkätundersökning

Följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik
R56023-3

Inledning

Socialstyrelsen genomför sedan 2014 en årlig enkätundersökning på regeringens uppdrag i landets alla kommuner med frågor om digitalisering, e-hälsa och välfärdsteknik. Undersökningen avser socialtjänsten, omsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Sedan 2021 ingår enkäten som en del av åiterrapporteringen för statliga stimulansmedel enligt överenskommelsen om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. För de kommuner som mottagit stimulansmedel är enkäten obligatorisk. Projektledare för datainsamlingen var 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 befattning med ansvar för socialtjänst och vård och omsorg i kommunen, eller befattningshavare med ansvar för e-hälsa och välfärdsteknik, exempelvis IT-strateg, digitaliseringsstrateg eller kvalitetssamordnare. Populationen omfattar alla kommuner. Antalet i målpopulationen är 290 kommuner.

Totalundersökning

Undersökningen är en totalundersökning för kommuner. Urvalssäkerhet förekommer därmed inte men däremot är svarsbortfall en osäkerhetsfaktor. För de tre kommuner som inte ansökt om stimulansmedel är enkäten frivillig.

Frågor och variabler

Frågekonstruktören utformade frågorna i samarbete med projektledaren och sakkunniga inom Socialstyrelsen. Årets enkät har omarbetats i samarbete med en arbetsgrupp från SKR Kompetenscenter välfärdsteknik bestående av en representant för SKR och två projektledare från var sin modellkommun.

Enkäten bestod av 40 huvudfrågor samt 26 följdfrågor, beroende på hur kommunerna har svarat på huvudfrågan, vilket gav totalt 66 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. Undersökningens referensperiod är 2023. För frågor avseende statliga stimulansmedel är referensperioden 2022. Enkäten har samverkats med SKR.

Enkäten innefattar villkor som gör att vissa enkätfrågor exkluderas beroende på hur kommunen har valt att organisera sin verksamhet – i regel besvarar kommuner inte frågor som rör digitalisering inom verksamheter som de helt har överlåtit till annan juridisk person, exempelvis privata bolag.³² I enkäten till de 287 kommuner som rekviderat stimulansmedel 2022 ingick

³² Vad gäller enkätfrågor om hemsjukvård i ordinärt boende så har dessa frågor exkluderas för kommuner i Stockholms län då hemsjukvården bedrivs av regionen, till skillnad från övriga kommuner i landet.

frågor om hur de har använt medlen. Dessa frågor var exkluderade i enkäten till de tre kommuner som inte har rekvirerat medel för 2022.

Datainsamling

Datainsamlingen 2023 har liksom tidigare år genomförts via en webbenkät. Enkäten skickades ut till alla 290 kommuner den 9 januari med angiven sista svarsdag den 6 februari. Efter fem påminnelser och en förlängning av svarstiden stängdes enkäten slutgiltigt den 17 februari 2023.

Svarsfrekvens

Det var 290 kommuner som besvarade enkäten. Det ger en svarsfrekvens på 100 procent.

Bortfall

Då alla kommuner besvarade enkäten förekommer inget bortfall. I denna undersökning finns inget partiellt bortfall då frågorna är obligatoriska.

Tillförlitlighet

Ramtäckning

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

Mätfel

I samband med datainsamlingen kan slumpmässiga och systematiska fel uppstå, dessa kallas mätfel. De svar som ges kan vara osäkra eller felaktiga. De kan även bli fel på grund av att de som svarar har missuppfattat frågan. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bland annat mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet. För att minska risk för mätfel har enkäten konstruerats med ämneskunnig, enkätfrågekonstruktör, en statistiker och i samråd med SKR.

En kvalitetskontroll och stickprov genomfördes av 2023 års enkätsvar för att uppmärksamma inkonsekvens och möjliga felsvar (se bilaga 5). Sammantaget visar stickproven att enkätresultaten behöver tolkas med försiktighet. Upp- och nedgångar i utvecklingen kan bero på felsvar, eller att olika respondenter har besvarat enkäten och tolkat frågan på olika sätt mellan åren, och inte faktiska förändringar i verksamheten.

Bearbetning

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

Beskrivning av data

Statistiska mått

Från undersökningen redovisas andel och antal för hela riket.

Jämförbarhet

Jämförbarhet över tid

Det är tionde året Socialstyrelsen genomför undersökningen. Frågeformuläret har emellertid genomgått vissa förändringar mellan åren vilket medför att vissa frågor inte ingår alla år. För frågor som är oförändrade redovisas tidsserier. Förändringar av enkäten som Socialstyrelsen bedömer kunna påverka jämförbarheten med tidigare års enkätresultat kommenteras i resultatredovisningen.

Tillgänglighet

Socialstyrelsen publicerar rapporten på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se. Enkätresultatet publiceras i jämförelseverktyget *E-hälsa i kommunerna*, som finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats, där kommunerna kan jämföra sitt resultat med andra kommuner, län och nationellt.³³

³³ Socialstyrelsens data för jämförelser. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Hämtad 2023-05-08 från: <https://px.socialstyrelsen.se/pxweb/sv/E-h%C3%A4lsa%20och%20v%C3%A4lf%C3%A4rdsteknik%20i%20kommunerna/>

Bilaga 5 Kvalitetskontroll och stickprov

Kvalitetskontroll

Socialstyrelsen genomförde en kvalitetskontroll av 2023 års enkätsvar för vissa enkätfrågor. Detta genomfördes med anledning av en inkonsekvens i kommunernas enkätsvar som uppmärksammades i rapporten från 2022 [21]. Områden där förändringar i kommunernas enkätsvar 2022–2023 kan vara tecken på felsvar identifierades av projektledaren och statistiker. Sammantaget genomfördes en kvalitetskontroll av följande områden:

- Valfärdsteknik. Kontroll: Kommuner som har angett att en teknik var breddinförd 2022 och att den inte förekommer 2023
- Antal användare av valfärdsteknik. Kontroll: Kommuner med en kraftig uppgång eller nedgång i antal användare av digital tillsyn, gps-larm eller läkemedelsfördelare mellan 2022–2023
- Digitalt stöd till personal. Kontroll: Kommuner som har angett att en teknik var breddinförd 2022 och att den inte förekommer 2023
- Automatisering. Kontroll: Kommuner som har angett att de hade en automatiserad process 2022 och att de inte har en sådan 2023
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar valfärdsteknik. Kontroll: Kommuner som har angett att de hade ett kvalitetsledningssystem 2022 och att de inte har ett sådant 2023
- Styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, valfärdsteknik och digitalisering. Kontroll: Kommuner som har angett att de hade styrande dokument 2022 och att de inte har det 2023
- Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS). Kontroll: Kommuner som har angett att de hade ett LIS 2022 och att de inte har ett sådant 2023
- Krav på stark autentisering. Kommuner som har angett att de hade krav på stark autentisering 2022 och att det inte har sådana krav 2023.

Resultatet av kvalitetskontrollen visar att det är vanligt att kommunerna ändrar sina svar mellan åren, från att något av ovanstående fanns på plats 2022 till att det inte förekommer 2023. Inom valfärdsteknik och digitalt stöd för personal förekommer denna inkonsekvens inom de flesta tekniker och verksamhetsområden. I vissa fall rör det sig om upp till 50 kommuner som ändrat sina svar från att en teknik var breddinförd 2022 till att den inte förekommer 2023, men ofta ligger nivån på omkring 10–30 kommuner. Tabell 1 visar de typer av valfärdsteknik och digitalt stöd till personal där över 40 kommuner ändrat sina svar 2022–2023.

Tabell 1. Antal kommuner som ändrat sitt svar från att en teknik var bredinförd 2022 till att den inte förekommer 2023

Typ av teknik och verksamhet	Antal kommuner
Passivt larm/sensor i kommunal hälso- och sjukvård	50
Passivt larm/sensor i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning	43
Gps-larm i kommunal hälso- och sjukvård	46
Gps-larm i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning	41
Digitalt planeringsverktyg för personal i kommunal hälso- och sjukvård	42
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning	39
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video vid andra tillfällen i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning	42

Inom automatisering rör det sig om 11–39 kommuner som ändrat sina svar mellan åren, beroende på verksamhetsområde. Inom ledningssystem, styrande dokument och krav på stark autentisering rör det sig om 4–41 kommuner som ändrat sina svar mellan åren – från att något fanns på plats 2022 till att det inte förekommer 2023 (se tabell 2).

Tabell 2. Antal kommuner som ändrat sitt svar från ett positivt till ett negativt svar mellan 2022–2023

Enkätfråga	Antal kommuner
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar välfärdsteknik	41
Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)	23
Styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering inom socialtjänsten	37
Krav på stark autentisering inom kommunens nät	6
Krav på stark autentisering utanför kommunens nät	4

Stickprov

Med anledning av kvalitetskontrollens resultat genomfördes stickprov 2023 där Socialstyrelsen kontaktade 16 kommuner för att få mer information om anledningen till att de har ändrat sina svar mellan åren – om ändringen speglar en faktisk förändring i verksamheten eller om det rör sig om ett felsvar. Totalt 15 kommuner svarade på stickprovskontrollen. Merparten av kommunerna uppgav att enkätsvaren var felaktiga, antingen 2022 eller 2023. Anledningen till att kommunen har svarat fel härleds i många fall till att enkätfrågorna är svårtolkade och att olika respondenter besvarat enkäten olika år vilket gett upphov till olika svar. Exempelvis kan ett pågående införande av en teknik tolkas av vissa som att tekniken förekommer och av andra som att den inte gör det. Någon enstaka kommun uppgav att ändringen speglar en faktisk förändring av verksamheten. Exempelvis uppgav en kommun att de har ett pågående byte av verksamhetssystem vilket medfört att de ännu inte

kopplat på krav på stark autentisering, vilket de hade på plats 2022 för det dåvarande verksamhetssystemet. Av de kommuner som uppvisade en kraftig upp- eller nedgång i antal användare av välfärdsteknik uppgav alla utom en kommun att uppgifterna de har angett var felaktiga, antingen 2022 eller 2023. Den kommun som har angett korrekta uppgifter kommenterar att anledningen till den kraftiga ökningen av gps-larm är att de driver ett aktivt arbete med att byta ut stationära trygghetslarm mot mobila trygghetslarm. Vidare förekommer några exempel på kommuner som avslutat en välfärdsteknik som tidigare var införd. Anledningar till detta som nämns är:

- att kommunen har valt att gå över till en annan typ av teknik som uppfyller samma syfte
- att kommunen har bytt sätt att tillhandahålla tekniken på. I detta fall att kommunen valt att bevilja tekniken enligt SoL i stället för att förskriva den enligt HSL
- att förändrade omständigheter medfört att behovet av tekniken inte längre kvarstår. I detta fall att pandemin medförde behov av digital kommunikation mellan brukare och närstående som inte kvarstod när de kunde träffas fysiskt igen
- missnöje med tekniken.

En liknande kvalitetskontroll genomfördes 2022 med stickprov som skickades ut till 10 kommuner varav 5 svarade. I 2022 års stickprov inkluderades endast kommuner som ändrat sina enkätsvar från att en välfärdsteknik var breddinförd 2021 till att den inte förekom 2022. Resultatet från 2022 års stickprov visade samma sak som 2023 – att en klar majoritet av förändringarna berodde på felsvar – antingen 2021 eller 2022.

I dialogen med SKR Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten framförs att de ser det som mycket ovanligt att en kommun tar bort styrande dokument eller avslutar ledningssystem som de tidigare haft. Även om det kan förekomma exempel på kommuner som avslutar en välfärdsteknik som varit införd, ser de även detta som ovanligt. Förklaringen till den inkonsekvens som syns i kvalitetskontrollen tror både SKR:s kompetenscenter och nätverk beror på olika respondenters tolkningar av enkätfrågorna samt skillnader i kunskapsnivå mellan olika respondenter. En aspekt som lyfts – som kan göra att en kommun ändrar sitt svar mellan åren – är att kommunen har fått mer kunskap på området vilket medför att de förstår enkätfrågan bättre och kan ange ett mer korrekt svar.

Sammantaget visar stickproven att enkätresultaten behöver tolkas med försiktighet. Upp- och nedgångar i utvecklingen kan bero på felsvar eller olika respondenters tolkningar av enkätfrågan, och inte faktiska förändringar i verksamheten. Hur stor andel som är felsvar eller faktiska förändringar ute i verksamheterna kan inte Socialstyrelsen uttala sig om i dagsläget. Generellt kan sägas att för stor vikt inte bör ges åt mindre förändringar på några enskilda procentenheter men att större förändringar fortfarande visar på trender i utvecklingen. Socialstyrelsen ser ett behov av fler kvalitetskontroller framöver för att öka uppföljningens tillförlitlighet. Det kan också finnas behov av anpassningar av enkäten för att begränsa tolkningsutrymmet och ge stöd åt kommunerna i besvarandet av enkäten.

Bilaga 6 Urval, intervjupersoner och intervjuguide

Urval

Intervjustudiens urval bestod av kommuner som 2022 hade ett lägre antal användare än genomsnittet för teknikerna digital natttillsyn, gps-larm och läkemedelsfördelare. I urvalet ingick kriterierna att kommunen har haft tekniken sedan 2020 och att de har breddinfört tekniken 2021 och 2022.³⁴ Fokus för intervjustudien var att öka förståelsen för varför användningen av välfärdsteknik är lägre i vissa kommuner. Därför bedömde Socialstyrelsen att det var av större intresse att intervjua kommuner som har infört tekniken brett och haft den under längre tid, men som fortfarande uppvisar en lägre användning än genomsnittet.

Det första urvalet resulterade i ett för högt antal kommuner som uppfyllde kriterierna i förhållande till intervjustudiens omfattning. Socialstyrelsen prioriterade då kommuner som uppfyllde kriterierna för fler än en av teknikerna. Socialstyrelsen gjorde även en prioritering bland kommunerna för att uppnå högre geografisk spridning och en blandning mellan större och mindre kommuner. En intervjufrågan skickades slutligen ut till 17 kommuner varav 9 tackade ja till att ingå i intervjustudien. Sett till invånarantal bestod urvalet av 1 kommun med över 100 000 invånare, 2 kommuner med 50 000–100 000 invånare, 2 kommuner med 20 000–50 000 invånare, 2 kommuner med 10 000–20 000 invånare och 2 kommuner med under 10 000 invånare. Geografiskt var Värmlands län överrepresenterat med 3 kommuner, resterande kommuner var belägna i Stockholms län, Kronobergs län, Västra Götalands län, Örebro län, Västmanlands län och Västerbottens län.

Även om urvalet och dess kriterier utformades för att identifiera kommuner med lägre teknikanvändning än genomsnittet ingår även kommuner med högre användning (se tabell 1 i resultatredovisningen).³⁵ Anledningen till det är att vissa kommuner uppfyllde kriterierna för en teknik, men inte övriga. Socialstyrelsen valde i dessa fall att ställa intervjufrågor om samtliga tre tekniker för att inhämta så mycket information som möjligt. Vidare inkluderades också svaren från de två modellkommunerna i analysen, som inte uppfyllde urvalskriterierna för någon teknik. Socialstyrelsen bedömer det som en styrka för analysen att olika perspektiv finns representerade.

Intervjupersoner

I intervjufrågan efterfrågade Socialstyrelsen deltagare med vetenskap om nuläget, utmaningar och framgångsfaktorer med digital natttillsyn, gps-larm

³⁴ Uppgifterna hämtades från Socialstyrelsens årliga enkät om e-hälsa och välfärdsteknik. För läkemedelsfördelare fanns endast uppgifter om breddinförande från 2022.

³⁵ I urvalet ingår även några kommuner som har en teknik i pilotverksamhet eller som tidigare haft eller överväger att införskaffa en teknik

och läkemedelsfördelare samt kännedom om teknikernas målgrupp och mottagande. Kommunerna avgjorde själva vilka roller eller professioner som de önskade ha representerade vid intervjun och de flesta kommuner valde att ha fler än en deltagare. Ofta representerade intervjupersonerna olika verksamheter inom samma kommun. Totalt deltog 18 intervjupersoner från 9 kommuner. Ungefär hälften av dessa var chefer i olika befattningar. En majoritet var chefer inom utförarsidan, exempelvis för hemtjänstens nattpatrull och larmgrupper, och några representerade handläggarsidans myndighetsutövning. I vissa fall hade cheferna ett övergripande ansvar för socialförvaltning och äldreomsorg och i andra fall ett mer begränsat ansvarsområde. Flera intervjupersoner representerade tekniksidan i roller som it-samordnare, objekt-specialister, systemförvaltare, larm- eller systemansvariga. Några intervjupersoner representerade verksamhetsutvecklingsidan i roller som projekt- och kvalitetsledare och två intervjupersoner kom från den kommunala hälso- och sjukvården.

Intervjupersonernas kunskap och insyn i arbetet med de olika teknikerna skilde sig åt. Flest intervjupersoner var involverade i arbetet kring digital natttillsyn, primärt från utförarsidan. Flera intervjupersoner uttryckte att de hade bristande insyn i arbetet med läkemedelsfördelare och gps-larm. Många intervjupersoner var verksamma inom äldreomsorgen och betydligt färre inom funktionshinderområdet. Vidare hade intervjupersonerna ofta bättre insyn i teknikanvändningen inom ordinärt boende jämfört med särskilda boenden. Dessa skillnader behöver beaktas i tolkningen av intervjuretatsatet.

Intervjuguide

I intervjuerna användes en intervjuguide med frågor om kommunens syn på tekniken och dess användningsnivå samt framgångsfaktorer och hinder i förvaltning och spridning av tekniken. Intervjuerna utgick från följande frågor:

- Kan ni kortfattat beskriva hur det går till när enskilda beviljas tekniken i er kommun?
- När ni den målgrupp som avsågs vid införandet av tekniken? När ni "rätt" målgrupp?
- Hur upplever ni mottagandet av tekniken? Vilka attityder har ni mött från brukare, patienter, anhöriga och personal?
- Hur uppfattar ni nyttan med tekniken i er kommun? Har det gjorts någon utvärdering eller uppföljning av effekterna av tekniken?
- Hur ser ni på utvecklingen över tid?
- Vilka faktorer tror ni har påverkat spridningen av tekniken i er kommun?
- Hur ser ni på dagens nivå av användning av tekniken i er kommun?
- Har ni som ambition att öka användningen?
- Finns det några utmaningar i arbetet? Hinder eller framgångsfaktorer?
- Hur tänker ni framåt när det gäller välfärdsteknik i er kommun? Vilka lärodomar tar ni med er?