

# Jämlik e-hälsa

Tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster  
och välfärdsteknik

## Fokusrapport

Dnr: 2020/05075

Datum: 2020-11-23



## Förord

E-hälsomyndigheten ska enligt sitt instruktionsenliga uppdrag samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen inom e-hälsoområdet. E-hälsomyndigheten har tagit fram föreliggande fokusrapport för att bidra till ökad kunskap gällande hur tillgång, fördelning och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik ser ut, ur ett jämlikhetsperspektiv, i Sverige idag.

Rapporten är framtagen av utredarna Åsa Zetterström Klintsjö (projektledare), Bessam Saleh, Maria Wegner, Amanda Mårtensson och junior utredare Morine Kalulanga. Beslut om denna rapport har fattats av avdelningschef Annemieke Ålenius. Utredare Bessam Saleh har varit föredragande.

Annemieke Ålenius

Avdelningschef

Stockholm den 23 november 2020

## Innehåll

Sammanfattning.....	5
1. Inledning.....	7
1.1 Syftet med rapporten.....	7
1.2 Avgränsningar.....	8
1.3 Genomförande och disposition.....	8
1.4 Begrepp .....	8
1.5 Kort om observerbara skillnader och jämlikhet.....	10
2. Förutsättningar för e-hälsa i Sverige.....	10
2.1 Vision e-hälsa 2025.....	10
2.1.1 Aktörer inom e-hälsa.....	11
2.2 Övergripande förutsättningar för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten .....	12
2.2.1 Statlig och nationell nivå .....	12
2.2.2 Regional nivå.....	13
2.2.3 Kommunal nivå.....	14
2.2.4 E-hälsa och tillgänglighet till vård och omsorg .....	15
2.3 Digital infrastruktur .....	16
2.3.1 Hård infrastruktur.....	16
2.3.2 Mjuk infrastruktur .....	17
2.4 Digitala invånare .....	17
2.4.1 En majoritet av invånarna är digitala.....	18
2.4.2 Digitalt utanförskap.....	18
2.4.3 Utmaningar med digitalt utanförskap .....	19
3. E-hälsotjänster och välfärdsteknik .....	20
3.1 Utbud av e-hälsotjänster och välfärdsteknik .....	20
3.1.1 1177 Vårdguidens e-tjänster.....	20
3.1.2 Nationell patientöversikt.....	22
3.1.3 E-hälsomyndighetens nationella e-hälsotjänster .....	22
3.1.4 Regionala och kommunala e-hälsotjänster .....	23
3.1.5 Välfärdsteknik.....	24

3.2	Invånarnas användning av e-hälsotjänster .....	25
3.2.1	Inställning till och förtroende för e-hälsotjänster .....	25
3.2.2	Användningen av hälso- och sjukvårdens e-hälsotjänster.....	27
3.2.3	Digitala vårdbesök .....	27
4.	Slutsatser .....	28
4.1	Digitalt utanförskap riskerar att öka skillnader mellan grupper.....	28
4.2	Varierande förutsättningar och prioriteringar skapar ojämlik tillgång till e-hälsotjänster .....	30
4.3	Informationsdelning ökar tillgänglighet och delaktighet.....	30
4.4	Covid-19-pandemin har lett till ökad användning av e-hälsotjänster, särskilt bland äldre .....	31
4.5	Förbättrad analys av data för ökad jämlikhet.....	32

## Sammanfattning

Sverige har som mål att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Trots målsättningen visar Folkhälsomyndighetens årsrapport 2019 att skillnader i livsvillkor inte bara består utan i vissa avseenden även ökar, vilket riskerar att leda till ojämlik hälsa. E-hälsa och digitalisering kan bidra till att skapa förutsättningar för en mer jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det finns goda förutsättningar för att invånarna ska kunna ta del av fördelarna som digitalisering av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten medför. Befolkningen har ett högt förtroende för hälso- och sjukvården och den digitala infrastrukturen är generell utbyggd och modern. Invånarna i Sverige har, i jämförelse med många andra länder, en hög digital mognad. En majoritet av invånarna har tillgång till dator eller smartphone för att använda internet och förväntar sig kunna ta del av samhällsservice digitalt. Nationella satsningar, som exempelvis regeringens digitaliserings- respektive bredbandsstrategier samt den nationella visionen för e-hälsa 2025, har bidragit till att skapa grundförutsättningar för invånarna att kunna ta del av den digitala omställning som hälso- och sjukvården samt socialtjänsten genomgår.

E-hälsotjänster bidrar till ökad patientsäkerhet, tillgänglighet, valfrihet och skapar mer likvärdiga förutsättningar för en jämlik hälsa. Tjänster som reducerar invånarens ansvar för att säkerställa att relevant information förmedlas mellan olika vårdinrättningar har potential att bidra till en mer jämlik vård, då informationsdelningen blir likvärdig för alla. Exempelvis kommer införandet av nationell läkemedelslista (NLL) att ge vårdgivare och apotekspersonal en mer heltäckande bild av patientens läkemedelsanvändning, vilket leder till ökad patientsäkerhet, effektivisering och möjlighet till uppföljning.

Varierande regionala och kommunala förutsättningar och prioriteringar ger upphov till en ojämlik tillgång till e-hälsotjänster och välfärdsteknik i Sverige. Till exempel är alla regioner idag anslutna till e-tjänsten Journalen, men den information som är tillgänglig för invånarna varierar. Samma sak gäller för Nationell patientöversikt (NPÖ), där informationsmängderna skiljer sig åt mellan regionerna och kommuner, och omfattar inte heller samtliga vårdgivare i Sverige. Skillnaderna medför att invånarna inte har jämlika möjligheter att vara aktiva i sin hälsa, vård och stöd samt att kvaliteten och patientsäkerheten kan påverkas beroende på var i landet individen bor. Ökad regionöverskridande samverkan, exempelvis via det samägda Inera, kan bidra till mer jämlika förutsättningar. Gemensam infrastruktur och gemensamma digitala lösningar för socialtjänsten skulle också kunna underlätta för kommunerna att erbjuda invånare en mer jämlik service.

För personer som av olika anledningar saknar förutsättningar att ta del av det digitala utbudet riskerar dock den snabba digitaliseringen att skapa eller förstärka ett redan befintligt utanförskap. Hög ålder, låg utbildningsnivå samt förekomst av funktionsnedsättning är riskfaktorer för ett digitalt utanförskap, vilket också återspeglas i hur dessa grupper använder e-hälsotjänster. Det finns behov av att anpassa dagens e-hälsotjänster så att de blir tillgängliga för fler, samt att stödja och motivera till ökad användning. Universell utformning av e-hälsotjänster samt utveckling som inkluderar behovsanpassning för individer eller grupper som har någon form av funktions-

nedsättning är ett sätt att adressera tillgänglighetsaspekten. Samverkan med patient- och brukarorganisationer samt äldreorganisationer är också en viktig del i arbetet.

Covid-19-pandemin har på många sätt bidragit till att driva på digitaliseringen av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Pandemin har medfört förändrade behov och beteenden hos invånarna, inte minst i kommunikationen med hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. En tydlig effekt är att användningen av e-hälsotjänster ökat, särskilt bland äldre. Om äldres erfarenheter av, och förtroende för, de digitala tjänsterna faller väl ut kan det bidra till en norm- och beteendeförändring som består även efter pandemin.

E-hälsa genererar en mängd data som kan användas för att utveckla processer, utfall och kvalitet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Ökad interoperabilitet, med möjligheten för data att flöda mellan olika system och tjänster, kan bidra till såväl förbättrad vård och omsorg som förbättrade möjligheter till uppföljning och utveckling.

## 1. Inledning

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken i Sverige är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.<sup>1</sup> Folkhälsan har under lång tid utvecklats positivt i landet. Samtidigt förekommer skillnader mellan socioekonomiska grupper, inom ett antal områden är skillnaderna mellan grupperna fortfarande stora och ibland även ökande.<sup>2</sup>

Sverige har som målsättning att år 2025 vara bäst i världen på att använda 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.<sup>3</sup> E-hälsa kan bland annat bidra till en mer jämställd, jämlik, effektiv och tillgänglig hälso- och sjukvård samt socialtjänst.<sup>4</sup> E-hälsotjänster kan medföra ökad delaktighet, självständighet och livskvalitet för invånare som ges möjlighet, och har förmågan, att använda dess fördelar.<sup>5</sup> Invånare som däremot av olika skäl inte kan ta del av e-hälsotjänster riskerar att gå miste om dess fördelar. Ojämlik tillgång till och användning av e-hälsotjänster riskerar därmed att bidra till att cementera, eller öka, redan rådande ojämlika hälsoförhållanden.

Kunskap om eventuella skillnader är viktig eftersom e-hälsa blir en alltmer integrerad del av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Centralt för dessa verksamheter är att vården och omsorgen ska ges på lika villkor och efter behov till alla individer oavsett förmåga eller bostadsort. Genom att belysa skillnader i utbudet och användningen av e-hälsotjänster och välfärdsteknik kan kunskapen användas för att utveckla befintliga och framtida e-hälsotjänster och vid policyutveckling inom området.

E-hälsomyndigheten har här en viktig roll, då myndigheten bland annat har till uppgift att övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet.<sup>6</sup>

### 1.1 Syftet med rapporten

Syftet med denna fokusrapport är att ge en samlad nulägesbild av hur tillgången på och användning av e-hälsotjänster och välfärdsteknik ser ut i Sverige ur ett jämlikhetsperspektiv. Målet är att belysa faktorer som förklarar eventuella regionala skillnader i tillgången på e-hälsotjänster och välfärdsteknik samt belysa de faktorer som förklarar variationen i användning av dessa tjänster mellan olika grupper i samhället.

Det finns flera nationella aktörer som följer upp e-hälsotjänster och välfärdsteknik ur olika perspektiv. Informationsmängden är omfattande, delvis fragmenterad och föränderlig eftersom utvecklingen på området går snabbt framåt. Denna rapport strävar

<sup>1</sup> Prop. 2017/18:249 *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*.

<sup>2</sup> Se vidare Folkhälsomyndigheten (2020) *Folkhälsans utveckling Årsrapport 2020*.

<sup>3</sup> Regeringen och SKR (u.å) *Vision e-hälsa 2025*.

<sup>4</sup> Regeringen och SKR (2020) *En strategi för genomförandet av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020–2022*.

<sup>5</sup> Regeringen och SKR (2020) *En strategi för genomförandet av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020–2022*.

<sup>6</sup> 1 § förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.

efter att ge en aktuell sammanställning över var skillnaderna är stora och vilka skillnader som bör studeras och följas upp närmare i framtiden.

## 1.2 Avgränsningar

I denna rapport ingår de e-hälsotjänster och den välfärdsteknik som erbjuds invånarna inom ramen för hälso- och sjukvårdens, socialtjänstens och i viss utsträckning apotekens ansvarsområden. Det handlar dels om digitala tjänster som bidrar till att förbättra eller bibehålla hälsan, dels om tjänster som bidrar till en mer tillgänglig hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Urvalet ger en god grund att bedöma om det finns uppenbara skillnader i befolkningens tillgång till eller användande av e-hälsotjänster och välfärdsteknik.

Rapporten fokuserar endast på svenska förhållanden.

## 1.3 Genomförande och disposition

Arbetet med fokusrapporten har genomförts genom informationsinsamling och kartläggning av nationella aktörers arbete inom området e-hälsa. Vi har så långt det varit möjligt, strävat efter att studera tillgång till och användande av e-hälsotjänster och välfärdsteknik utifrån olika perspektiv, exempelvis ålder, kön och geografi. Rapporten baseras på ett urval uppgifter som andra nationella aktörer är producenter av. Endast i vissa fall är E-hälsomyndigheten producent av uppgifterna.

Information om E-hälsomyndighetens digitala läkemedelstjänster och produkter, samt hur de bidrar till ett mer jämlikt utfall inom e-hälsa, har inhämtats via intervjuer med ansvariga personer på myndigheten.

Rapporten består av fyra kapitel. Efter det inledande kapitlet beskriver vi i kapitel två ett urval av de viktigaste förutsättningarna för digitaliseringen av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Dessa förutsättningar utgör grunden för och påverkar det utbud av e-hälsotjänster som regioner och kommuner erbjuder sina invånare. Kapitel tre inleds med en redovisning av den variation som idag råder i landet, på regional och kommunal nivå, när det gäller utbudet av e-hälsotjänster och välfärdsteknik. Därefter, i samma kapitel, redovisar vi hur förtroendet för och användningen av e-hälsotjänster ser ut bland olika grupper i samhället, eftersom mycket talar för att de är tätt sammankopplade. Rapporten avslutas med slutsatser och rekommendationer i kapitel fyra.

## 1.4 Begrepp

### E-hälsa

Hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. E-hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa.<sup>7</sup> I denna rapport används e-hälsa som ett samlingsbegrepp för e-hälsotjänster och välfärdsteknik.

---

<sup>7</sup> Socialstyrelsens termbank.



## E-hälsotjänst

I rapporten används begreppet e-hälsotjänst för att beskriva e-tjänster inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst, vars syfte bland annat är att förbättra tillgängligheten till hälsoinformation för invånare och medarbetare. En e-tjänst tillhandahålls via ett elektroniskt gränssnitt, som helt eller delvis utförs elektroniskt.

## Jämlikhet

Jämlikhet betyder att alla människor har samma värde och ska behandlas likvärdigt, oavsett till exempel etnisk tillhörighet, kön, sexuell läggning eller funktionsnedsättning. Ordet jämlikhet kommer från FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från år 1948.<sup>8</sup>

## Tillgänglighet

Inom hälso- och sjukvården används begreppet tillgänglighet för att beskriva tillgången till vård, förekomsten av köer, öppettider, olika former för kontakt och avstånd till vården. Tillgänglighet kan också beskriva fysisk tillgänglighet till lokaler, hissar och liknande samt kognitiv tillgänglighet för personer med eller utan funktionsnedsättning.<sup>9</sup>

## Välfärdsteknik

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.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> <https://fn.se/vi-gor/vi-utbildar-och-informerar/fn-info/vad-gor-fn/fns-arbete-med-manskliga-rattigheter/den-allmanna-forklaringen-om-de-manskliga-rattigheterna/>

<sup>9</sup> Myndigheten för delaktighet (2015) *Riktlinjer för tillgänglighet - Riv hindren*

<sup>10</sup> Socialstyrelsens termbank.

## 1.5 Kort om observerbara skillnader och jämlikhet

Det finns konstaterade skillnader i hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens utfall och processer.<sup>11</sup> Detta innebär inte att alla observerbara skillnader är ett resultat av ojämlikhet. Att avgöra huruvida skillnader är omotiverade, och därmed ett resultat av ojämlikhet, är av olika skäl en svår uppgift.

Skillnader i invånarnas användning av e-hälsotjänster kan vara motiverade om de beror på underliggande skillnader i behov, förutsättningar och preferenser. Utbudet av e-hälsotjänster varierar i landet, vilket innebär att invånarna har olika förutsättningar att vara välinformerade samt ha insyn i och överblick över processer och kontakter som rör deras hälsa, vård och stöd. För den som aktivt *vill* vara medskapare i sin hälsa, vård och omsorg, men inte har möjlighet leder variationen i utbudet av och tillgängligheten till e-hälsotjänster till omotiverade skillnader.

## 2. Förutsättningar för e-hälsa i Sverige

Sverige har goda förutsättningar att tillgodogöra sig digitaliseringens möjligheter. Invånarna är bland de mest digitalt mogna i världen och näringsliv och offentlig sektor har i stor utsträckning digitaliserat sin verksamhet.<sup>12</sup> Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten är välfärdsområden där digitaliseringen bär med sig stora möjligheter.<sup>13</sup> Dessa sektorer står för en stor del av de offentliga utgifterna och är också sektorer som de flesta invånare någon gång kommer i kontakt med. Samtidigt står huvudmännen inför flera utmaningar. Det handlar bland annat om demografiska förändringar med allt fler äldre och en ökande försörjningskvot<sup>14</sup>, ett ändrat sjukdomspanorama med fler multisjuka samt långvarigt och kroniskt sjuka patienter, samt nya krav från patienter och brukare. E-hälsa i form av ny teknik, nya arbetssätt och möjligheten att utbyta information digitalt inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst skapar effektiviseringsmöjligheter som är nödvändiga för att klara av de utmaningar huvudmännen står inför.

### 2.1 Vision e-hälsa 2025

År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter. Med hjälp av e-hälsa ska individen vara i centrum, verksamheter få hjälp att utvecklas och vården och omsorgen ska vara jämlik, effektiv, tillgänglig och säker. För att uppnå målet har regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kommit överens om en e-hälsovision, Vision e-hälsa 2025. Syftet med visionen är att bidra till en

---

<sup>11</sup> Socialstyrelsen (2020) *Öppna jämförelser. Sex frågor om vården - Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*

<sup>12</sup> Se t.ex. The Digital Economy and Society Index (DESI) där Sverige rankas på andra plats i EU. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/desi>

<sup>13</sup> Digitaliseringsrådet (2018) *En lägesbild av digital innovation*

<sup>14</sup> Försörjningskvoten kan uttryckas på olika sätt men kvoten speglar andelen barn och äldre som ska försörjas av den arbetande delen av befolkningen.

ökad välfärd, en god och jämlik hälsa samt stärka individens självständighet och delaktighet i samhällslivet.<sup>15</sup>

I strategin för genomförandet av Vision e-hälsa 2025 fastställs fyra inriktningsmål samt tre grundläggande förutsättningar för att nå målen (se figur 1).<sup>16</sup>



Figur 1. Inriktningarna och de grundläggande förutsättningarna för e-hälsoarbetet i Sverige.<sup>17</sup>

### 2.1.1 Aktörer inom e-hälsa

En viktig del av arbetet med Vision e-hälsa 2025 är samverkan mellan aktörer som arbetar med e-hälsa. Exempel på aktörer är statliga myndigheter, regioner och kommuner samt privata aktörer och idéburna organisationer. Aktörerna återfinns exempelvis inom områdena hälso- och sjukvård, infrastruktur, teknisk interoperabilitet<sup>18</sup>, tillgänglighet och informationssäkerhet (se figur 2).

<sup>15</sup> Regeringskansliet och SKR (u.a) *Vision e-hälsa 2025*.

<sup>16</sup> Regeringskansliet och SKR (2020) *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020-2022*.

<sup>17</sup> Regeringen och SKR (2020) *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020-2022*.

<sup>18</sup> Med interoperabilitet menas förmågan för två eller fler system att utbyta information och använda informationen de får från varandra.

## Aktörer



Figur 2 Aktörskarta e-hälsa.<sup>19</sup>

## 2.2 Övergripande förutsättningar för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten

Ansvaret för hälso- och sjukvården delas mellan stat, region och kommun och är ett resultat av en rad reformer som vägt principen om kommunal självstyrelse mot behov av samordning och stöd på övergripande nivå.<sup>20</sup> Regionerna har ansvaret för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering och drift. De har ett stort utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.<sup>21</sup>

Kommunerna ska erbjuda god hälso- och sjukvård åt personer i särskilda boendeformer och verksamheter men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Regionerna ska dock avsätta de läkarresurser som kommunerna behöver.<sup>22</sup> Den kommunala hälso- och sjukvården står för cirka en fjärdedel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården och ges till cirka 364 000 personer per år.<sup>23</sup> Kommunernas ansvar inom socialtjänsten omfattar även omsorg och service till äldre, personer med funktionsnedsättning och andra som behöver samhällets stöd.

### 2.2.1 Statlig och nationell nivå

Den generella ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun gäller även på e-hälsoområdet.<sup>24</sup> Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har en viktig roll i att skapa nödvändiga förutsättningar för digitaliseringen inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Syftet är att nya arbetsätt och ny teknik introduceras och integreras

<sup>19</sup> Regeringskansliet och SKR (u.a) *Vision e-hälsa 2025*.

<sup>20</sup> Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 74 f.

<sup>21</sup> SOU 2018: 55 *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv*.

<sup>22</sup> 12 kap. 1 och 3 §§ och 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>23</sup> Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, och Socialstyrelsen (2019) *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019* [2020-05-28]

<sup>24</sup> Regeringskansliet och SKR (u.å) *Vision e-hälsa 2025*, s. 13.

i verksamheterna på ett sätt som är långsiktigt hållbart, säkert och samhällsekonomiskt effektivt. För att lyckas med detta har tre huvudområden identifierats; *regelverk, enbelligare begreppsanvändning* och *standardisering*.<sup>25</sup>

Det kommunala utjämningsystemet syftar till att skapa förutsättningar för en likvärdig vård och omsorg mellan regionerna och kommunerna genom att utjämna skillnader i skattebaser och utgiftsstrukturer. Staten kan genom riktade statsbidrag och stimulansmedel påskynda utvecklingen i viss riktning inom socialtjänsten och på hälso- och sjukvårdsområdet. Regeringen har, i samråd med SKR, initierat flera digitaliseringssatsningar i syfte att öka utvecklingstakten och därmed utbudet av e-hälsolösningar, bland annat:

- Resurstillskott till SKR för att stärka första linjens digitala vård.<sup>26</sup>
- Strategi för arbetet med Vision e-hälsa 2025 för perioden 2020–2022. Strategin har bland annat uppdaterats med fyra inriktningsmål för att öka utvecklingstakten i arbetet, se figur 1. Genomförandeplanen för Vision e-hälsa beskriver insatser kopplade till inriktningsmålen, där insatserna syftar till att leda till en effektiv, säker, tillgänglig och jämlik vård, omsorg och socialtjänst.<sup>27</sup>
- Överenskommelse för en god och nära vård. Överenskommelsen innehåller flera satsningar inom e-hälsoområdet, bland annat för att utveckla plattformen 1177 Vårdguiden.<sup>28</sup>
- Överenskommelse i syfte att stödja digitalisering i äldreomsorgen, bland annat för att upprätta ett övergripande stöd till kommunerna i införandet av välfärdsteknik och andra tekniska lösningar.<sup>29</sup>

Statens roll är också att skapa jämlika förutsättningar genom kunskapsstyrning där till exempel Socialstyrelsens nationella riktlinjer ger stöd vid prioriteringar och val av behandlingar och metoder.<sup>30</sup>

De statliga myndigheterna och SKR tillhandahåller styrande och stödjande underlag som främjar eller bidrar till förändring och verksamhetsutveckling med hjälp av digitalisering. Så sent som 2019 fanns det 36 sådana underlag riktade mot enbart socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.<sup>31</sup>

## 2.2.2 Regional nivå

En central del av regionernas uppdrag är ansvaret över hälso- och sjukvården. Stora delar av ansvaret regleras genom hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) som är en så kallad ramlag, det vill säga en lag som innehåller mål och riktlinjer för all hälso- och

<sup>25</sup> Regeringskansliet och SKR (2020) *Strategin för genomförande av vision e-hälsa för 2020-2022*.

<sup>26</sup> Regeringen (2020) *Regeringen stärker första linjens vård*. Pressmeddelande 2019-10-24.

<sup>27</sup> Regeringskansliet och SKR (2020) *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020-2022*.

<sup>28</sup> Regeringen (2020) *Miljardsatsning för nära vård*. Pressmeddelande 2020-01-30.

<sup>29</sup> Regeringen (2020) *Satsning på digital utveckling inom vård och omsorg*. Pressmeddelande 2020-02-06.

<sup>30</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>

<sup>31</sup> E-hälsomyndigheten (2019) *Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa)*. Återrapportering enligt regeringsbeslut S2018/02375/FST.

sjukvård. Makten över hälso- och sjukvården är decentraliserad till lokalt folkvalda och varje region har stora möjligheter att påverka och kontrollera hur uppdraget utförs.

Regionerna och kommunerna har möjlighet att sluta avtal med privata aktörer om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL.<sup>32</sup> Under 2018 gjordes 25 miljoner patientbesök hos privata vårdgivare i den öppna hälso- och sjukvården, varav knappt 20 miljoner i primärvården. Av samtliga patientbesök under samma år gjordes 36 procent hos privata vårdgivare.<sup>33</sup>

Sveriges 21 regioner har utvecklat och infört it-stöd och drivit utvecklingen inom e-hälsa under många år. Arbetet har bedrivits på regionnivå men också i samverkan mellan regioner, med kommuner samt nationellt via 1177 Vårdguiden (se avsnitt 3.1). Hur långt varje region har kommit i e-hälsoarbetet påverkas bland annat av de mål och prioriteringar som respektive region satt upp.<sup>34</sup> Utredningen Styrning för en mer jämlik vård konstaterade att regionerna sällan tar ett gemensamt nationellt ansvar för hälso- och sjukvården.<sup>35</sup>

Under flera år har regionernas ambition varit att öka satsningarna inom it-området och e-hälsa. Ökningen har till stor del uteblivit och idag satsas det, i reella termer, marginellt mer på it jämfört med för tio år sedan. Det ekonomiska utrymmet för nyutveckling och innovation av nya digitala lösningar varierar mellan regionerna.<sup>36</sup> Det påverkar digitaliseringstakten i respektive region.

### 2.2.3 Kommunal nivå

En viktig del av det kommunala uppdraget är ansvaret för socialtjänsten. Arbetet regleras till stora delar av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) som i huvudsak är en målinriktad ramlag. Lagens konstruktion ger kommunerna stor frihet att själva organisera verksamheten och dess innehåll inom lagens ramar, kommunens egna förutsättningar och förändringar i samhällsutvecklingen. Kommunerna ansvarar, genom sina socialnämnder, för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för grupper som har behov av samhällets särskilda stöd, till exempel barn och unga, äldre och personer med funktionsnedsättning. Kommunernas uppdrag inom det sociala området är därmed omfattande och vänder sig till en varierad målgrupp med olika behov och förutsättningar.

Socialtjänstens stöd och insatser bygger i huvudsak på frivillighet, vilket förutsätter att brukaren önskar ta del av det stöd som erbjuds. Brukaren ska också ges möjlighet att vara delaktig i hur stödet utformas och utförs. Det innebär att kommunerna behöver säkerställa att grupper och individer inte ställs utanför den kommunala servicen när verksamheterna digitaliseras.

<sup>32</sup> 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<sup>33</sup> Almega Vårdföretagarna (2020) *Privat Vårdfakta 2020 - Fakta och statistik om den privata drivna vård- och omsorgsbranschen*.

<sup>34</sup> SLIT-gruppen (2020) *eHälsa och IT i regionerna*.

<sup>35</sup> SOU 2018:55 *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*.

<sup>36</sup> SLIT-gruppen (2020) *eHälsa och IT i regionerna*.

Varierande grundförutsättningar i form av ekonomi, invånarantal, geografiskt läge och infrastruktur påverkar digitaliseringstakten och därmed förmågan att erbjuda e-hälsolösningar till invånarna.<sup>37</sup> Kommuner som prioriterar finansiering, säkerställande av fungerande infrastruktur samt att rätt kompetens finns på flera nivåer i kommunen ökar möjligheterna för en lyckad digitalisering. Osäkerhet kring juridiska förutsättningar samt bristande samverkan mellan stat, region och kommun bidrar till att utbudet mellan kommunerna varierar.<sup>38</sup>

Inera utreder för närvarande möjligheten att använda 1177 Vårdguiden som en samlad ingång också för kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst.<sup>39</sup> En majoritet av kommunerna är anslutna till Nationell patientöversikt (NPÖ) (se avsnitt 3.1.2) som möjliggör för medarbetare i kommunal hälso- och sjukvård att ta del av journalinformation från andra vårdgivare. Det är dock få kommuner som själva delar med sig av sin journalinformation via NPÖ, vilket medför att den samlade patientinformationen blir ofullständig. En anledning är att it-stöd som kommunerna använder inte alltid är anpassade för att producera material till NPÖ. Anslutning för informationsdelning till NPÖ innebär en kostnad, vilket kan utgöra ett hinder främst för mindre kommuner med begränsad ekonomi.<sup>40</sup>

Regeringen och SKR har träffat en överenskommelse som syftar till att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering. SKR har inrättat en stödfunktion för digitaliseringsarbetet i kommunerna och tio kommuner har, inom ramen för satsningen, utsetts till modellkommuner för äldreomsorgens digitalisering. Modellkommunerna har kommit relativt långt i att implementera digitala lösningar och väntas genom sitt fortsatta arbete samla ytterligare värdefull kunskap och erfarenhet som kan komma hela landet till del.<sup>41</sup>

## 2.2.4 E-hälsa och tillgänglighet till vård och omsorg

En grundläggande förutsättning för att hälso- och sjukvård samt socialtjänst ska ges på lika villkor är att den är tillgänglig för alla. Samma sak gäller digital offentlig service. Kravet på digital tillgänglighet finns i lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service, som bygger på EU:s så kallade webbtillgänglighetsdirektiv. Digital tillgänglighet innebär att ingen ska hindras från att använda digital offentlig service på grund av funktionsnedsättning. Lagen omfattar även vissa privata aktörer inom exempelvis skola och sjukvård.

E-hälsotjänster, såsom digitala läkarbesök eller andra digitala möten, ökar förutsättningarna att anpassa vården och omsorgen utifrån olika individers behov. Digitaliseringen kan därmed bidra till en ökad jämlikhet genom att vården och omsorgen blir mer tillgänglig och kommer närmare invånarna. Å andra sidan kan

<sup>37</sup> Forskningskonsortiet Digital förvaltning (2020) *Digital mognad i offentlig sektor Statusrapport 2020*.

<sup>38</sup> Vårdanalys (2016) *Samordnad vård och omsorg*. PM 2016:1.

<sup>39</sup> <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/video--och-distansmote/digitaltmote/>

<sup>40</sup> Socialstyrelsen (2020) *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 – uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*.

<sup>41</sup> Regeringen (2020) *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg - teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus*.

digitaliseringen skapa nya hinder och utanförskap om inte tillgänglighetsaspekten finns med vid utveckling och utformning av produkter och tjänster (se avsnitt 2.4).<sup>42</sup>

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning trädde i kraft för Sverige del i januari 2009. Konventionen slår fast att tillgång till ny informations- och kommunikationsteknik ska främjas. Konventionens utgångspunkt är att samhället ska utformas för att så många som möjligt ska kunna vara delaktiga. Detta gäller inte minst i omvandlingen till ett alltmer digitalt samhälle.

Principen om universell utformning handlar om att från början skapa lösningar som fungerar för så många som möjligt. Utgångspunkten är att människor är olika, med olika behov och förutsättningar. Lösningar som utgår ifrån principen om universell utformning leder i slutändan till mer tillgängliga lösningar. Framförallt leder det till att generella lösningar fungerar för fler och behovet av individuella lösningar riktade till personer med funktionsnedsättning minskar.<sup>43</sup>

## 2.3 Digital infrastruktur

Den digitala infrastrukturen har idag en avgörande betydelse för ett fungerande samhälle i stort, och i allt större utsträckning även för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Digital infrastruktur kan delas in i en hård respektive mjuk del. Till den hårda delen räknas bland annat passiv infrastruktur som kablage och master, medan den mjuka inkluderar interoperabilitet, lagar, affärsmodeller och standarder. Det finns idag ingen klar definition över de olika delarna, men distinktionen finns för att betona att det inte enbart är hårdvara som har betydelse.<sup>44</sup>

### 2.3.1 Hård infrastruktur

Tillgång till internet är idag en viktig förutsättning för att kunna ta del av samhällsservice och att fullt ut vara delaktig i samhället. I framtiden kommer än mer av välfärdstjänsterna att vara avhängiga den digitala infrastrukturen. För att alla individer ska kunna ta del av samhällsservice på ett jämlikt sätt, och för att det offentliga ska kunna effektivisera samhällsservicen till invånarna behöver alla ha säker och snabb tillgång till internet.<sup>45</sup>

Sverige har en väl utbyggd bredbandsinfrastruktur och därmed ett gott utgångsläge för att nyttja digitaliseringens potential, dock kvarstår vissa utmaningar. Utbyggnaden på landsbygden, där kommersiella förutsättningar saknas, är kostnadskrävande och släpar efter.<sup>46</sup> En annan utmaning är att bredbandsnäten i Sverige uppvisar kvalitetskillnader då vissa nät har sämre förmåga att motstå störningar och avbrott. Idag tackar också

<sup>42</sup> SOU 2018:55 *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv*.

<sup>43</sup> <https://www.mfd.se/verkytyg/lar-om-politikens-mal-och-inriktning/politikens-fyra-arbetsatt/principen-om-universell-utformning/>

<sup>44</sup> Digitaliseringsrådet (2018) *En lägesbild av digital infrastruktur*.

<sup>45</sup> Regeringen (2016) *Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi*.

<sup>46</sup> Regeringen (2016) *Bredbandsmiljard till landsbygden*. Pressmeddelande 2016-11-30.



delar av befolkningen nej till bredbandsuppkoppling vilket riskerar att orsaka ett digitalt utanförskap.<sup>47</sup>

Tillgången till stabil infrastruktur är en viktig förutsättning för att ta del av digitaliseringens möjligheter. Om tillgång till sådan infrastruktur inte säkras i alla delar av samhället riskerar det att skapa en klyfta mellan de som kan och de som inte kan ta del av digitaliseringens fulla potential.<sup>48</sup> Regeringen har föreslagit satsningar under perioden 2021-2025 på utbyggnaden av bredband i hela landet. Syftet med stödet är att säkra att utbyggnadstakten av både fast och trådlöst bredband förbättras för att kunna uppnå regeringens bredbandsmål.<sup>49</sup>

### 2.3.2 Mjuk infrastruktur

Den mjuka infrastrukturen underlättar utbyte av data. Bland annat innefattas lagar, standarder, begreppsanvändning och internetprotokoll, men också grundläggande tjänster som till exempel e-legitimation.

Regeringen beslutade 2017 om en digitaliseringsstrategi i syfte att uppnå det av riksdagen beslutade målet att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter. För att uppnå kvalitet och effektivitet i verksamheterna krävs att data kan flöda mellan olika system och tjänster. Tillgång till en nationell gemensam digital infrastruktur som möjliggör interoperabilitet och samverkan är därför en viktig förutsättning för digitaliseringen av offentlig sektor.<sup>50</sup>

Inom hälso- och sjukvården har det successivt byggts upp separata system för insamling och utbyte av data inom olika sektorer. En grundförutsättning enligt Vision e-hälsa 2025 är att etablera gemensamma standarder, termer och begrepp så att nödvändig information kan delas i syfte att skapa jämlik, effektiv, tillgänglig och säker vård och omsorg.<sup>51</sup> E-hälsomyndigheten har i uppdrag av regeringen att tillgängliggöra och förvalta nationella gemensamma specifikationer (NGS) inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.<sup>52</sup> Regeringsuppdraget ska slutredovisas i september 2021 och den andra delrapporten lämnades till regeringen augusti 2020.<sup>53</sup>

## 2.4 Digitala invånare

Sverige har flera grundläggande förutsättningar på plats för att digitalisera hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Det finns en nationell vision för e-hälsa, en offentligt finansierad vård- och omsorgssektor samt en utbyggd och modern digital infrastruktur.

---

<sup>47</sup> Digitaliseringsrådet (2018) *En lägesbild av digital infrastruktur*.

<sup>48</sup> Regeringen (2016) *Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi*.

<sup>49</sup> Regeringen (2020) *Kraftig satsning på befintliga stöd till bredbandsutbyggnad*. Pressmeddelande 2020-09-16.

<sup>50</sup> Regeringen (2017) *För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi*.

<sup>51</sup> Regeringen och SKR (2020) *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020-2022*.

<sup>52</sup> Regeringen (2019) *Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer*. S2019/01521/FS.

<sup>53</sup> E-hälsomyndigheten (2020) *Delrapport 2 – Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer*.

Men till syvende och sist behöver invånarna ha en förmåga och en vilja att använda digitala verktyg för att potentialen med e-hälsa ska komma dem till del.

#### 2.4.1 En majoritet av invånarna är digitala

Sverige ligger i framkant i Europa när det gäller internetanvändande och digital utrustning.<sup>54</sup> I dagsläget använder 96 procent av landets befolkning internet.

Användningen har stadigt ökat sedan år 2010 då den låg på 85 procent. Den största relativa ökningen ses bland den äldre delen av befolkningen vilket till stor del beror på att redan datorvana människor blir äldre.<sup>55</sup>

Majoriteten (98 procent) av svenska hushåll har tillgång till internet. Även tillgången till digitala enheter, så som datorer och smarttelefoner, är god i befolkningen. Sammantaget innebär detta att invånarna i Sverige överlag har goda förutsättningar att tillgodogöra sig digital samhällsservice.

#### 2.4.2 Digitalt utanförskap

Trots att det i hög utsträckning finns goda förutsättningar för invånarna i Sverige att kunna ta del av digitaliseringens möjligheter finns det människor som befinner sig i ett digitalt utanförskap. Omfattningen är svår att uppskatta, till stor del på grund av att det saknas en entydig definition av begreppet.<sup>56</sup> Ett sätt att beskriva digitalt utanförskap är genom att studera sällan- och icke-användare av internet, vilka enligt Internetstiftelsen beräknas uppgå till drygt en miljon människor. De som använder internet i lägre utsträckning, och därmed riskerar ett digitalt utanförskap, är främst personer äldre än 75 år, personer med funktionsnedsättning samt personer med låg utbildning.<sup>57</sup>

Riskgrupperna för digitalt utanförskap som nämns ovan är inte homogena grupper och utanförskapet kan finnas i vissa sammanhang, samtidigt som man är digitalt aktiv i andra. Till exempel kan en person vara aktiv på sociala medier och samtidigt ha problem att använda digitala samhällstjänster.<sup>58</sup>

Ett viktigt sammanhang för digital delaktighet är yrkeslivet. Människor som använder, eller tidigare har använt, dator och internet i yrkeslivet är också mer digitalt delaktiga privat, även efter pensionen.<sup>59</sup>

En annan viktig förutsättning för digital delaktighet är motivation. Internetstiftelsen uppskattar att cirka 500 000 personer (över 12 år) avstår från att använda internet. Hälften av dem gör det för att de tycker att internet inte är användbart eller intressant. För andra spelar färdigheter att använda, samt tillgång till hårdvara och internet en viktig roll. En femtedel, det vill säga, cirka 100 000 personer anger att tekniken är ett hinder för att använda internet. Tre procent av de som avstår internet gör det på grund

<sup>54</sup> Eurostat (2019) *Digital economy and society statistics - households and individuals*.

<sup>55</sup> Internetstiftelsen (2020) *Digitalt utanförskap*.

<sup>56</sup> SOU 2015:28 *Gör Sverige i framtiden – digital kompetens*.

<sup>57</sup> Internetstiftelsen (2020) *Digitalt utanförskap*.

<sup>58</sup> Francisco, Marie et al. (2019) *Digitalt utanförskap. En forskningsöversikt*. Linköpings Universitet på uppdrag av Digitaliseringsrådet.

<sup>59</sup> Francisco, Marie et al. (2019) *Digitalt utanförskap. En forskningsöversikt*. Linköpings Universitet på uppdrag av Digitaliseringsrådet.

av att de saknar en digital enhet (smartmobil eller dator) och lika många avstår på grund av att det är för dyrt.<sup>60</sup>

En annan anledning till att människor hamnar i digitalt utanförskap är att den digitala servicen inte är tillräckligt behovsanpassad, vilket leder till exkludering för personer med särskilda behov. Lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service syftar till att ingen ska hindras från att använda digital service på grund av funktionsnedsättning. Lagen tycks dock inte adressera alla tillgänglighetsproblem och de samhällsfinansierade institutionerna behöver göra mer för att lyckas med digital inkludering.<sup>61</sup>

### 2.4.3 Utmaningar med digitalt utanförskap

Digitalt utanförskap är en utmaning inom området e-hälsa, inte minst eftersom utanförskapet till stor del omfattar de personer som är i störst behov av vård och omsorg. En av riskerna med digitalt utanförskap är undanträngningseffekter, exempelvis att personer som använder de digitala ingångarna kan få en större tillgång till vården på bekostnad av de invånare som har större behov. Exempelvis kan vårdtider snabbt bokas upp digitalt, vilket kan leda till att redan marginaliserade grupper bli mer utsatta om inte rätt åtgärder sätts in för att utjämna skillnaderna i tillgången till vården.

Personer med hög grad av e-hälsokompetens<sup>62</sup> tenderar att använda digitala verktyg som komplement till den traditionella vården och kan på så vis nyttja vårdens möjligheter maximalt. Dessa personer är även generellt mer pålästa om symptom och behandlingar med mera, vilket ofta medför att möten med vårdgivare blir mer effektiva och ändamålsenliga. En konsekvens av digitalt utanförskap kan således yttra sig i sämre möjligheter att tillgodogöra sig det som hälso- och sjukvården kan erbjuda.<sup>63</sup>

När hälso- och sjukvård blir mer tillgänglig via nätet blir det allt viktigare att säkerställa att fördelarna med e-hälsa kommer till nytta för alla. I dagsläget behöver nästan en femtedel av befolkningen hjälp att installera ett mobilt bank-id vilket i många fall är en nödvändighet för att kunna logga in på e-hälsotjänster.<sup>64</sup> Flera initiativ pågår i landet där bland annat bibliotek och seniornätverk arbetar för att öka den digitala kompetensen i befolkningen. Ett exempel på ett sådant initiativ är *SeniorNet Sweden* som är en ideell organisation med idén att seniorer lär senior digital kommunikation och internet.<sup>65</sup> Ett ytterligare exempel är de olika DigidelCenter som drivs i kommunal regi där medborgare kostnadsfritt kan få stöd med det digitala.<sup>66</sup> Statens servicecenter (SSC) arbetar också aktivt för att minska det digitala utanförskapet. Via sina servicekontor stödjer de invånare i att hantera digitala tjänster gentemot flera av de statliga myndigheterna.<sup>67</sup>

<sup>60</sup> Internetstiftelsen (2020) *Digitalt utanförskap*.

<sup>61</sup> Begripsam (2019) *Svenskarna med funktionsnedsättning och internet 2019*.

<sup>62</sup> Med e-hälsokompetens menas förmågan att tillgodogöra sig information och kommunikationsteknik för att förbättra eller underlätta den egna och närståendes vård, stöd och hälsa.

<sup>63</sup> Levin-Zamir, D., Bertschi, I. (2018). Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(8),

<sup>64</sup> Internetstiftelsen (2020) *Digitalt utanförskap*.

<sup>65</sup> <https://seniornet.se/>

<sup>66</sup> <https://digidel.se/digidelcenter/>

<sup>67</sup> <https://www.statenssc.se/nyheter/nyhetsarkiv/servicekontorenskaflerattanvandaetjanster.6734.html> [2020-11-02]

Orsakerna till det digitala utanförskapet är komplexa. Åtgärder för att höja den digitala delaktigheten låter sig därför inte göras enkelt. En av utmaningarna med att höja den digitala delaktigheten är att flera av de kompetenshöjande insatserna huvudsakligen når dem som är motiverade att ta till sig dessa. Det innebär att riktade insatser inte kan göras via digitala kanaler utan behöver göras på andra, ofta mer kostsamma, sätt. Ytterligare en utmaning är att de, till det digitala utanförskapet, bakomliggande orsaker ofta samvarierar med varandra vilket kräver ett brett angreppssätt från flera samhällsområden i frågor gällande digital inkludering.

### 3. E-hälsotjänster och välfärdsteknik

Med ett ökat utbud av e-hälsotjänster och välfärdsteknik är det viktigt att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten säkerställer att även de digitala tjänsterna är jämlika, tillgängliga och av god kvalitet. I detta kapitel redogör vi för hur utbudet av och användningen av e-hälsotjänster och välfärdsteknik ser ut i Sverige, och för de faktorer som kan ha betydelse i sammanhanget. 1177 Vårdguiden använder genomgående begreppet e-tjänster för att beskriva sina tjänster, varför vi under avsnitt 3.1.1 väljer att använda samma begrepp.

#### 3.1 Utbud av e-hälsotjänster och välfärdsteknik

Utbudet av e-hälsotjänster har under de senaste åren ökat. I de flesta fallen är regionerna och kommunerna ansvariga för e-hälsotjänsterna men en del nationella tjänster, särskilt inom läkemedelsområdet, är E-hälsomyndigheten ansvarig för. Utvecklingen och genomförandet av flertal av nedanstående tjänster är prioriterade aktiviteter i genomförandeplanen för Vision e-hälsa 2025.<sup>68</sup>

##### 3.1.1 1177 Vårdguidens e-tjänster

1177 Vårdguiden är regionernas och kommunernas gemensamma plattform för information och tjänster för hälsa och vård. Genom 1177 Vårdguidens e-tjänster kan invånarna kommunicera med vården och utträta sina vårdärenden, till exempel boka tid, förnya recept eller läsa sin journal. Plattformen är den största kontaktytan mellan hälso- och sjukvård och landets invånare och förvaltas av Inera som ägs gemensamt av SKR, regioner och kommuner. Samtliga regioner är anslutna till 1177 Vårdguidens e-tjänster men regionerna bestämmer själva vilket utbud av e-tjänster som ska finnas och i vilken takt de ska tillgängliggöras.<sup>69</sup> E-tjänsterna är kostnadsfria för invånarna, men om kontakten resulterar i ett besök eller förnyat recept är det regionernas avgifter och regler som gäller.

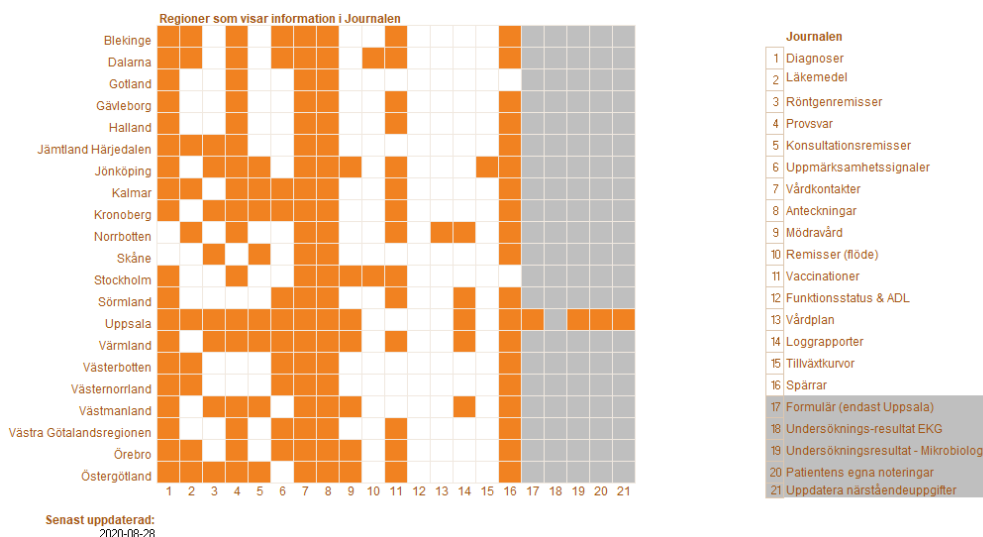
En central e-tjänst på 1177.se är Journalen som ger individen möjlighet att ta del av sin journalinformation. Regionerna har gemensamt kommit överens om en målbild och ett antal styrande principer för hur invånare ska kunna ta del av sin egen

<sup>68</sup> Regeringskansliet och SKR (2020) *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020-2022.*

<sup>69</sup> <https://www.inera.se/tjanster/1177-varldguidens-e-tjanster/> [2020-11-02]

journalinformation i e-tjänsten Journalen. Målbilden är att vid utgången av år 2020 ska alla invånare som fyllt 16 år ha tillgång till all information om sig själv som dokumenteras i regionfinansierad hälso- och sjukvård samt tandvård.<sup>70</sup>

Alla regioner är idag anslutna till e-tjänsten Journalen, men vilken information som gjorts tillgänglig för invånarna varierar, se figur 3.



Figur 3. Informationsmängder i e-tjänsten Journalen som är tillgängliga för invånaren per region (augusti 2020). Källa: Inera.

Gotlands invånare kan i dagsläget endast ta del av fyra informationsmängder via e-tjänsten Journalen, vilket kan jämföras med femton tillgängliga informationsmängder för invånarna i region Jönköping. I genomsnitt har regionerna tillgängliggjort åtta informationsmängder via Journalen. Värt att notera är att en informationsmängd räknas som tillgänglig när minst ett journalsystem i regionen visar upp den. Invånare som behandlas av vårdgivare vars journalsystem inte är anslutet till e-tjänsten Journalen kan inte ta del av sin information vilket innebär variation *inom* regionen. Antalet informationsmängder som regionerna gör tillgängliga för sina invånare via Journalen ökar successivt. Mellan 2018 och 2019 hade tio av 21 regioner adderat informationsmängder, i samtliga fall utom ett rör det sig om ytterligare en mängd.<sup>71</sup>

Regionerna har också tillgängliggjort 1177 Vårdguidens övriga e-tjänster i varierande grad för sina invånare. En sådan e-tjänst är Egen provtagning, som möjliggör för patienter att själv beställa och planera sina provtagningar, och ibland även ta proverna själv. I nuläget är det exempelvis enbart 16 regioner som använder e-tjänsten där 13 av dessa regioner erbjuder covid-19-tester via tjänsten.<sup>72</sup> Övriga regioner har valt andra lösningar, exempelvis manuell bokning via telefon eller egna vårdappar. E-tjänsten Tidbokning via webb möjliggör för invånare att boka och av-/omboka tid på

<sup>70</sup> <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/journalen/> [2020-11-02]

<sup>71</sup> E-hälsomyndigheten (2020) *Uppföljningsrapport 2019 – Vision e-hälsa 2025*.

<sup>72</sup> <https://www.inera.se/nyheter/nyheter/okad-anvandning-av-egen-provhantering-pa-1177-se/> [2020-11-02]

mottagningar direkt i journalsystemets tidbok. Även för denna e-tjänst varierar tillgängligheten mellan regionerna men även mellan vårdgivare.

Regionala skillnader i utbud av e-tjänster och vilken information som invånarna kan ta del av innebär att möjligheten att vara delaktig i sin vård och hälsa varierar beroende på var i landet invånarna bor. Variationerna skapar dessutom ojämlika förutsättningar att få tillgång till rätt information och kunskap om sin vård och omsorg, vilka är områden som utgör inriktningsmål i genomförandeplanen för Vision e-hälsa 2025.<sup>73</sup>

### 3.1.2 Nationell patientöversikt

För att invånarna ska få säker vård och omsorg av hög kvalitet behöver behörig personal få tillgång till rätt uppgifter på rätt plats i rätt tid. Genom tjänsten Nationell patientöversikt (NPÖ) är det möjligt för vårdgivare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. NPÖ förvaltas, liksom 1177 Vårdguiden, av Inera. Vårdpersonal kan efter att ha inhämtat patientens samtycke få tillgång till NPÖ och därmed den journalinformation som finns i system hos andra regioner, kommuner eller vårdgivare. Tjänsten erbjuds till alla offentligt finansierade vårdgivare. Samtliga regioner och en majoritet av kommunerna är anslutna. Invånaren kan ta del av sin information i NPÖ via e-tjänsten Journalen.<sup>74</sup>

Målet är att utöka informationsmängden så att all relevant journalinformation finns tillgänglig i NPÖ för både regioner och kommuner.<sup>75</sup> För närvarande visar alla regioner upp viss journalinformation i NPÖ, men ingen region visar upp all information. Utvecklingen har gått relativt långsamt. Vid årsslutet 2019 fanns 53 procent av de informationsmängder tillgängliga som är tekniskt möjliga att visa, jämfört med 51 procent år 2018.<sup>76</sup>

Även om NPÖ inte är en e-tjänst som i första hand vänder sig till invånarna skapar användandet av tjänsten en mängd nyttor som tillsammans förbättrar kvaliteten, patientsäkerheten och effektiviteten i vården.

### 3.1.3 E-hälsomyndighetens nationella e-hälsotjänster

E-hälsomyndigheten tillhandahåller och förvaltar en rad olika e-hälsotjänster som bidrar till Vision e-hälsa 2025. Ett av E-hälsomyndighetens centrala uppdrag är att lagra och förmedla e-recept som utgör den digitala infrastrukturen för läkemedel mellan vård och apotek i Sverige. Lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista (NLL) ger hälso- och sjukvården, apoteken och invånarna samma möjlighet att se förskrivna och uthämtade läkemedel. Alla e-recept, som idag står för 99 procent av alla recept, kommer att registreras i NLL vilket skapar en jämlik och säker läkemedelshantering då informationen kommer att finnas på samma sätt för alla invånare i hela landet.

<sup>73</sup> Regeringen och SKR (2020) *Genomförandeplan 2020 – 2022 Bilaga till Strategidokument Vision e-hälsa 2025 Version juni 2020*.

<sup>74</sup> Inera (2019) *Nyttorna med Nationell patientöversikt*.

<sup>75</sup> <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/journalen/> [2020-09-30]

<sup>76</sup> Regeringen och SKR (2020) *Genomförandeplan 2020 – 2022 Bilaga till Strategidokument Vision e-hälsa 2025 Version juni 2020*.

Läkemedelskollen är en e-hälsotjänst som nås via E-hälsomyndighetens webbplats eller via 1177 Vårdguiden. Den ger invånarna tillgång till sammanställd information om sina egna, sina barns och sina husdjurs förskrivna läkemedel. Via Läkemedelskollen kan elektronisk fullmakt registreras, så att förskrivna läkemedel kan hämtas ut på apotek av ett ombud. I samband med covid-19-pandemin har 180 000 elektroniska fullmakter registrerats under perioden mars-augusti 2020, jämfört med cirka 35 000 registreringar under motsvarande period föregående år. Den största relativa ökningen av registreringar ses inom gruppen över 70 år, som därmed kunnat få sina läkemedel uthämtade utan att själva behöva exponera sig för smittorisk genom ett fysiskt apoteksbesök.

Elektroniskt expertstöd, EES, är en kostnadsfri tjänst för farmaceuter som E-hälsomyndigheten erbjuder Sveriges öppenvårdsapotek, cirka 96 procent är anslutna. Syftet med beslutsstödet är att uppmärksamma farmaceuten på potentiella läkemedelsrelaterade problem i samband med expediering av läkemedel, exempelvis vid avvikande dosering eller vid risk att olika läkemedel interagerar negativt med varandra. Användandet av beslutsstödet är valfritt och skillnaderna i användningsfrekvens skiljer sig åt mellan olika apotek. 2019 använde farmaceuterna EES vid cirka 20 procent av alla expeditioner. För att säkerställa en jämlik tillgång på läkemedel och motverka hamstring aktiverades i samband med Covid-19-pandemins utbrott våren 2020 en funktion i EES som förhindrar läkemedelsuttag för mer än tre månader i taget.

Förskrivare och verksamhetschefer kan via en annan av myndighetens e-tjänster, Min förskrivning, få statistik över sin läkemedelsförskrivning. Förskrivna läkemedel kan analyseras, exempelvis med avseende på kön och ålder, och användas i medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

I samband med covid-19-pandemin genomförde E-hälsomyndigheten förändringar i sin ordinarie uppföljning av läkemedelsförsäljningen i landet. Exempelvis infördes veckovis rapportering beträffande åtgång av kritiska läkemedel för att tidigt fånga upp signaler om eventuell hamstring och hot mot en jämlik läkemedelstillgång.

### 3.1.4 Regionala och kommunala e-hälsotjänster

Sverige hade redan innan covid-19-pandemin många verksamheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst som hade digitala verktyg på plats. Inom hälso- och sjukvården fanns sedan flera år lösningar för videobesök men användningen har inte alltid varit hög. I samband med pandemins utbrott har sådana e-hälsotjänster använts i ökad utsträckning, framförallt inom primärvården men också inom slutenvården och psykiatri.<sup>77</sup>

Covid-19-pandemin har samtidigt inneburit att många projekt inom e-hälsoområdet avbrutits eller senarelagts, till exempel Region Stockholms stora upphandling av ny vårdinformationsmiljö och införandet av Nationella läkemedelslista. Vissa regioner signalerar att de kommer att ha underskott på resurser framöver, inte minst på grund av den vårdskuld som byggts upp under pandemin.<sup>78</sup> Med begränsade resurser för

<sup>77</sup> SLIT -gruppen (2020) *eHälsa och IT i regionerna*.

<sup>78</sup> E-hälsomyndigheten (2020) *Årsrapport 2020 – Pandemi och e-hälsa. Åtterrapporing enligt E-hälsomyndighetens regleringsbrev 2020 (S2020/05629/FS)*.

utveckling inom e-hälsoområdet finns risk att arbetet med ökad tillgänglighet och informationsdelning försenas.

Socialstyrelsen konstaterar i sin årliga rapport, vars datainsamling genomfördes innan Covid-19-pandemin, att kommunernas användning av e-tjänster och annan digital service fortfarande ligger på en relativt låg nivå jämfört med andra sektorer i samhället. Ökningen har framförallt skett inom välfärdsteknik (se avsnitt 3.1.5). Exempel på andra e-tjänster som finns tillgängliga är möjligheten att ansöka om olika typer av bistånd digitalt och göra anmälningar till socialtjänstens olika verksamheter.<sup>79</sup> Allt fler kommuner har, sedan 2017, valt att gå in som delägare i Inera, vilket kan bidra till ökade förutsättningar för samverkan mellan kommuner och regioner.<sup>80</sup>

### 3.1.5 Välfärdsteknik

Välfärdsteknik är en gemensam benämning för olika tekniska lösningar som kompenserar, förstärker eller ersätter kroppsliga funktioner. Dessa lösningar kan generellt användas av individen själv eller av någon annan i dennes närhet, med syfte att öka trygghet och självständighet för äldre och personer med funktionsnedsättning. Välfärdsteknik är ett medel för att individer med nedsatt förmåga att kunna utöva sina mänskliga rättigheter. Genom att använda tekniken kan individen vara mer delaktig, aktiv, självständig och trygg, och uppnå samma levnadsvillkor som andra i samhället oavsett funktionsförmåga.<sup>81</sup>

Passiva larm, eller sensorer, är vanligt förekommande välfärdsteknik inom hemtjänsten. Det handlar exempelvis om larmmattor, dörrlarm och rörelselarm. Larmen innebär att omsorgstagaren inte aktivt behöver larma utan larmet utlöses av personens aktivitet och i vissa fall brist på aktivitet. Ett annat exempel på välfärdsteknik är nattillsyn via kamera, som innebär att hemtjänstpersonal via dator och kamera kan se en rörlig bild av sovrummet hos omsorgstagaren.

Gps-larm är en annan form av välfärdsteknik som möjliggör för den enskilda att larma hemtjänst och närstående utanför den egna bostaden, och via gps-koordinater går det att spåra vart larmet kommer ifrån. Gps-larm kan också vara utrustade med en funktion som utlöser larmet utifall att personen skulle röra sig utanför ett visst geografiskt område.

Forskning visar att individer som har svårt med rumsorientering kan känna sig tryggare på en promenad med ett gps-larm som har en spårningsenhet. Larmet minskar rädslan för att gå vilse, samtidigt som anhöriga eller personal kan känna större trygghet när de vet var personen befinner sig. Kameratillsyn på natten kan bidra till att individen som får tillsyn blir mindre störd, känner sig mindre orolig och får bättre sömn än om personal skulle komma nattetid.

<sup>79</sup> Socialstyrelsen (2020) *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 – uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*.

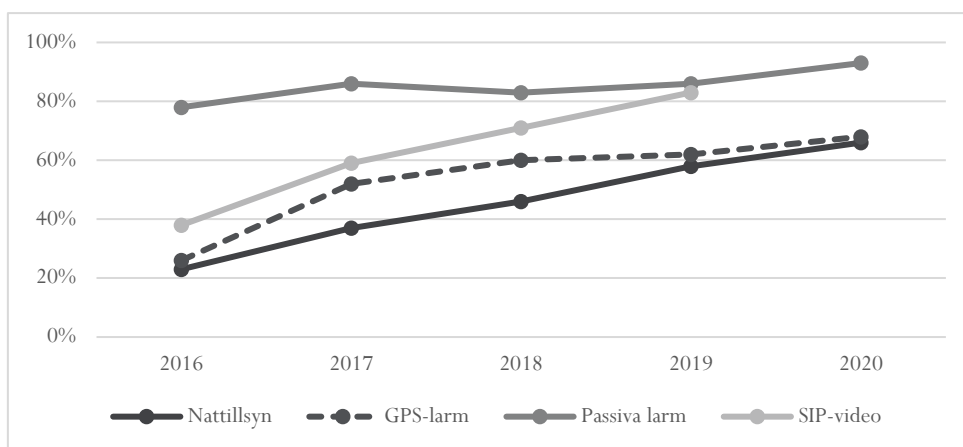
<sup>80</sup> <https://www.inera.se/om-inera/ineras-uppdrag/>

<sup>81</sup> <https://www.mfd.se/verktyg/arbete-med-digital-teknik/valfardsteknik--ett-verktyg-for-okad-delaktighet/>



Samordnad individuell vårdplanering (SIP) med stöd av video är vanligt förekommande inför utskrivning från sjukhus. Inblandade parter kan då mötas via video- eller webbkamera för att diskutera den fortsatta planeringen efter utskrivning.

Antalet kommuner som inför välfärdsteknik inom den kommunala omsorgen ökar, men utvecklingen är ojämn, se figur 4. Till exempel har passiva larm införts i så gott som alla kommuner, medan möjlighet till digital natttillsyn saknas i cirka en tredjedel av kommunerna.<sup>82</sup> Individens tillgång till välfärdsteknik är därmed ojämlig beroende på var i landet de bor.



Figur 4 Andel av kommuner som erbjuder olika typer av välfärdsteknik, 2016–2020.<sup>83</sup>

Av Socialstyrelsens uppföljning framgår andelen kommuner som erbjuder välfärdsteknik, men inte i vilken utsträckning det sker.

## 3.2 Invånarnas användning av e-hälsotjänster

Avsnittet nedan fokuserar på användning av olika offentliga digitala tjänster som erbjuds invånarna inom e-hälsoområdet. Undersökningarna som beskrivs är genomförda före eller i början av covid-19-pandemin. Det finns mycket som talar för att de nya omständigheterna till följd av pandemin påverkat inställning till och förtroende för samt användning av e-hälsotjänsterna i positiv riktning.

### 3.2.1 Inställning till och förtroende för e-hälsotjänster

Det finns ett samspel mellan invånarnas användning av e-hälsotjänster och deras förtroende för sjukvården. Patienter som tar del av sin journal via nätet känner sig bättre informerade, får bättre överblick över sin vårdssituation och uppskattar möjligheten att repetera det läkaren sagt. Ju mer information som blir tillgänglig desto högre förtroende får patienterna för sjukvården i allmänhet.<sup>84</sup> Användningen av digitala tjänster påverkas också av invånarnas kännedom om och förtroende för dem. Hur väl huvudmännen

<sup>82</sup> Socialstyrelsen (2020) *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 – uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.*

<sup>83</sup> Socialstyrelsen (2020) *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 – uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.*

<sup>84</sup> Inera (2016) *Årsrapport 2016.*

lyckas informera invånarna om fördelarna med att använda olika e-hälsotjänster har därmed betydelse för i vilken utsträckning de används.<sup>85</sup>

Allmänheten blir alltmer positivt inställd till den ökade digitaliseringen i samhället och till att regioner och kommuner erbjuder digital service. SKR har kartlagt invånarnas inställning till digitaliseringen i välfärden. Kartläggningen visar att andelen av befolkningen som är positiva till att kommuner och regioner erbjuder digital service uppgår till 83 procent år 2020. Dock anser endast 27 procent av de tillfrågade att regioner och kommuner i ganska eller mycket stor utsträckning lever upp till deras förväntningar på digital service. Kvinnor och yngre anser i något högre utsträckning att kommuner och regioner lever upp till deras förväntningar på digital service. Bland personer äldre än 64 år är motsvarande siffra 24 procent 2020.<sup>86</sup>

Förtroendet för 1177 Vårdguidens e-tjänster går att följa genom den så kallade Vård- och hälsobarometern.<sup>87</sup> År 2019 svarade 63 procent av de tillfrågade att de hade stort eller mycket stort förtroende för e-tjänsterna. Den regionala variationen är relativt stor, från 57 procents förtroende bland invånarna i Norrbotten till 72 procent bland invånarna i Örebro. Fördelat på kön anser 66 procent av kvinnorna att de har stort eller mycket stort förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster, vilket kan jämföras med 60 procent bland männen. Förtroendet för e-tjänsterna var 2019 störst bland yngre och åldersgruppen 70–79 år.<sup>88</sup> I övrigt är det små skillnader mellan de olika åldersgrupperna.<sup>89</sup>

Förtroendet för digitala vårdbesök är förhållandevis lågt, år 2019 hade 22 procent av befolkningen mycket eller ganska stort förtroende för digitala vårdbesök. Andelen i befolkningen som vid samma tidpunkt hade stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet var 60 procent.<sup>90</sup>

E-hälsomyndighetens nationella invånarundersökning visar att 36 procent av de svarande är positiva till digitaliseringen inom vård och omsorg.<sup>91</sup> Av undersökningen framgår att män i högre utsträckning än kvinnor är positiva till digitaliseringen, 36 procent jämfört med 32 procent. Bland personer äldre än 74 år är endast 16 procent positiva och 54 procent uppger att de är ganska eller mycket negativa. Den äldre delen av befolkningen ser inte heller nyttan med digitala vårdtjänster i samma utsträckning som övriga. Enkäten är planerad att genomföras vartannat år, vilket innebär att nästa tillfälle blir 2021.

<sup>85</sup> Socialstyrelsen (2020) *Öppna jämförelser – Sex frågor om vården*, s. 44-46.

<sup>86</sup> SKR (2020) *Invånarnas inställning till digitalisering i välfärden*.

<sup>87</sup> Vård- och hälsobarometern. [vardenisiffror.se](http://vardenisiffror.se) [2020-08-11].

<sup>88</sup> Värt att notera är att andelen som inte har någon uppfattning om 1177 Vårdguidens e-tjänster ökar med stigande ålder och bland äldre än 79 år svarade 70 procent att de inte har någon uppfattning om e-tjänsterna.

<sup>89</sup> SKR (2020) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*.

<sup>90</sup> Vård- och hälsobarometern. [vardenisiffror.se](http://vardenisiffror.se) [2020-08-11].

<sup>91</sup> E-hälsomyndigheten (2019) *Kartläggning e-hälsa – invånarperspektiv*.

### 3.2.2 Användningen av hälso- och sjukvårdens e-hälsotjänster

Kvinnor söker generellt mer vård än män och de använder 1177 Vårdguidens e-tjänster i större utsträckning än män. År 2019 var användningen bland kvinnor dubbelt så hög som bland män. Det finns även regionala skillnader i användningen av 1177 Vårdguidens e-tjänster. Skillnaden i antalet inloggnings per invånare varierade 2019 mellan 3 (Västra Götaland) och 9 (Halland). Bland personer som är 70 år eller äldre är det dock vanligare att män använder 1177 Vårdguidens e-tjänster.<sup>92</sup>

Användningen av 1177 Vårdguidens e-tjänster har ökat till följd av covid-19-pandemin. Inloggningsarna i hela landet ökade med 33 procent andra kvartalet 2020 jämfört med samma period 2019.<sup>93</sup> I Stockholm har användningen av de digitala tjänsterna varit särskilt stor i åldrarna 60–99 år. Framförallt har personer i denna åldersgrupp använt e-tjänster för att förnya recept, boka läkartider och söka information om covid-19.<sup>94</sup> En liknande utveckling går att se i de flesta regionerna.

Utbildningsnivå är en viktig faktor för hur ofta digitala tjänster i vården används. Av personer med eftergymnasial utbildning anger 44 procent att de använder sjukvårdens digitala tjänster, att jämföra med 18 procent av dem med förgymnasial utbildning.<sup>95</sup>

Användningen av e-hälsotjänster skiljer sig åt mellan personer med funktionsnedsättning och övriga befolkningen.<sup>96</sup> Inom vissa områden är skillnaderna mellan de två grupperna relativt liten, till exempel när det gäller viljan att boka tider till vården via nätet. Andelen som om möjligt undviker att boka tid till vården via internet är 21 procent bland personer utan funktionsnedsättning. Bland personer med funktionsnedsättning är motsvarande siffra 26 procent, vilket är en markant minskning jämfört med 2017 då cirka 55 procent uppgav att de om möjligt undviker att boka tider till vården via internet.<sup>97</sup> Personer med funktionshinder är en heterogen grupp med stor inbördes variation i behov och förmåga att kunna delta i sin vård. Det finns därför variationer inom gruppen när det gäller användningen av e-hälsotjänster. Ytterligare behovsanpassning av e-hälsotjänster skulle kunna bidra till mer jämlika möjligheter att vara medskapare i sin vård och omsorg.

### 3.2.3 Digitala vårdbesök

De digitala läkarbesöken utgör än så länge en liten andel av läkarbesöken i primärvården, men det är en växande företeelse. Den digitala primärvården slog besöksrekord 2019 då totalt 1,1 miljoner besök genomfördes digitalt vilket kan jämföras med cirka 217 000 besök under 2017.<sup>98</sup> Digitala läkarbesök via vårdappar används i större utsträckning av privata vårdgivare men regionerna satsar i allt större utsträckning också på digitala läkarbesök.<sup>99</sup>

<sup>92</sup> <https://www.inera.se/aktuellt/statistik/1177-varldguidens-e-tjanster/invanare/>

<sup>93</sup> Ineras statistikdatabas, *Statistik för 1177 Vårdguidens e-tjänster, Invånare*. [2020-09-16]

<sup>94</sup> mitti.se 2020-07-28 *Digitala vårdtjänster mer poppis bland Stockholms äldre*. [2020-09-17]

<sup>95</sup> E-hälsomyndigheten (2019) *Kartläggning e-hälsa – invånarperspektiv*.

<sup>96</sup> Begripsam (2019) *Svenskarna med funktionsnedsättning och internet 2019*.

<sup>97</sup> Begripsam (2017) *Svenskarna med funktionsnedsättning och internet 2017*.

<sup>98</sup> Läkartidningen.se 2020-02-18 *Rekordmånga besök hos nätläkarna*. [2020-09-17]

<sup>99</sup> I exempelvis Västra Götalandsregionen och i region Stockholm vårdapparna Mitt vårdmöte respektive Alltid öppet lanserats.

Personer med lägre digital vana, äldre, personer med funktionshinder eller socioekonomiskt svaga kan ha sämre förutsättningar att genomföra ett digitalt vårdbesök.<sup>100</sup> Äldre personer gör digitala läkarbesök i betydligt lägre utsträckning än övriga befolkningen. I Internetstiftelsens undersökning uppgav endast 4 procent av personer äldre än 64 år att de gör digitala läkarbesök. Det kan jämföras med 20 procent i åldersgruppen 35–46 år, som i störst utsträckning använder digitala läkarbesök.<sup>101</sup> I E-hälsomyndighetens invånarundersökning svarar 81 procent av de äldre än 74 år att de föredrar personliga möten med hälso- och sjukvården.<sup>102</sup> Var fjärde respondent ställde sig, vid undersökningstillfället, ganska eller mycket negativ till vård, konsultation och behandling på distans. Minst negativ inställning finns bland de yngsta och mest bland de äldsta.<sup>103</sup> Kontinuitet som handlar om att vårdpersonalen känner till patienten är en viktig kvalitetsaspekt för äldre.<sup>104</sup> Det kan vara en bidragande orsak till den mer negativa inställningen till och den lägre användningen av digitala läkarbesök bland äldre.

Under covid-19-pandemin har en generell ökning av digitala vårdmöten ägt rum. En sammanställning från SKR visar exempelvis en tiofaldig ökning av digitala vårdmöten i Stockholm.<sup>105</sup>

## 4. Slutsatser

De slutsatser som rapportens kartläggning och analys har resulterat i är på många sätt välkända utmaningar. Orsakerna till ojämlikhet är komplexa. Det är därför angeläget att kontinuerligt granska och lyfta fram både hinder och lösningar för att komma framåt. Det krävs ett tvärsektorielt, långsiktigt och kontinuerligt arbete av berörda aktörer i samhället för att vända den utveckling mot ökande hälsoklyftor som vi ser i dag. E-hälsomyndigheten ska följa utvecklingen på e-hälsoområdet. Att belysa hur e-hälsotjänster kommer olika grupper i samhället till del utgör en viktig del av det uppdraget.

### 4.1 Digitalt utanförskap riskerar att öka skillnader mellan grupper

Samhället har ett ansvar att motverka alla former av utanförskap, även ett digitalt sådant. Utmaningarna med det digitala utanförskapet är i hög utsträckning desamma som för det sociala utanförskapet i samhället. Faktorer som svag socioekonomi, hög ålder och funktionsnedsättning kan också förknippas med lägre förtroende för och användning av e-hälsotjänster. E-hälsa kan således å ena sidan bidra till ökad delaktighet och ökat självbestämmande men samtidigt, å andra sidan, riskera att förstärka utanförskapet för vissa grupper. Skillnader i förutsättningar att ta del av utbudet på e-hälsoområdet riskerar därmed att förstärka redan rådande ojämlika förhållanden.

<sup>100</sup> För referenser se Vårdanalys (2020) *Tre perspektiv på digitala vårdbesök* (Rapport 2020:1) s. 26.

<sup>101</sup> Internetstiftelsen (2019) *Svenskarna och internet*

<sup>102</sup> Liknande mönster har framkommit i t.ex. Vårdanalys (2020) *Tre perspektiv på digitala vårdbesök* Rapport 2020:1.

<sup>103</sup> SKR (2020) *Invånarnas inställning till digitalisering i välfärden*.

<sup>104</sup> Vårdanalys (2020) *Tre perspektiv på digitala vårdbesök* Rapport 2020:1 s. 76.

<sup>105</sup> SKR (2020) *Digitalisering och covid-19 – en kort lägesbild*.

För att e-hälsotjänster ska komma alla till del är det viktigt att de är universellt utformade samt att utvecklingen inkluderar behovsanpassning för individer eller grupper med någon form av funktionsnedsättning. En metod är för att uppnå ökad delaktighet och inkludering är tjänstedesignsmodellen<sup>106</sup> som utgår från förståelse för användarnas behov. I framtagandet av e-hälsotjänster kan UX-design<sup>107</sup> (user experience) användas för att förbättra användarens upplevelse och skapa en inkluderande design. Samverkan med funktionshindersrörelsens patient- och brukarorganisationer samt äldreorganisationer är ett sätt för myndigheter och andra aktörer att säkerställa att tjänsterna utformas så de kan komma alla till del.

Dagens e-hälsotjänster kräver sällan hög internetkapacitet. Det räcker i allmänhet med den typ av internetuppkoppling som de flesta invånare har tillgång till i sitt hem eller via en smarttelefon. Den delvis varierande tillgången på höghastighetsinternet i landet behöver således inte vara ett hinder för att ta del av dessa tjänster. Samtidigt är det viktigt att säkerställa att alla ges tillgång att ansluta till ett internet som klarar av framtidens krav på e-hälsa så att alla invånare har förutsättningar att ta del av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten fullständiga digitala utbud. Sedan mars 2018 gäller den statliga internetgarantin vilken bland annat innebär att hushåll som saknar tillgång till grundläggande bredbandsuppkoppling om 10 Mbit/s kan få medel som ger sådan tillgång.<sup>108</sup>

Samtidigt som den digitala delaktigheten i samhället ökar kan individer som en gång varit digitalt delaktiga hamna i ett digitalt utanförskap med stigande ålder, eller genom förvärvad funktionsnedsättning. Med den snabba utveckling som sker inom digitaliseringen behöver det digitala lärandet betraktas som en livslång process och anpassas efter olika livsskeden. När hälften av icke-användarna av internet uppger att de inte har ett intresse för internet eller inte ser det som användbart är det även viktigt att lyfta fram intresseväckande och motivationshöjande aktiviteter för att främja den digitala delaktigheten i samhället.

Vad gäller digitalt utanförskap bland personer med funktionsnedsättning och personer födda utomlands finns idag endast begränsad information om den inbördes variationen inom dessa grupper. För att förbättra förutsättningarna för digital inkludering behövs mer kunskap om variationen inom riskgrupperna. I E-hälsomyndighetens planerade invånarundersökning kommer detta att beaktas.

Avslutningsvis så saknas en entydig definition av begreppet digitalt utanförskap. En gemensam definition skulle kunna underlätta för aktörerna inom digitaliseringsområdet att motverka det digitala utanförskapet.

---

<sup>106</sup> <https://innovationsguiden.se/>

<sup>107</sup> <https://www.pts.se/sv/bransch/internet/anvandbarhet-och-tillganglighet/vagledning-riktlinjer-tips-och-rad/checklistor-och-andra-verktyg/>

<sup>108</sup> Regeringen (2018) *Nu börjar den statliga internetgarantin att gälla*. Pressmeddelande 2018-03-01.

## 4.2 Varierande förutsättningar och prioriteringar skapar ojämlig tillgång till e-hälsotjänster

Verksamheten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten regleras av ramlagar och ansvaret är decentraliserat till regionala och kommunala förtroendevalda. Regionerna och kommunerna har varierande förutsättningar i form av ekonomi, invånarantal, geografiskt läge och infrastruktur. Regioner och kommuner prioriterar och avgör i hög utsträckning självständigt vilket utbud som invånarna ska få del av, vilket medför variation i vilka e-hälsotjänster invånarna erbjuds. Införandet av nationella e-hälsotjänster och informationsmängder som visas upp via 1177 Vårdguiden har ökat under senare år. En ökad regionöverskridande samverkan, exempelvis via det samägda Inera, skapar förutsättningar för mer jämlik tillgång till e-hälsotjänster. Samverkan av detta slag gör också att kostnaderna för att utveckla e-hälsolösningar kan fördelas solidariskt och komma fler till del.

Hur långt kommunerna kommit i digitaliseringen av socialtjänsten varierar. Det samma gäller vilken typ av välfärdstekniska lösningar som invånarna erbjuds. För att öka digitaliseringstakten har regeringen, via överenskommelser med SKR, skjutit till medel för olika digitala satsningar inom socialtjänsten. Syftet har varit att stimulera till utveckling inom vissa prioriterade områden. Förutsättningarna för nationellt gemensamma digitala lösningar för socialtjänsten, i form av gemensam infrastruktur och bastjänster, utreds för närvarande.<sup>109</sup> Arbetet har potential att bidra till likvärdig digital service för invånarna i hela landet. En gemensam nationell struktur minskar risken för inlåsning i olika speciallösningar för kommunerna.

Sammantaget innebär dagens variation i regionernas och kommunernas förutsättningar och prioriteringar att invånarna har ojämliga möjligheter att vara aktiva i sin hälsa, vård och stöd. Den ökade användningen av e-hälsotjänster, särskilt till följd av covid-19-pandemin, visar att invånarna vill och har ett behov av att använda sådana tjänster. Det är därför angeläget att fortsätta arbeta för att den digitala servicen ska vara likvärdig, oavsett var invånaren bor.

## 4.3 Informationsdelning ökar tillgänglighet och delaktighet

Idag är det inte ovanligt att individen eller dennes närstående själva behöver återberätta sin behandlingshistorik och förmedla information mellan olika aktörer. Olika individer har varierande förmåga att återge informationen på ett adekvat sätt och viktig information riskerar att tappas bort eller återges felaktigt. Detta kan utgöra en patientsäkerhetsrisk, inte minst för multisyjuka personer och för personer med funktionsnedsättning.<sup>110</sup> E-hälsotjänster som reducerar den information som invånaren behöver vara bärare av mellan olika vårdinrättningar har därför potential att bidra till jämlika förutsättningar för god vård då informationsdelningen blir likvärdig och kvalitetssäkrad.

<sup>109</sup> Regeringen och SKR (2020) *Genomförandeplan 2020 – 2022 Bilaga till Strategidokument Vision e-hälsa 2025 Version juni 2020*.

<sup>110</sup> Ekholm, A. et al. (2016) *Bortom IT. Om hälsa i en digital tid*. Forskningsrapport 2016/2 2:a upplagan. Institutet för framtidsstudier.

Många människor behöver hjälp för att kunna delta i sin vård och omsorg. Det är ofta närstående som träder in som ombud för att stödja och ge assistans. År 2017 konstaterade högsta förvaltningsdomstolen (HFD) att patientdatalagen enbart ger stöd för patienten att själv ha direktåtkomst till sin journal.<sup>111</sup> Därmed upphörde möjligheten att dela sina elektroniska journaluppgifter med ombud. HFD:s domslut fattades med intentionen att skydda patientens integritet men ledde också till att ombudens möjligheter att stödja närstående begränsades jämfört med tidigare. Här står två perspektiv mot varandra då patienter och närstående har förväntningar på en hög tillgänglighet samtidigt som säkerhet och integritet måste värnas.

Nationella e-hälsotjänster är av stor betydelse för att viktig information ska följa individen och nå involverade aktörer inom hälso- och sjukvården. E-hälsotjänsterna bidrar på så vis till ökad patientsäkerhet, tillgänglighet och skapar därmed likvärdiga förutsättningar för en jämlik hälsa. En grundförutsättning är att information kan flöda mellan olika system och tjänster. Det kräver gemensamma standarder, termer och begrepp så att nödvändig information kan delas. Här pågår ett arbete inom ramen för regeringsuppdraget Nationella gemensamma specifikationer (NGS).

Alla vårdgivare är idag inte ansluta till Nationell patientöversikt (NPÖ). Dessutom skiljer sig informationsmängderna åt mellan regionerna, vilket riskerar att påverka vårdkvaliteten. De grundläggande obligatoriska informationsmängderna är basala och väsentlig information om patientens hälsotillstånd behöver tillgängliggöras i större utsträckning. Det är viktigt att arbetet med att utveckla och tillvarata möjligheterna med NPÖ fortsätter.

#### **4.4 Covid-19-pandemin har lett till ökad användning av e-hälsotjänster, särskilt bland äldre**

Inom hälso- och sjukvården har de tekniska lösningarna ofta funnits på plats men inte använts i någon större skala. Den pågående covid-19-pandemin har bidragit till att dessa tjänster har börjat användas inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. När rekommendationer om fysisk distansering infördes ställde många vårdgivare om till digitala vårdmöten, som därmed ökade markant.

E-hälsotjänster har i samband med pandemin börjat användas i högre utsträckning, inte minst bland äldre personer. Detta indikerar att motivation, kunskap, förmåga samt tillgång till internet och hårdvara finns i större utsträckning i gruppen än man tidigare trott.

Den fysiska vården och omsorgen kommer även i framtiden att vara viktig för gruppen äldre. Norm- och beteendeförändringen till följd av pandemin kan medföra ett ökat förtroende för och vilja att även fortsättningsvis komplettera fysiska möten med digitala lösningar. Att individen kan välja kontaktväg utifrån behov kan underlätta för fler att bli mer delaktiga i sin hälsa, vård och omsorg. Sett i ett ännu längre perspektiv är det rimligt att anta att en stor andel av framtidens äldre, uppväxta med it och e-tjänster i sin vardag,

---

<sup>111</sup> HFD 2017 ref. 67.

kommer betrakta det som självklart att använda de e-hälsotjänster som hälso- och sjukvården samt socialtjänsten kan komma att erbjuda.

## 4.5 Förbättrad analys av data för ökad jämlikhet

Ett av inriktningsmålen för Vision e-hälsa 2025 är att bästa möjliga kunskap eller evidens ska finnas tillgänglig i individens möte med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.<sup>112</sup> Den data som e-hälsolösningar genererar kan bidra till att utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens tjänster och kvalitet. Informationen ger förbättrade möjligheter för uppföljning, jämförelser och forskning. I skrivande stund remitteras betänkandet Hållbar Socialtjänst – En ny socialtjänstlag, med förslag på en ny lag som ska ge förbättrade möjligheter att följa upp beslut om insatser inom socialtjänsten.<sup>113</sup>

För att den data som genereras ska kunna användas på ett ändamålsenligt sätt behöver informationen vara jämförbar. E-hälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att utveckla och tillgängliggöra Nationella Gemensamma Specifikationer (NGS) för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Standarder, gemensamma termer och begrepp är också ett prioriterat insatsområde i Vision e-hälsa 2025 där NGS förväntas lägga grundförutsättningarna.

Jämlikhetsanalyser försvåras av att individdata på nationell nivå, som kopplar invånarnas behov, preferenser och förutsättningar till användningen av e-hälsotjänster, idag är begränsade. Exempelvis saknas i dagsläget uppgifter om hur många personer i Sverige som har tillgång till välfärdsteknik. Uppföljningar som gjorts beskriver antal eller andel kommuner som i någon av sina verksamheter erbjuder en viss välfärdsteknisk lösning, men säger inget om i vilken utsträckning tjänsterna faktiskt är tillgängliga för, och används av, invånare i målgrupperna.

En detaljerad och ändamålsenlig datainsamling skulle kunna användas för att påvisa ojämlikheter, underlätta för beslutsfattare på nationell, regional och kommunal nivå att följa utvecklingen samt utgöra stöd vid beslut om exempelvis särskilda satsningar. Genom utvärdering och uppföljning skapas förutsättningar för att bättre matcha välfärdsteknik mot invånarnas behov, vilket bidrar till ökad trygghet och möjligheten att leva ett självständigt liv.

---

<sup>112</sup> Regeringen och SKR (2020) *Genomförandeplan 2020 – 2022 Bilaga till Strategidokument Vision e-hälsa 2025 Version juni 2020.*

<sup>113</sup> SOU 2020:47 *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*