

Uppföljning Vision e-hälsa 2025

Rapport avseende år 2021

(S2020/07991)



Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Citera gärna rapporten men uppge alltid källa: Uppföljning Vision e-hälsa 2025, Rapport avseende år 2021, år 2022, och E-hälsomyndigheten.

Publicerad: E-hälsomyndigheten, april, 2022.

Diarienummer: 2021/00171

Adress: Södra Långgatan 60, Kalmar

Sankt Eriksgatan 117, Stockholm

E-post: registrator@ehalsomyndigheten.se

Telefon: 010-458 62 00

www.ehalsomyndigheten.se

Förord

I regleringsbrev för år 2020 fick E-hälsomyndigheten i uppdrag att följa utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och årligen lämna en uppföljningsrapport till regeringen. Rapporten ska baseras på det indikatorsbaserade ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025 som myndigheten utvecklat. Arbetet ska utföras i samverkan med styr- och samverkansorganisationen för Vision e-hälsa 2025. Denna rapport utgör den andra uppföljningen inom detta uppdrag, som ska fortgå till och med år 2025.

I arbetet med framtagande av indikatorer och därtill redovisade data har representanter från E-hälsomyndigheten, Läke-medelsverket (LV), Inera, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen (SoS) deltagit. De slutsatser som presenteras i rapporten är E-hälsomyndighetens.

Beslut om den här rapporten har fattats av generaldirektör Janna Valik. Utredare Gustaf Hedström har varit föredragande. I arbetet har Åke Nilsson (utredare), Morine Kalulanga (utredare), Dick Lindberg (e-hälsostrateg, Socialstyrelsen), Julia Lindström (e-hälsostrateg, Socialstyrelsen), Karin Gårdmark Östh (koordinator/e-hälsostrateg, Läke-medelsverket), Helena Henriksson (gruppchef, Läke-medelsverket), Andreas Leifsson (analytiker, Inera), Björn Hultgren (it-strateg, SKR) och Lars Kolmodin (ekonom, SKR) deltagit. I den slutliga handläggningen har enhetschef Susanna Wahlberg och ansvarig avdelningschef Annemieke Ålenius deltagit.

Janna Valik

Generaldirektör

Innehåll

Förord.....	2
Sammanfattning	7
1 Inledning.....	10
1.1 Uppdraget.....	11
1.2 Omfattning och avgränsningar.....	12
1.3 Samverkan	12
2 Genomförande	13
2.1 Indikatorerna	13
3 Resultat.....	16
3.1 Bakgrundsfaktorer	16
3.1.1 Internationell jämförelse	16
3.1.2 Tillgång till och användning av internet	18
3.1.3 E-legitimation.....	20
3.2 Grundläggande förutsättningar för Vision e-hälsa.....	21
3.3 Inriktningsmål 1 – Individen som medskapare.....	22
3.3.1 Välfärdsteknik i olika boendeformer	22
3.3.2 Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården	26
3.3.3 Allt fler kommuner tar emot digitala biståndsansökningar.....	27
3.3.4 Digitala vårdkontakter.....	28
3.3.5 1177 Vårdguidens e-tjänster	32
3.3.6 Digital ankomstregistrering och betalning	35
3.3.7 Attityder till, förtroende för och upplevelser av e-hälsa	36
3.3.8 Användning av digitala tjänster inom hälso- och sjukvård.....	38
3.3.9 Användning av digitala tjänster inom socialtjänst	39
3.3.10 Upplevelser av hälso- och sjukvårdens digitala tjänster	40
3.3.11 Upplevelser av socialtjänstens digitala tjänster.....	42
3.3.12 Inställning till ökad digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst	44

3.3.13	Inställning till AI i vården.....	45
3.3.14	Tillit till att information behandlas på rätt sätt inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten	46
3.3.15	De viktigaste digitala tjänsterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.....	47
3.4	Inriktningsmål 2 – Rätt information och kunskap.....	48
3.4.1	Användning av Ineras nationella tjänster	49
3.4.2	Möjlighet till mobilt arbete.....	53
3.4.3	Elektroniska recept och beslutsstöd på apotek	55
3.4.4	Information över landsgränser.....	56
3.5	Inriktningsmål 3 – Trygg och säker informationshantering.....	58
3.5.1	Informationssäkerhet	58
3.5.2	Säkert informationsutbyte.....	59
3.5.3	Systemsäkerhet	60
3.6	Inriktningsmål 4 – Utveckling och digital transformation i samverkan	61
3.6.1	Ekonomi.....	62
3.6.2	Regelverk samt tekniska och semantiska standarder.....	63
4	Slutsats	64
4.1	Pandemin har accelererat och bromsat utvecklingen	64
4.2	Införandet av välfärdsteknik i kommunerna går långsamt.....	64
4.3	Delvis låg användning av befintliga kommunala e-tjänster	65
4.4	Antal inloggningar på 1177 Vårdguiden ökar.....	66
4.5	Långsam ökning av tillgängliga informationsmängder mellan vårdgivare	67
4.6	De flesta invånarna är nöjda med de digitala tjänsterna inom hälso- och sjukvården men det är svårt att utvärdera nöjdheten inom socialtjänsten.....	68
4.7	En fjärdedel har lågt förtroende för informationssäkerheten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst	68
4.8	Ojämlig tillgång till e-hälsa.....	68

4.9 It-kostnaderna ökar	69
4.10 Sverige ligger inte i topp.....	69
4.11 Svårt att göra jämförelser.....	71

Sammanfattning

E-hälsomyndigheten fick år 2020 i uppdrag att följa utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. En rapport, baserad på det indikatorsbaserade ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025 som myndigheten utvecklat, ska årligen lämnas till regeringen. Arbetet ska utföras i samverkan med styr- och samverkansorganisationen för Vision e-hälsa 2025.

Första rapporten, gällande utvecklingen fram till och med år 2020, presenterades i april 2021. Denna rapport presenterar utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst fram till och med år 2021. I enlighet med uppdraget har rapporten tagits fram i samarbete med de parter som ingår i styr- och samverkansorganisationen för Vision e-hälsa 2025.

Rapporten bygger på data från myndigheter samt andra nationella och internationella organisationer.

Utvecklingen av digitaliseringen

En viktig förutsättning för arbetet mot Vision e-hälsa 2025 är att befolkningen har tillgång till, och är villig att använda sig av, digital utrustning och digitala tjänster. Tillgången till, och användningen av internet är relativt hög i Sverige jämfört med flera andra EU-länder. Andelen av befolkningen som har e-legitimation har ökat i alla åldersgrupper, särskilt bland de yngsta och äldsta, även om en majoritet av befolkningen äldre än 80 år fortfarande saknar e-legitimation.

Ett sätt att beskriva utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är att koppla den till de grundläggande förutsättningar och fyra inriktningsmål som beskrivs i *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen*.

Det har tidigare helt saknats indikatorer för att följa utvecklingen inom de *Grundläggande förutsättningar* som beskrivs i strategin. I oktober 2021 tillkom en indikator inom detta område när E-hälsomyndighetens nationella gemensamma e-hälsospecifikationer introducerades

Det första inriktningsmålet som därefter beskrivs i strategin är *Individen som medskapare*. När detta inriktningsmål följs upp noteras att förekomsten av vissa kommunala välfärdstekniker har ökat medan andra minskat i ordinära och särskilda boenden. Siffrorna är dock svårtolkade eftersom mycket handlar

om test- och pilotverksamheter och det är oklart hur många personer som faktiskt tar del av teknikerna.

Flera enkätundersökningar riktade till allmänheten visar att fler är positiva till utvecklingen av digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, än de som är negativa. Däremot varierar användandet av digitala tjänster kraftigt beroende på tjänst. Det saknas dock tillgängliga data för att bedöma vad ett lågt användande beror på.

Inom det andra inriktningsmålet, *Rätt information och kunskap*, finns inte lika många indikatorer tillgängliga för att följa utvecklingen. En indikator som finns är de informationsmängder som regionerna visar upp i Nationell Patientöversikt (NPÖ). I slutet av 2021 visade regionerna cirka 64 procent av de informationsmängder som är tekniskt möjliga att visa. Antal kommuner som producerar information till NPÖ har under året ökat med åtta stycken till totalt 41. Det är ett tillskott på knappt 3 procent av samtliga 290 kommuner.

För att följa utvecklingen inom de två sista inriktningsmålen *Trygg och säker informationshantering* och *Utveckling och digital transformation i samverkan* finns ännu färre tillgängliga indikatorer. Nya indikatorer har identifierats inom uppföljning på det medicintekniska området. Läkemedelsverket bedömer dock underrapporteringen som så stor att relevant statistik ej finns tillgänglig. Flera indikatorer som använts tidigare år har dessutom utgått eftersom de inte längre följs. Detta pekar på att det är otydligt vem som ska ansvara för att datainsamling som är nödvändig för att följa utvecklingen av e-hälsa i Sverige över tid.

E-hälsomyndighetens sammanfattning av läget

Pandemin har både accelererat och bromsat utvecklingen. Digitala kontaktvägar har börjat användas i större utsträckning. Samtidigt har it-projekt och it-införanden bromsats eftersom resurser behövts för att säkerställa klinisk verksamhet. Detta återspeglas i att viss välfärdsteknik erbjuds i färre kommuner år 2021 jämfört med åren innan. Sammantaget bedömer vi att införandet av välfärdsteknik och e-tjänster i kommuner går långsamt.

I takt med att befolkningen åldras kommer den digitala kompetensen att öka i de övre åldersgrupperna. Användningen av digitala tjänster bland äldre förväntas öka ytterligare, framför allt gällande 1177 Vårdguidens e-tjänster där en ökning redan skett under 2021. Däremot är det en relativt hög andel i hela befolkningen som har lågt förtroende för informationssäkerheten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Tillgängliga informationsmängder mellan vårdgivare bedöms fortsatt öka i långsam takt. Vilka informationsmängder och vilka e-tjänster som regionerna och kommunerna tillgängliggör skiljer sig åt. Detta kan delvis härledas till olika förutsättningar. I slutänden riskerar det att ge en ojämlik tillgång till hälso- och sjukvård baserat på geografisk lokalisering. Gemensamma nationella satsningar skulle kunna minska skillnaderna.

Internationella jämförelser är i dagsläget inte möjliga. Vilka indikationer som följs skiljer sig åt mellan olika länder. Samarbetsinitiativ under året har inte fått bifall från alla länder som varit med och har därför inte gett konkreta resultat. Arbetet försvåras även av att det saknas indikatorer inom ett stort antal områden, vilket är ett hinder vid jämförelser inom dessa områden.

Två större internationella undersökningar som presenteras är Digital Economy and Society Index (DESI) från EU samt en undersökning från Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD). I DESI backar Sverige från en andra till en tredje plats. Det beror inte på att utvecklingen gått bakåt i Sverige utan på att andra länder utvecklats snabbare. OECD undersöker tillgängliggörande av hälsodatauppsättningar för vårdgivare och för andra intressenter. Sverige placeras bland de fem sämsta länderna, av 22 undersökta. Ingen av undersökningarna kan dock svara på i vilken omfattning nyttjandet av digitaliseringens och e-hälsans möjligheter faktiskt bidrar till en god och jämlik hälsa.

Det blir i detta sammanhang tydligt att det saknas statistik inom området som möjliggör kvalitetssäkrade tidsserier och ger förutsättningar för kontinuitet i uppföljningen av visionens mål. Även om förutsättningarna skulle ändras till 2023 års uppföljningsrapport, är tiden fram till år 2025 kort.

E-hälsomyndigheten bedömer därför att möjligheten att etablera och få resultat av internationella samarbeten som små. Det gör att även möjligheten att år 2025 kunna utvärdera visionsarbetet utifrån visionens övergripande målsättning bedöms som begränsad.

1 Inledning

Avsikten med denna rapport är att ge en översiktlig bild när det gäller utvecklingen av digitaliseringen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på nationell nivå samt i regioner och kommuner.

Sveriges regering och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) presenterade år 2016 en gemensam vision för e-hälsoarbetet i Sverige fram till år 2025; *Vision e-hälsa 2025*.¹ Visionen är: *”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.”*

För att kunna följa utvecklingen mot visionens mål togs ett ramverk för uppföljning fram år 2017/2018, med förslag på initiala indikatorer.² Detta ramverk har legat till grund för uppföljningar avseende åren 2018 och 2019.^{3,4}

För att genomföra Vision e-hälsa 2025 togs en handlingsplan fram för arbetet under åren 2017–2019.⁵ Handlingsplanen följdes av en strategi för genomförande gällande åren 2020–2022.⁶ Strategin slår fast fyra inriktningsmål, som vilar på tre grundläggande förutsättningar (Figur 1).

¹ Socialdepartementet och SKL. *Vision e-hälsa 2025*. Stockholm, 2016.

² Regeringen och SKL. *Uppföljningsmodell för e-hälsa och en första testmätning – ett diskussionsunderlag*. Stockholm, april 2018.

³ Vision e-hälsa 2025. *Uppföljningsrapport 2018, Vision e-hälsa 2025*. Stockholm, 2018.

⁴ Vision e-hälsa 2025. *Vision e-hälsa 2025, Uppföljning 2019*. Stockholm, april 2020.

⁵ Socialdepartementet och SKL. *Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025 2017–2019*. Stockholm, 2017.

⁶ Socialdepartementet och SKR. *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022*. Stockholm, 2020.



Figur 1. Bild på inriktningsmål från En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022.⁷

I 2020 års regleringsbrev fick E-hälsomyndigheten i uppdrag att utveckla ett indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025, med utgångspunkt i tidigare framtaget ramverk.⁸ Detta arbete utgick från existerande data som möjlig grund till indikatorer för vidare uppföljning. Under arbetet konkretiserades inriktningsmålen i ett antal målområden och föreslagna indikatorer kopplades till dessa målområden och de inriktningsmål som formulerades i visionens strategi för 2020–2022. Uppdraget redovisades hösten 2020. Myndigheten har därefter fått i uppdrag att följa utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att lämna en uppföljningsrapport till regeringen årligen till och med år 2025.

1.1 Uppdraget

E-hälsomyndigheten fick följande uppdrag i regleringsbrevet för 2021:

8. Uppföljning Vision e-hälsa 2025

E-hälsomyndigheten ska följa utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och årligen lämna en uppföljningsrapport till regeringen. Rapporten ska baseras på det indikatorbaserade ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025 som myndigheten utvecklat. Arbetet ska utföras i samverkan med styr- och samverkansorganisationen för Vision e-hälsa 2025. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 15 april, årligen till och med 2025.

⁷ Socialdepartementet och SKR. En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022. Stockholm, 2020.

⁸ E-hälsomyndigheten. Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025. oktober 2020.

1.2 Omfattning och avgränsningar

E-hälsomyndigheten använder sig av indikatorer där data kan hämtas från befintliga källor hos myndigheter och andra organisationer. Det innebär att om vissa parametrar inte längre följs av dessa myndigheter eller organisationer så ingår de inte heller i denna rapport. Under året har några ytterligare indikatorer identifierats som inkluderas i rapporten

1.3 Samverkan

Arbetet har genomförts i samverkan med styr- och samverkansorganisationen för Vision e-hälsa 2025 samt genom deltagande och bidrag från Socialstyrelsen (SoS), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Inera och Läkemedelsverket (LV). Myndigheten för digital förvaltning (Digg) och Post- och telestyrelsen (PTS) har endast kunnat bistå med hjälp vid direkta frågor.

2 Genomförande

Det initiala arbetet med att ta fram indikatorer för uppföljning av e-hälsoutvecklingen i Sverige och Vision e-hälsa, har genomförts inom ramen för arbetet med rapporten *Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*.⁹ Rapporten lämnades i oktober 2020, och baserades på Socialstyrelsens kriterier och krav för framtagande av indikatorer.¹⁰ I rapporten konkretiserades de fyra inriktningsmålen som finns angivna i strategin för år 2020–2022 i ett antal punkter som benämndes målområden. Framtagna indikatorer kopplades till det uppdaterade ramverket och redovisades utifrån de konkretiserade inriktningsmålen.¹¹

Ytterligare information om process- och metodbeskrivning gällande uppdatering av ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025 samt framtagning av indikatorer finns att läsa i rapporten *Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*. Detaljerade beskrivningar av indikatorerna finns i rapportens bilaga.¹² I den rapporten framgår även att flera områden saknar tillgängliga indikatorer för att möjliggöra en fullständig uppföljning och utvärdering av utvecklingen inom området. Urvalet av indikatorer i denna uppföljningsrapport har gjorts för att ge en så god övergripande bild som möjligt av digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst utifrån tillgängliga indikatorer.

2.1 Indikatorerna

Vissa indikatorer från tidigare uppföljningar har fallit bort på grund av att de inte längre följs, eller har ersatts av andra indikatorer. Ett antal indikatorer som inte identifierats i tidigare arbeten har adderats eftersom de bedömts relevanta från ett uppföljningsperspektiv.

Så långt som möjligt har data för de senaste åren redovisats för respektive indikator. I vissa fall saknas data från tidigare år på grund av att indikatorn antingen är helt ny eller att data omformulerats på ett sådant sätt att jämförelser med tidigare år inte är möjligt.

⁹ E-hälsomyndigheten. *Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*. oktober 2020.

¹⁰ Socialstyrelsen. *Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg*. Stockholm, 2017.

¹¹ Socialdepartementet och SKR. *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022*. Stockholm, 2020. *Genomförandeplan 2020–2022, Bilaga till Strategidokument Vision e-hälsa 2025*, Stockholm, november 2020. E-hälsomyndigheten. *Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*. oktober 2020.

¹² E-hälsomyndigheten. *Bilaga 1 – Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*. oktober 2020.

Redovisade indikatorer kan identifieras i det indikatorbaserade ramverket (i rapport¹³ och i bilaga¹⁴) genom samma ID angivet i figurtexter (ID x.x). Vidare presenteras indikatorerna i enlighet med strukturen för de grundläggande förutsättningar och inriktningsmål som definieras i *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022*.¹⁵

Några datakällor som uppföljningsdata hämtas från återkommer mer frekvent än andra. Socialstyrelsen gör en årlig uppföljning, *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*, som visar utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. I den ingår också en kartläggning av kommuners införande och användning av olika former av välfärdsteknik för personer som bor i olika boendeformer.¹⁶ I rapporten påpekar Socialstyrelsen att siffrorna bör tolkas med viss försiktighet – även om fler kommuner rapporterar att de använder olika typer av välfärdsteknik så handlar det fortfarande mycket om test- och pilotverksamheter. Det är oklart hur många personer som faktiskt tar del av tekniken.

SKR gör en årlig undersökning, *Hälso- och sjukvårdsbarometern*, om befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattningar om hälso- och sjukvård. SKR, liksom Inera, bidrar även med annan data som är nödvändig för att kunna följa flera indikatorer.¹⁷

Socialstyrelsen, SKR och Inera bidrar dessutom med sammanställda data specifikt för denna uppföljningsrapport.

Under ett antal år har även en rapport publicerats gällande it-utvecklingen i regionerna, *eHälsa och IT i regionerna*.¹⁸ Rapporten bygger på enkätdata som samlas in från regionerna samma år, samt data om ekonomi från året innan rapporten publiceras. Flera frågor i enkäten som ligger till grund för rapporten har ändrats mellan år 2020 och 2021. Det gör att enbart ett fåtal datamängder som ligger till grund för indikatorer som används av E-hälsomyndigheten finns kvar i år.

E-hälsomyndigheten gör en enkätundersökning vartannat år, *Invånarundersökningen*, om invånarnas användning av, och inställning till, digitala tjänster inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den första enkäten publicerades år 2019 och fokuserade på hälso- och sjukvården. Sedan

¹³ E-hälsomyndigheten. *Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*. oktober 2020.

¹⁴ E-hälsomyndigheten. *Bilaga 1 – Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*. oktober 2020.

¹⁵ Socialdepartementet och SKR. *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022*. Stockholm, 2020.

¹⁶ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020*. Stockholm, 2020.

¹⁷ SKR. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020*. Stockholm, 2021.

¹⁸ Jerlvall, Pehrsson. *eHälsa och IT i regionerna*. maj 2020.

dess har enkäten reviderats och bland annat utvidgats med frågor om socialtjänsten. I de fall jämförelser har gjorts mellan 2019 och 2021 års enkät bör siffrorna tolkas med viss försiktighet då vissa av frågorna omformulerats något i den senaste enkäten.

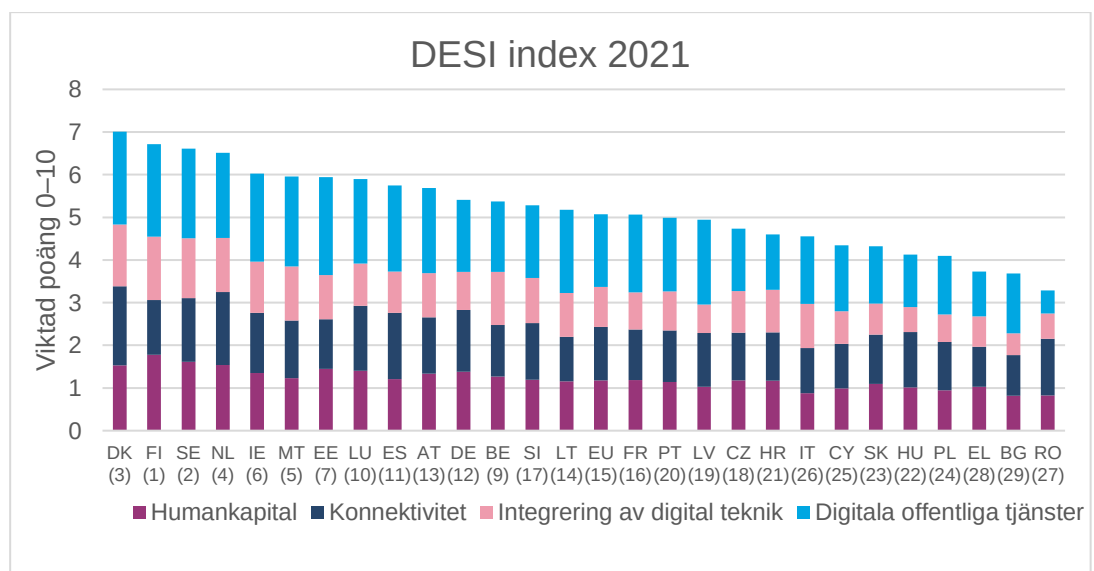
3 Resultat

3.1 Bakgrundsfaktorer

Visionen anger att Sverige ska vara bäst i världen på ”att använda digitaliserings 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”.¹⁹ Hur väl vi lyckas beror dels på utvecklingen av digitala lösningar inom området men även på förmågan att skapa förutsättningar att kunna använda dessa lösningar.

3.1.1 Internationell jämförelse

I den internationella jämförelsen DESI, gällande digitalisering, placeras Sverige på tredje plats med 6,61 poäng (Figur 2). Som jämförelse får Danmark och Finland 7,00 poäng respektive 6,71 poäng. Enbart Finland får högre delpoäng än Sverige på humankapital.²⁰ För övriga delmängder i DESI hamnar Sverige på följande plats : konnektivitet²¹ – 5:e plats, integrering av digital teknik – 3:e plats efter Finland och Danmark, och digitala offentliga tjänster – 5:e plats.²²



Figur 2. Siffror inom parentes visar förra årets placering. Förra året var även UK med i rankingen (plats nummer 8). Källa: DESI index 2020 och 2021.

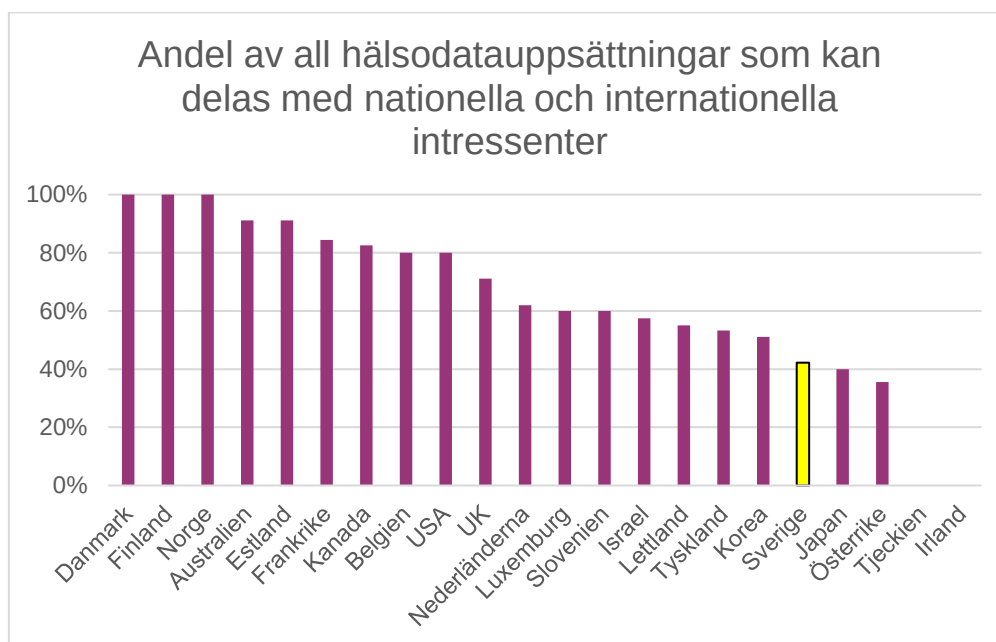
¹⁹ Socialdepartementet och SKL. *Vision e-hälsa 2025*. Stockholm, 2016.

²⁰ Digital kompetens i befolkningen och bland yrkesverksamma.

²¹ Tillgång till, prestanda samt kostnad på bredband.

²² Europeiska kommissionen. *Digital Economy and Society Index (DESI) 2021: Thematic chapters*. EU, 2021. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi>

Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) följer utvecklingen inom en rad samhällssektorer, bland annat hälsa och digitalisering. En indikator som OECD mäter är i vilken utsträckning nationella hälsodata kan delas med nationella och internationella intressenter. Vid ett indikatorvärde på 100 procent kan alla tillgängliga²³ nationella hälsodatauppsättningar delas med alla intressentgrupper.²⁴ Det kan vara värt att belysa att OECD i detta sammanhang inte likställer delning med helt öppen åtkomst till data. Datadelning kräver vanligtvis integritetsskydd som avidentifiering och att intressenter måste ansöka och godkännas för att få tillgång till en datauppsättning. Bland jämförda länder hamnar Sverige långt ned på listan med möjlighet att dela 42 procent av alla hälsodatauppsättningar (Figur 3). Som jämförelse kan nämnas att Danmark, Finland och Norge alla kan dela 100 procent.²⁵



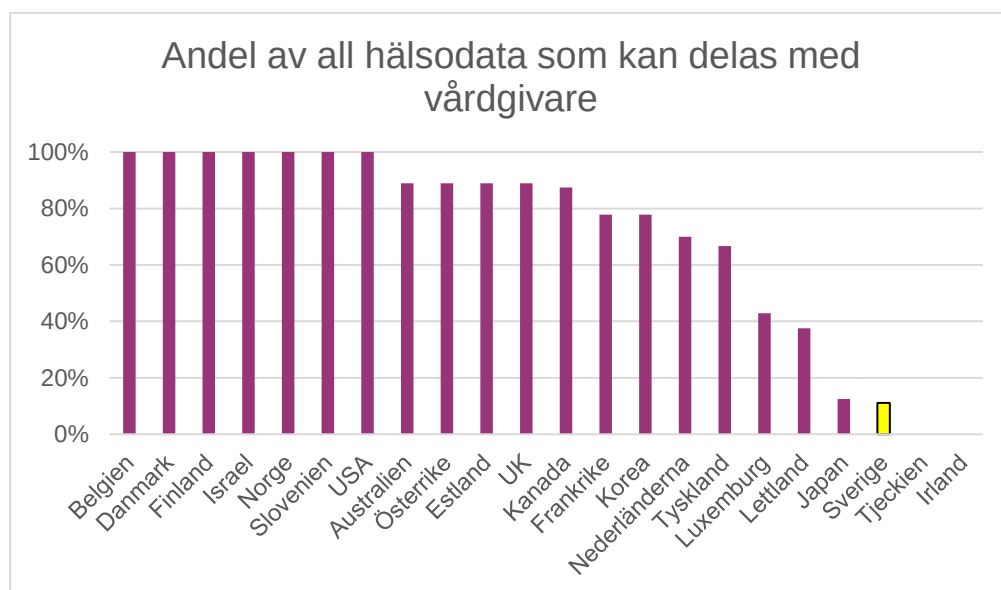
Figur 3. Andel av existerande hälsodatauppsättningar som kan delas med nationella och internationella intressenter. Alla länder har inte alla hälsodatauppsättningar. Källa: OECD Going Digital Toolkit, based on the OECD Questionnaire on Health Data Development and Governance. <https://goingdigital.oecd.org/indicator/64> Hämtad 2022-01-31

²³ Det framgår inte av redovisad data hos OECD hur många tillgängliga hälsodataset som finns i respektive land.

²⁴ Nationella hälsodataset som undersökts av OECD innehåller uppgifter om patienter inlagda på sjukhus; akutsjukvård, primärvård och långvård; data om receptbelagda läkemedel; registerdata för cancer, diabetes och kardiovaskulära sjukdomar; och dödlighetsdata. Alla länder har inte nationella hälsodatauppsättningar som täcker vart och ett av dessa områden. Andel hälsodataset som kan delas beräknas utifrån antal dataset som kan delas i relation till antal tillgängliga dataset i varje land. En andel av delningspotentialen på mindre än 100 procent indikerar att en eller flera av de hälsodatauppsättningar som finns i landet inte tillåter delning med en eller flera intressenter.

²⁵ OECD Going Digital Toolkit, based on the OECD Questionnaire on Health Data Development and Governance. <https://goingdigital.oecd.org/indicator/64> Hämtad 2022-01-31

En annan indikator som mäts av OECD är andel nationella hälsodatauppsättningar som kan delas nationellt med vårdgivare. Även här placerar sig Sverige långt ned på listan med 11 procent (Figur 4). Som jämförelse kan nämnas att Danmark, Finland och Norge kvalar in i topp med 100 procent.²⁶



Figur 4. Andel av existerande hälsodatauppsättningar som kan delas med vårdgivare. Alla länder har inte alla hälsodatauppsättningar. Källa: OECD Going Digital Toolkit, based on the OECD Questionnaire on Health Data Development and Governance. <https://goingdigital.oecd.org/indicator/64> Hämtad 2022-01-31

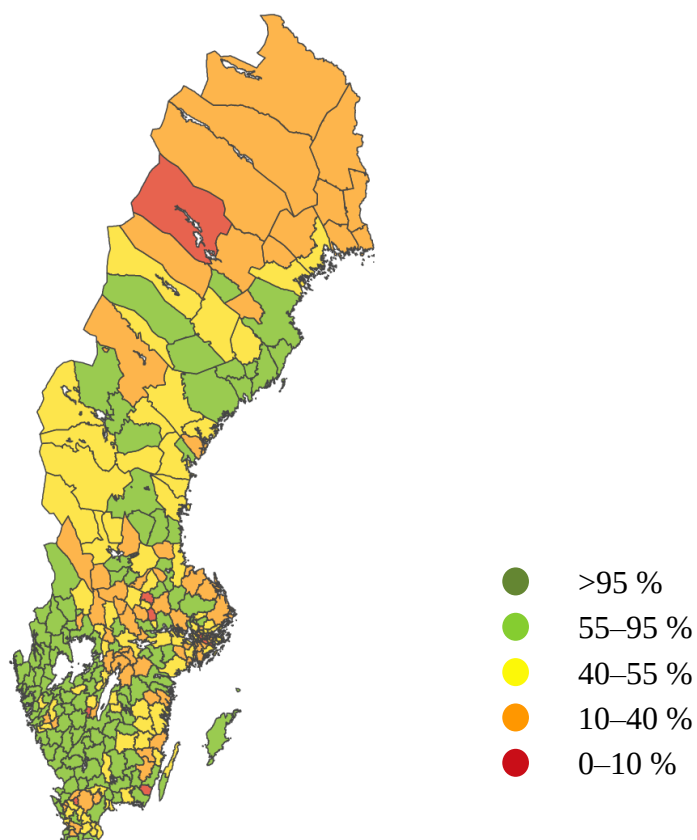
3.1.2 Tillgång till och användning av internet

Flera e-hälsolösningar är beroende av en fungerande bredbandsuppkoppling i hemmet. Tillgång till fiberuppkoppling skiljer sig åt beroende på geografiskt läge. Generellt är tillgången till fiberuppkoppling god inom tätorterna, men det är större variation i tillgången till fiber för fastigheter utanför tätorter (Figur 5).²⁷

²⁶ OECD Going Digital Toolkit, based on the OECD Questionnaire on Health Data Development and Governance. <https://goingdigital.oecd.org/indicator/64> Hämtad 2022-01-31

Nationella hälsodataset som undersökts av OECD innehåller uppgifter om patienter inlagda på sjukhus; akutsjukvård, primärvård och långvård; data om receptbelagda läkemedel; registerdata för cancer, diabetes och kardiovaskulära sjukdomar; och dödlighetsdata. Alla länder har inte nationella hälsodatauppsättningar som täcker vart och ett av dessa områden. Andel hälsodataset som kan delas beräknas utifrån antal dataset som kan delas i relation till antal tillgängliga dataset i varje land. En andel av delningspotentialen på mindre än 100 procent indikerar att en eller flera av de hälsodatauppsättningar som finns i landet inte tillåter delning med en eller flera intressenter.

²⁷ bredbandskartan.se, 2022-01-10.



Figur 5. Tillgång till fiber utanför tätort och småort. Källa: Bredbandskartan, 2022-01-10.

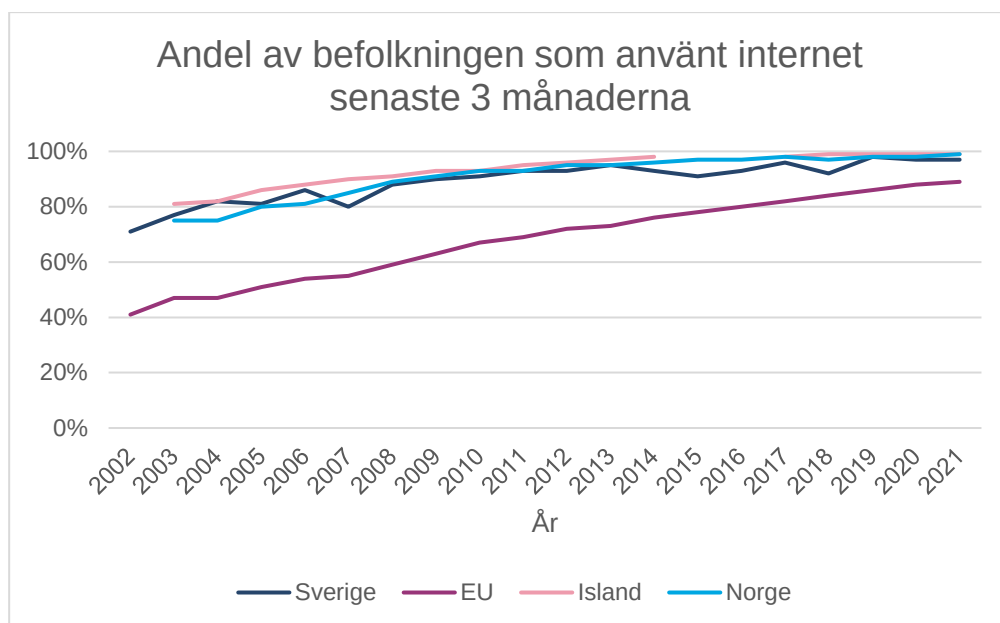
I linje med regeringens mål ”hela Sverige uppkopplat” har i dag nästan hela Sveriges befolkning tillgång till internet. Cirka 93 procent i åldersgruppen 16–85 år har tillgång till internet i hemmet.²⁸

Även om siffran stadigt ökat finns det fortfarande en andel av befolkningen som inte använder internet alls eller använder internet väldigt sällan. Vid 2021 års mätning använde 9 av 10 internet dagligen. Totalt var det 6 procent som inte använde internet och 4 procent som använde det ibland, men inte dagligen.²⁹ Inom EU varierar det mycket; 20 procent av invånarna i Bulgarien och Grekland har aldrig använt internet medan det enbart är 1 procent av invånarna i Sverige som aldrig använt internet, enligt samma undersökning.³⁰

²⁸ Andel personer som har tillgång till internet i hemmet 16–85 år. Data från SCB senast uppdaterad 2021-11-18.

²⁹ Internetstiftelsen. *Svenskarna och internet 2021*.

³⁰ Europeiska kommissionen. *Digital Economy and Society Index (DESI) 2021: Thematic chapters*. EU, 2021.



Figur 6. Data saknas för Island för åren 2015–2016. Källa: Eurostat, datakod ISOC_CI_IFP_IU. Data senast uppdaterad 2021-12-16, hämtad 2022-01-10.

Tillgång till en digital enhet såsom en mobil, dator eller surfplatta är en förutsättning för att kunna ta del av digital vård och omsorg. Enligt Internetstiftelsens rapport *Digitalt utanförskap 2020* råder det i dag ingen större brist på digitala enheter hos befolkningen. År 2020 var det 3 procent i befolkningen som angav avsaknaden av en digital enhet som ett hinder för att kunna använda internet.³¹

3.1.3 E-legitimation

Flera digitala tjänster kräver möjlighet att identifiera användaren, vilket ställer krav på lösningar för säker digital legitimation. I dag finns det tre etablerade e-legitimationer som är godkända av kvalitetsmärket svensk e-legitimation och som privatpersoner kan skaffa: Bank-id, Freja e-id plus samt AB Svenska Pass.³² Bank-id har funnits några år och drygt 8 miljoner har nu ett bank-id.³³ Freja e-id är ett nyare alternativ med 476 000 innehavare vid slutet av år 2021.³⁴ AB Svenska Pass e-legitimation finns sedan september år 2017 på id-kort utfärdade av Skatteverket, totalt cirka 670 000.³⁵

³¹ Internetstiftelsen. *Digitalt utanförskap 2020*. juni 2020.

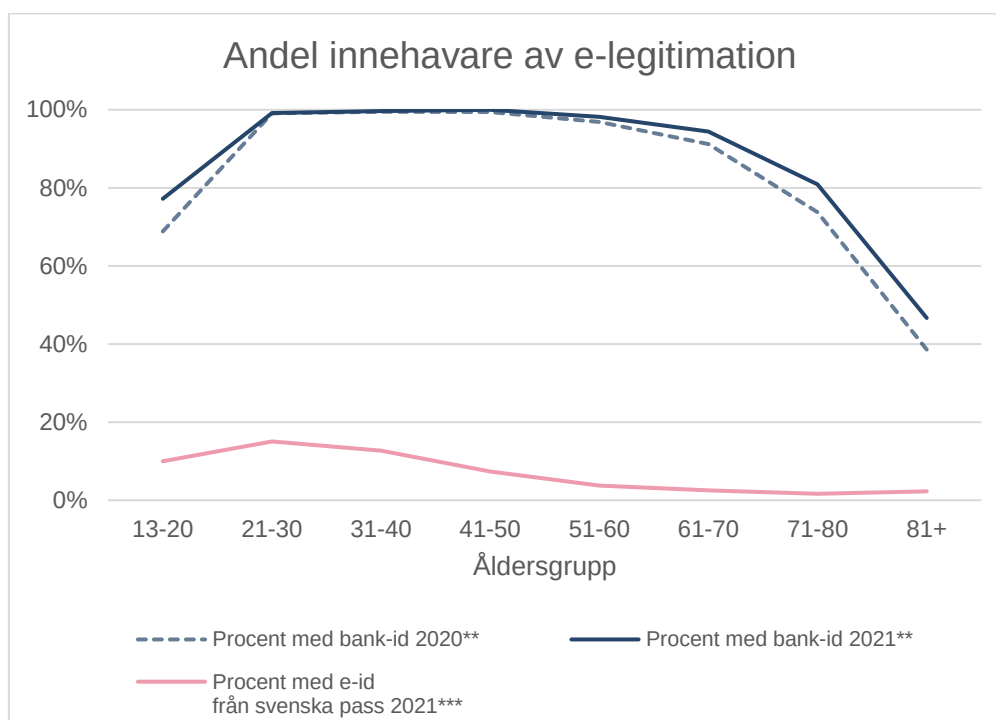
³² Digg – Myndigheten för digital förvaltning. <https://www.digg.se/digital-identitet/e-legitimering>. 2022-01-11.

³³ Statistik från Finansiell ID-Teknik AB, BankID.

³⁴ Statistik från Freja eID Group AB.

³⁵ Statistik från Skatteverket.

Andelen personer som har skaffat bank-id, och således har möjlighet att använda detta system för legitimation och inloggning till olika tjänster, har ökat i samtliga åldersgrupper. Men det är fortfarande färre innehavare bland äldre (Figur 7).³⁶



Figur 7. Andel uträknad utifrån antal folkbokförda i Sverige den 1 november 2021. ** Antal i november 2020 respektive 2021. *** Antal 2021-12-31. Det saknas åldersuppdelad statistik gällande Freja e-id. Källa: Finansiell ID-Teknik AB, BankID, Skatteverket.

3.2 Grundläggande förutsättningar för Vision e-hälsa

Grundläggande förutsättningar för Vision e-hälsa 2025 innefattar följande tre områden: *Regelverk*, *Standarder* och *Enhetligare begreppsanvändning*. Dessa ska skapa förutsättningar för enhetlig semantisk tolkning av information och informationsutbyte, underlätta informationsöverföring och möjliggöra samspel mellan olika digitala lösningar i ett standardiserat ekosystem. Det är områden som kräver samverkan, långsiktighet, uthållighet och förutsägbarhet. Enligt statskontorets rapport *"Vision E-hälsa 2025 – att försöka styra genom samverkan"* (2021:17) är samverkan *"fortfarande inte tillräckligt effektiv för att nå målen i visionen. Det gemensamma arbetet har hittills gett få tydliga resultat i form av exempelvis en mer samordnad digitalisering inom vård- och omsorgssektorn."* Statskontoret skriver vidare att *"Vi anser att parterna inte*

³⁶ Statistik från Finansiell ID-Teknik AB, BankID.

*tillräckligt har fokuserat sitt arbete på de grundläggande förutsättningar som bör finnas ...”.*³⁷

Förra året hade inga kvantifierbara indikatorer identifierats som skulle kunna användas för att följa utvecklingen gällande de grundläggande förutsättningarna. En möjlig indikator att använda framöver är E-hälsomyndighetens nationella gemensamma e-hälsospecifikationer (NGS) som lanserades hösten 2021. Än så länge har enbart en region och en kommun bidragit, samt tre myndigheter. Ingen av de knappt 200 e-hälsospecifikationer som är registrerade har än så länge status som NGS, och merparten av dem kommer från E-hälsomyndigheten.

3.3 Inriktningsmål 1 – Individen som medskapare

En förutsättning för personcentrerad verksamhet är att utgå ifrån patienters och brukares behov och förutsättningar att vara informerade och aktiva medskapare. Detta inriktningsmål beaktar möjligheten att den som kan och vill bidra mer i sin vård, hälsa eller stöd, ska kunna göra det. Med olika former av digitala stöd ska individers resurser kunna tas tillvara och olika verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst bli mer sammanhållande. Hälso- och sjukvård och socialtjänst ska bland annat i större utsträckning kunna erbjudas nära invånare och vara mer platsberoende.

En målsättning är att välfärdsteknik och digitala stöd i hemmet ska erbjuda patienter, brukare och närstående stöd utanför de traditionella vårdmiljöerna och leda till ökad trygghet, självständighet och delaktighet. En annan målsättning är att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska vara tillgängliga och närvarande genom digitala tjänster som underlättar kontakter och individers informationsinhämtning samt att invånare känner tillit till och är positiva till e-hälsa.³⁸

3.3.1 Välfärdsteknik i olika boendeformer

Andel kommuner som har natttillsyn med digital teknik i ordinärt boende för äldre och/eller personer med funktionsnedsättning, har ökat från 37 procent

³⁷ Statskontoret, 2021:17. *Vision E-hälsa 2025 – att försöka styra genom samverkan*. Dnr. 2020/167-5

³⁸ Socialdepartementet och SKR. *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022*. Stockholm, 2020.

år 2017 till 76 procent år 2021.^{39,40} Exempel på sådan teknik är trygghetskamera och värmekamera som möjliggör tillsyn hos en brukare utan att omsorgspersonalen behöver besöka brukaren. Andelen kommuner där det i ordinärt boende finns möjlighet till vårdplanering med stöd av video från slutenvård är 81 procent och vid andra tillfällen 84 procent. Andelen kommuner som rapporterar användning av passiva larm eller sensorer⁴¹ har sjunkit från 93 procent år 2020 till 82 procent 2021 (Figur 8).⁴²

Kommuner använder även olika typer av välfärdsteknik inom *särskilda boenden för äldre* (Figur 9) respektive *stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning* (Figur 10).⁴³ Inom dessa boendeformer har nattillsyn med kamera ökat från 11 procent år 2017 till 44 procent år 2021 inom särskilda boenden för äldre. Samtidigt rapporteras en lägre siffra för år 2021 jämfört med år 2020 gällande boenden för personer med funktionsnedsättning. Vårdplanering via video, från slutenvård samt vid andra tillfällen, är 74 samt 78 procent respektive år 2021 i särskilda boenden för äldre. I stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning är vårdplanering via video från slutenvård 69 procent och vid andra tillfällen 73 procent.

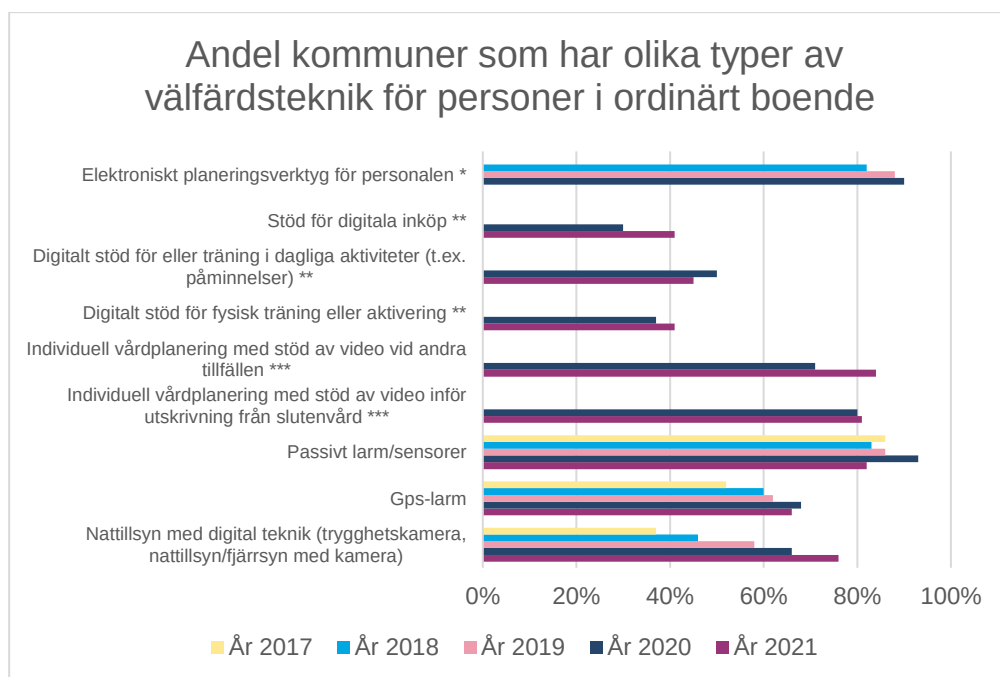
³⁹ Presenterade siffror gällande andel kommuner som erbjuder viss välfärdsteknik i olika boendeformer bör tolkas med viss försiktighet. Även om fler kommuner rapporterar att de använder olika typer av välfärdsteknik så handlar det fortfarande mycket om test- och pilotverksamheter. Det är oklart hur många personer som faktiskt tar del av tekniken.

⁴⁰ I 2021 års enkät för *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna* har välfärdsteknik i ordinärt boende delats upp i äldreomsorg och funktionshinder.

⁴¹ Larm som inte individen själv behöver aktivera, exempelvis rörelsesensorer eller larmmattor. Till skillnad mot aktiva larm där individen själv måste larma genom att exempelvis trycka på en larmknapp.

⁴² Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2017–2021*. Stockholm, 2017 till 2021.

⁴³ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2017–2021*. Stockholm, 2017 till 2021.

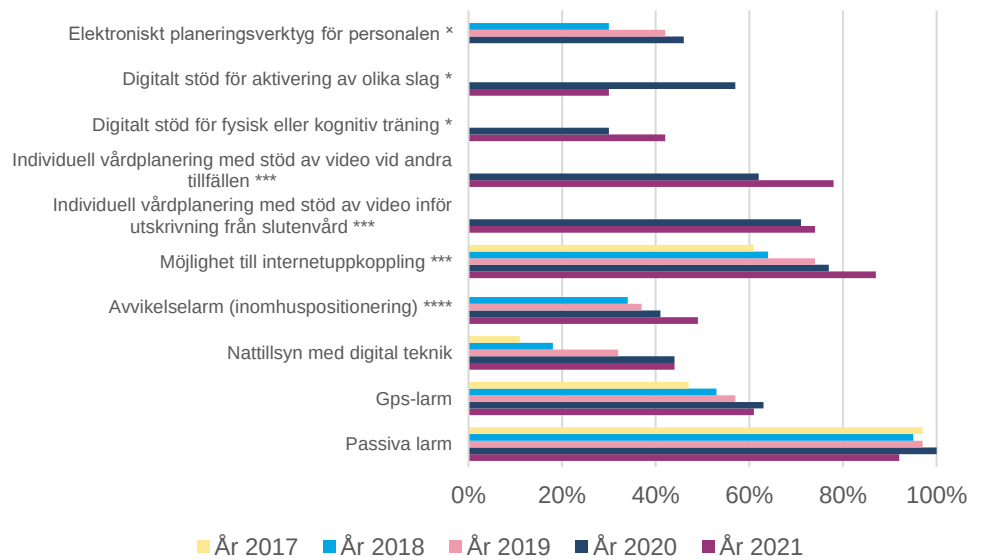


Figur 8. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för personer i ordinärt boende (ordinärt boende för äldre och / eller boende för personer med funktionsnedsättning), 2017–2021. * Frågan ställdes inte år 2017 eller 2021. ** Frågan ställdes först år 2020. *** Fram till 2019 var dessa frågor sammanslagna. Källor: Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2017 till 2021. (ID 1.1–1.4)

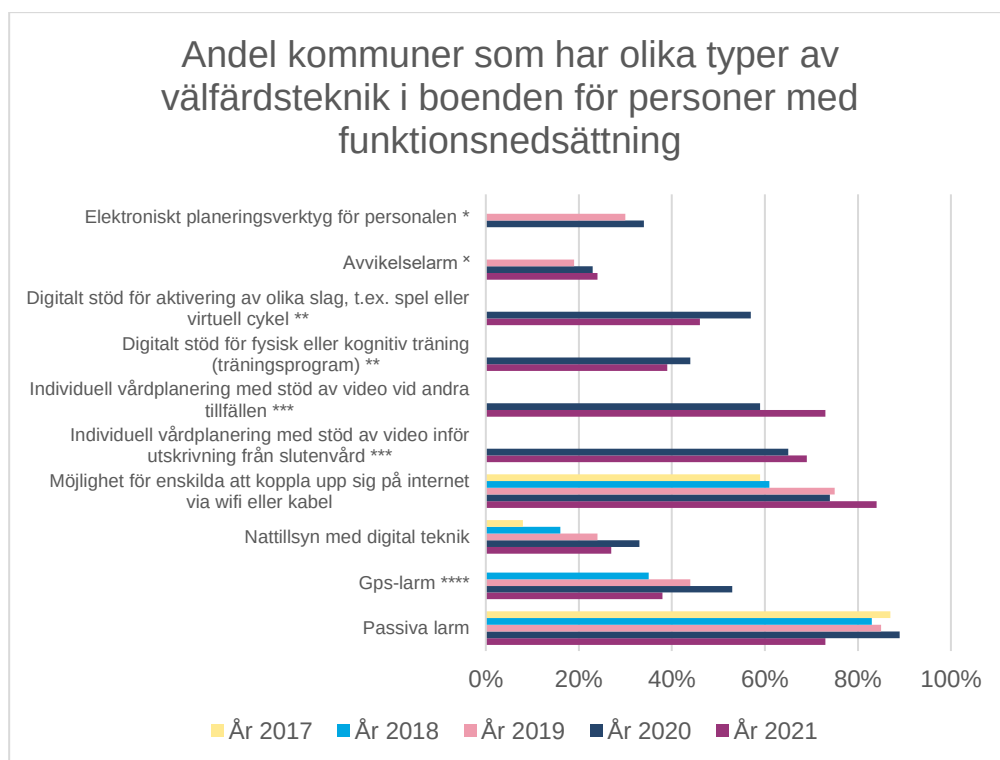
Även om internetuppkoppling inte klassas som välfärdsteknik i sig så möjliggör den användande av välfärdsteknik samt digital vård och omsorg. Inom särskilda boenden för äldre är andelen kommuner som erbjuder möjlighet för den enskilde att koppla upp sig på internet i samtliga av sina boenden 57 procent. 49 procent av alla kommuner erbjuder uppkoppling i samtliga av sina boenden för personer med funktionsnedsättning.⁴⁴

⁴⁴ Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2017–2021. Stockholm, 2017 till 2021.

Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för äldre personer i särskilda boenden



Figur 9. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik för äldre personer i särskilda boenden, 2017–2021. * Frågan ställdes inte år 2017 eller 2021. * Frågan ställdes först år 2020. ** Fram till 2019 var dessa frågor sammanslagna. *** Avser internetuppkoppling via wifi eller fiber. **** Frågan ställdes inte år 2017. Källor: Socialstyrelsen E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2017 till 2021. (ID 1.1–1.4)



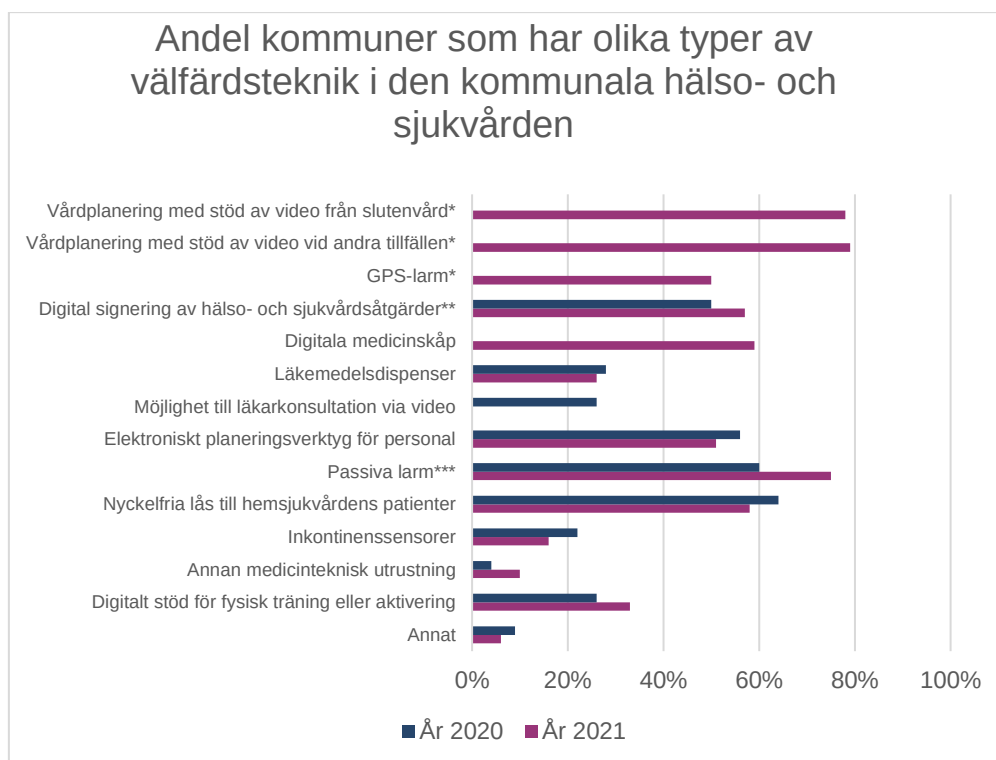
Figur 10. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättning, 2017–2021. * Frågan ställdes inte år 2017, 2018 eller år 2021. * Frågan ställdes inte år 2017 eller år 2018. ** Frågan ställdes först år 2020. *** Fram till 2019 var dessa frågor sammanslagna. **** Frågan ställdes inte år 2017. Källor: Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2017 till 2021. (ID 1.1–1.4)

3.3.2 Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården

I den kommunala hälso- och sjukvården finns delvis andra välfärdstekniska lösningar jämfört med socialtjänsten. Vanligast är individuell vårdplanering via video, vilket används i 78 till 79 procent av kommunerna. Passiva larm används i 75 procent och digitala medicinskåp används i 59 procent av kommunerna (Figur 11).⁴⁵

⁴⁵ Presenterade siffror gällande andel kommuner som erbjuder viss välfärdsteknik i olika boendeformer, bör tolkas med viss försiktighet. Även om fler kommuner rapporterar att de använder olika typer av välfärdsteknik så handlar det fortfarande mycket om test- och pilotverksamheter. Det är oklart hur många personer som faktiskt tar del av tekniken.

Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2017–2021. Stockholm, 2017–2021.



Figur 11. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården, 2021. * Frågan ställdes år 2021. ** till exempel läkemedelssignering. *** till exempel epilepsilarm. Källa: Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 till 2021. (ID 1.1—1.4)

Undersökningen gällande kommunal välfärdsteknik i olika boenden och inom hälso- och sjukvård omfattade enbart vilka kommuner som har en viss lösning, inte hur spridd den är i kommunen eller hur många som har tillgång till den. Även om fler kommuner rapporterar att de använder olika typer av välfärdsteknik så handlar det fortfarande mycket om test- och pilot-verksamheter, och siffrorna bör därför tolkas med viss försiktighet.⁴⁶

3.3.3 Allt fler kommuner tar emot digitala biståndsansökningar

En ökande andel av kommunerna har e-tjänster för att ansöka om bistånd, framför allt ekonomiskt bistånd (48 procent av kommunerna). Inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet var det 29 respektive 23 procent av kommunerna som uppgav att de har e-tjänster i form av digitala ansökningar för olika typer av bistånd eller insatser. Andra exempel på e-tjänster som erbjuds är möjligheten att boka tid hos handläggare, chattforum och intresseanmälningar. Andelen kommuner som inte har några e-tjänster

⁴⁶ Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020. Stockholm, 2020.

har sjunkit mellan åren 2019 och 2021 (Tabell 1). Totalt uppgav 23 procent av alla kommuner att de inte hade någon e-tjänst för något område inom socialtjänsten medan 16 procent uppgav att de har e-tjänster inom alla områden.⁴⁷

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

Verksamhetsområde	Tidsbokning (%)	Digital Ansökan (%)	Chatt (%)	Intresse-anmälan (%)	Inga e-tjänster (%)
Barn och unga	4 (2;1)	6 (2;4)	7 (6;6)	36 (38;33)	49 (48;59)
Ekonomiskt bistånd	4 (2;1)	48 (40;29)	7 (3;3)	4 (3;4)	41 (48;63)
Familjerätt	6 (6;5)	2 (3;3)	2 (2;3)	5 (4;5)	71 (74;82)
Familjerådgivning	5 (8;6)	. (1;3)	2 (2;2)	2 (2;2)	78 (74;86)
Vuxna med missbruksproblem	1 (1;1)	5 (3;2)	3 (3;3)	6 (8;5)	73 (71;84)
Funktionshinder	0 (1;0)	23 (25;23)	1 (2;2)	18 (21;14)	60 (53;58)
Äldreomsorg	1 (1;3)	29 (31;29)	. (2;2)	1 (9;8)	60 (54;90)

Tabell 1. Andel kommuner som angett att de har e-tjänster för ansökan av olika typer av bistånd eller insats, i procent. Uppgifter inom parentes avser år 2020 och 2019 enligt (år 2020;år 2019).

Källor: Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2019 till 2021. (ID 2.8)

3.3.4 Digitala vårdkontakter

För att beskriva utvecklingen inom ramen för digitala vårdkontakter används i denna redovisning SKR:s sammanställning av data gällande digitala vårdkontakter. Sammanställningen omfattar data från vårdgivare från två regioner (Jönköping och Sörmland). I de två regionerna är det endast privata och i huvudsak digitala vårdgivare. Dessa vårdgivare agerar på nationell nivå snarare än regional nivå genom att erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster till hela befolkningen. De privata aktörer och vårdgivare som ingår i redovisningen är verksamma antingen med kontrakt direkt med regionen, eller som underleverantör till en annan av regionen kontrakterad vårdgivare. Samtidigt representerar denna data de flesta större privata vårdgivarna i Sverige, som har verksamhet med digitala vårdkontakter. Via dator och mobilappar är vårdtjänster lättillgängliga och valbara för alla.

Sammanställningen omfattar enbart offentligt finansierad vård. Om vårdgivarna också tillhandahåller digital vård med privat finansiering ingår den inte. Vidare ingår inte digitala sjukvårdstjänster som tillhandahålls av regionerna, eller privata utförare inom *vårdval primärvård* som tillhandahåller tjänsten till personer som är listade på vårdcentralen.

⁴⁷ Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2019–2020. Stockholm, 2019 till 2020.

I de volymer som redovisas ingår både inomläns- och utomlänspatienter, det vill säga patienter från hela Sverige. Volymen vård från dessa aktörer som redovisats till Sörmland har minskat under år 2021, en nedgång med 8 procent. Detta speglar emellertid inte den faktiska utvecklingen då två stora vårdgivare numera rapporterar utförd vård till andra regioner, vars data vi i dagsläget inte har tillgång till, och därför inte kan redovisa i denna sammanställning.

Två stora aktörer inom detta segment har etablerat fysiska vårdcentraler i regionerna Stockholm och Skåne och rapporterar därför utförd vård till dessa regioners invånare direkt till respektive region. Dessa två läns invånare har tidigare år 2016–2020 stått för 50 procent av den totala volymen av digitala vårdkontakter som rapporterats via Sörmland.

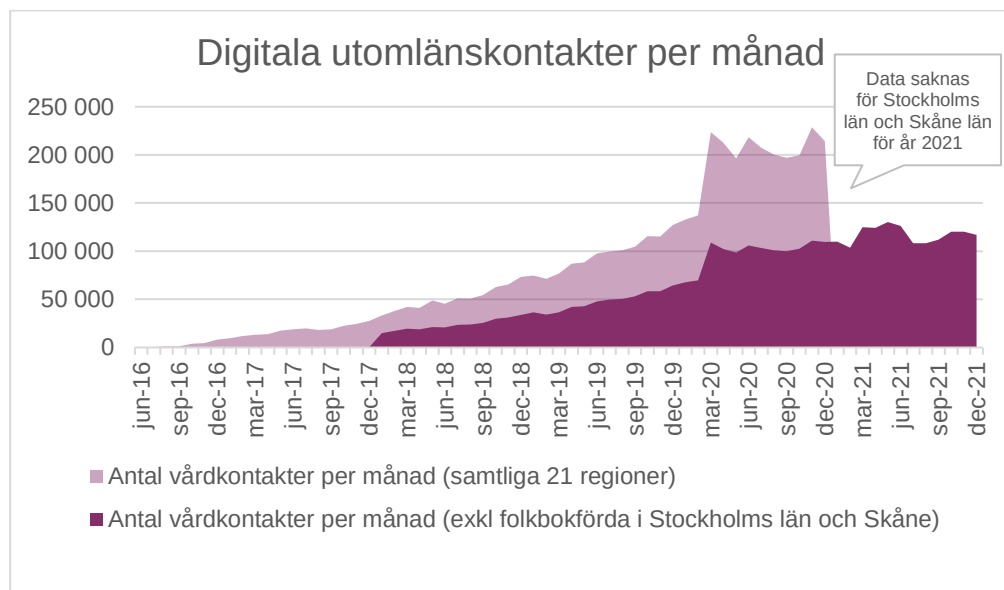
I en ansats att göra en rättvis jämförelse över tid som speglar den faktiska utvecklingen har även en analys genomförts av SKR, där vårdkontakter av patienter folkbokförda i Stockholms län och Skåne län exkluderats över hela tidsserien (Figur 12).

Utvecklingen fram till 2021

Tidigare års kraftiga volymtillväxt om 100 procent varje år är bruten. Baserat på vårdkonsumtionen av digital vård för invånare från 19 län (samtliga län exklusive Stockholms län och Skåne län) kan konstateras att tidigare års volymökningar inte kvarstår. Det är fortfarande en volymökning, men endast runt 19 procent. Under året har det tillkommit ytterligare vårdgivare i utbudet av vård online, inte minst vårdgivare som har ett riktat och nischat utbud för specifika patientgrupper med specifika sjukdomstillstånd. Exempel på sådana tjänster är artros, högt blodtryck, övervikt och fetma, psykisk ohälsa samt migrän.

En lägre volymtillväxt år 2021, jämfört med tidigare år kan sannolikt tillskrivas en effekt av införande av patientavgift (för vissa vårdkontakter; läkare och psykologer) i Sörmland. Patientavgift för videokonsultation med läkare och psykolog infördes redan 2020, men en stor del av vårdkontakterna kom då att föras över till ett chattverktyg vilken förblev avgiftsfri fram till 1 juli 2021. Även om andra yrkesgrupper än läkare och psykologer fortfarande är avgiftsfria i Sörmland har sannolikt införande av patientavgifter haft en avhållande och dämpande effekt på vårdkonsumtionen. Att efterfrågan sjunker när patientavgifter införs eller höjs har kunnat påvisas i flera

forskningsstudier.⁴⁸ I Sörmland minskade volymen digital vård med 14 procent mellan juni och juli 2021 när patientavgift infördes för chatt. Det kan visserligen vara en normal effekt av lägre efterfrågan på vård eller ett mindre utbud (tillgänglighet) under sommaren. Men vid en jämförelse av förändringen mellan juni och juli år 2019 och 2020 som var +2 och -5 procent respektive, kvarstår sannolikheten att en minskad efterfrågan från juli 2021 kan tillskrivs patientavgifter.⁴⁹



Figur 12. Utvecklingen av digitala utomlänskontakter i Jönköping och Sörmland 2016–2021. Urvalet gjord utifrån att majoriteten av de aktörer som erbjuder sådana tjänster nationellt initialt etablerade sig i Region Jönköping och Region Sörmland och använde sig då av patienters möjlighet att fritt välja utförare i hela landet. Från 2021 saknas data för Stockholms län och Skåne län. Källa: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). (ID 2.3)

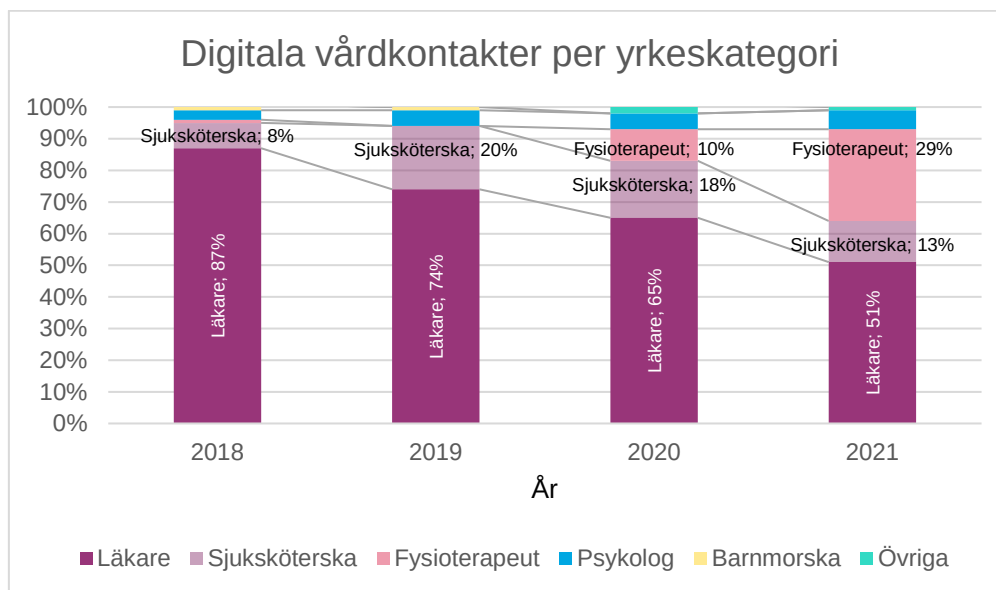
Digitala vårdkontakter med olika yrkesgrupper

En relativt stor förändring har skett över tid, där allt fler yrkeskategorier tillhandahåller vård online. Initialt handlade det framförallt om läkarkontakter. Detta följdes av yrkeskategorier som kan möta den psykiska ohälsan och därefter andra aktörer med mer specificerade inriktningar (Figur 13). Ett exempel är en vårdgivare som etablerade sig i Sörmland år 2020 och som tillhandahåller långa och omfattande behandlingsserier specifikt riktade till personer med diagnostiserad artros. Patienterna finns framförallt i åldersgruppen 55–75 år.

⁴⁸ Till exempel Johansson, N., Jakobsson, N. & Svensson, M. *Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender*. The European Journal of Health Economics, 2019, 20(8):1271–1280

⁴⁹ Statistik från SKR. Digitala utomlänskontakter.

Den minskade andelen läkarbesök kan också spegla bortfallet av data, vilket beskrevs ovan, då de etablerat fysisk verksamhet i region Stockholm och Skåne och därför nu rapporterar digitala vårdkontakter direkt till dessa regioner. Dessa vårdgivare hade stort fokus på läkarverksamhet (75 procent) och frånfallet har halverat volymen vård som rapporterats till Sörmland.⁵⁰



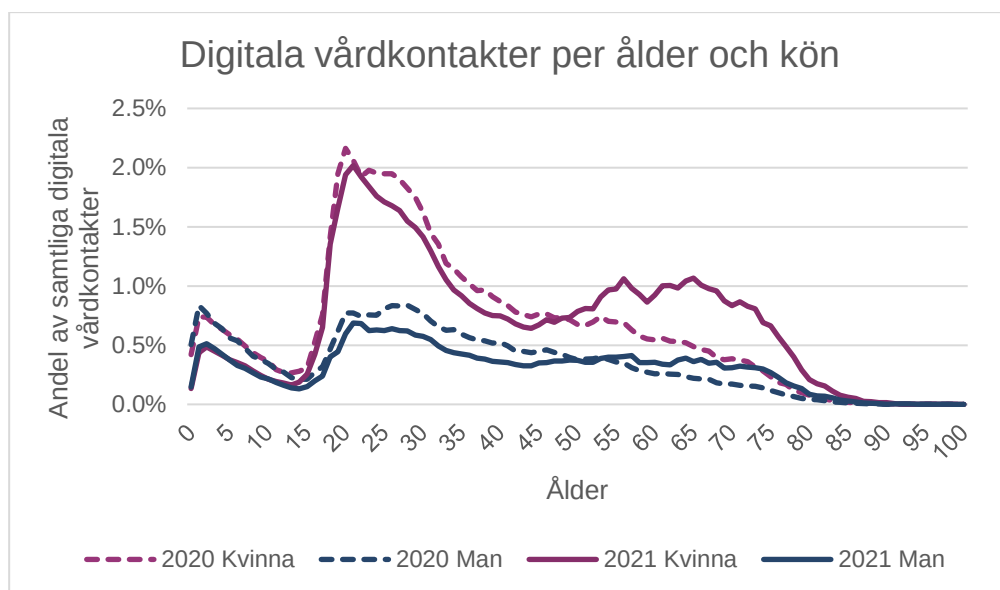
Figur 13. Digitala vårdkontakter per yrkesgrupp från privata aktörer via Region Jönköping och Region Sörmland. Källa: SKR. Digitala utomlänskontakter. (ID 2.6)

Digitala vårdkontakter i befolkningen

Vård online via dator eller mobil används till störst utsträckning av kvinnor i 20-årsåldern (21-åriga kvinnor står för drygt 2 procent av samtliga digitala vårdkontakter 2021). Tjänsten används också av föräldrar med småbarn, med toppen i ettårsåldern (Figur 14).⁵¹

⁵⁰ Statistik från SKR.

⁵¹ Statistik från SKR



Figur 14. Digitala vårdkontakter från privata vårdgivare i region Sörmland efter ålder och kön (andel av samtliga digitala vårdkontakter, procent. Alla vårdkontakter, både män och kvinnor, under ett år utgör sammanlagt 100 procent av de digitala vårdkontakterna det året). Källa: SKR. Digitala utomlänskontakter. (ID 2.4)

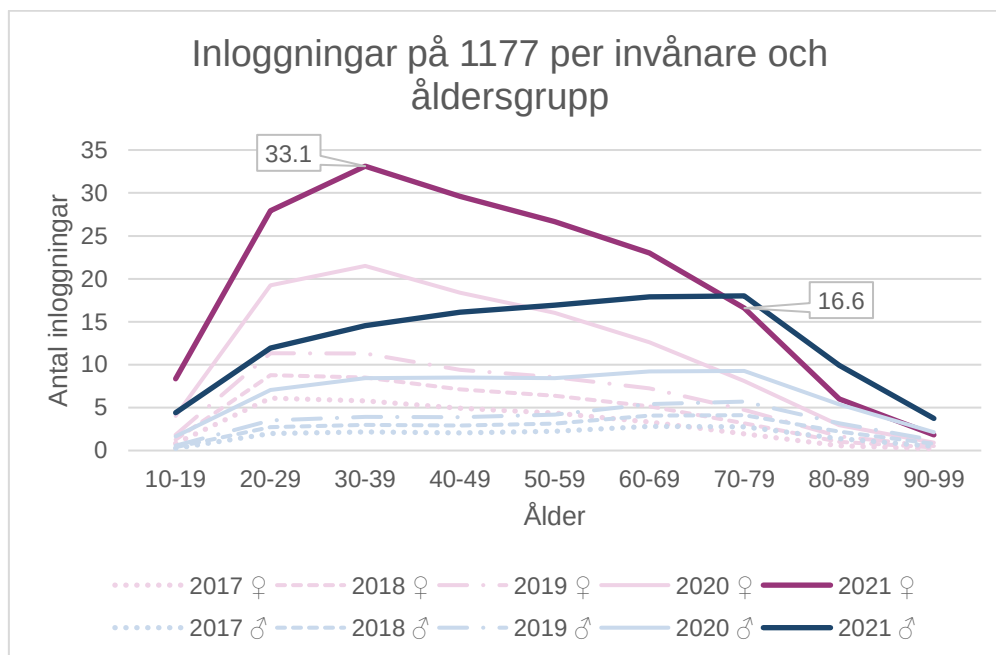
Fler vårdgivare med ett anpassat utbud riktat mot sjukdomar som är åldersrelaterade har påverkat vilka åldersgrupper som söker vård online. Bland de diagnoser där det finns ett riktat utbud med fokus på en äldre patientgrupp är till exempel högt blodtryck och artros. Andra riktade tjänster med spridning över fler åldersgrupper är migrän, psykisk ohälsa, övervikt och fetma. Antalet vårdkontakter har ökat kraftigt i åldersgruppen över 50 år då patienten många gånger går in i ett behandlingsprogram som omfattar frekventa vårdkontakter. Totalt sett är kvinnor den största patientgruppen och den ökar. 2020 stod kvinnor för 65 procent av samtliga digitala vårdkontakter online. År 2021 har detta ökat till 70 procent.

3.3.5 1177 Vårdguidens e-tjänster

Verksamheter som är anslutna till en region kan erbjuda invånarna åtkomst till 1177 Vårdguidens e-tjänster. Exakt vilka funktioner och tjänster invånarna kan använda skiljer sig åt mellan olika regioner.

Totalt har det gjorts drygt 260 miljoner besök på 1177 Vårdguiden under år 2021. Kvinnor använder 1177 Vårdguidens e-tjänster i högre grad än män fram till cirka 70 års ålder (Figur 15). Antalet inloggningar på 1177 Vårdguidens e-tjänster ökade med 67 procent för kvinnor och 89 procent för män jämfört med år 2020. I genomsnitt har en kvinna i åldersgruppen 30–39 år loggat in 33,1 gånger under år 2020 jämfört med 16,6 gånger för en kvinna

i åldersgruppen 70–79 år. Genomsnittligt antal inloggningar för män ligger stabilare mellan åldersgrupperna. Allt fler personer som är 70 år och äldre använder e-tjänsterna på 1177 Vårdguiden. Under år 2021 har 2 342 besök gjorts av invånare 100 år eller äldre. Motsvarande siffra för år 2020 var 1 430.⁵²



Figur 15. Genomsnittligt antal inloggningar på 1177.se Vårdguiden per kön och åldersgrupp. Källa: Inera. (ID 2.10)

Webbtidboken

Webbtidboken erbjuder invånare möjlighet att boka, omboka eller avboka en tid till sjukvården. Antalet bokade tider via webbtidboken ökade från knappt 1,8 miljoner år 2020 till drygt 5,8 miljoner år 2021. Även antalet av- och ombokningar ökade med cirka 1 miljon mellan år 2020 och 2021 (Figur 16).⁵³

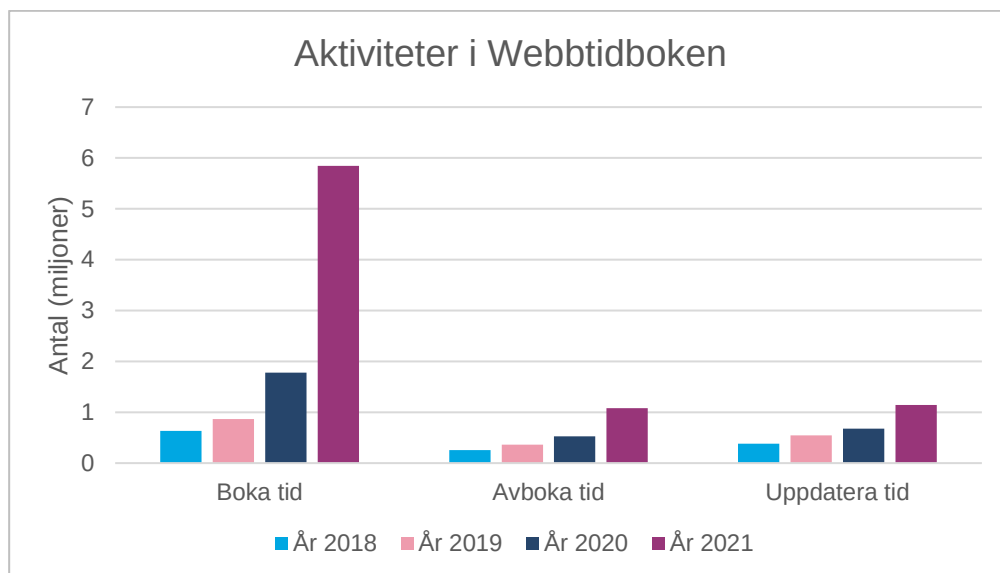
Journalen på nätet

Journalen är den tjänst som gör att invånare kan ta del av sina journalanteckningar från sjukvården. Exempelvis går det att se anteckningar från vårdbesök och få information om vaccinationer, remisser, diagnoser, tandvård, läkemedel och provresultat. Vårdnadshavare kan också ta del av uppgifter om sina barn till dess att de fyllt 13 år. Regionerna tillgängliggör olika informationsmängder i journalen, men de flesta regioner visar

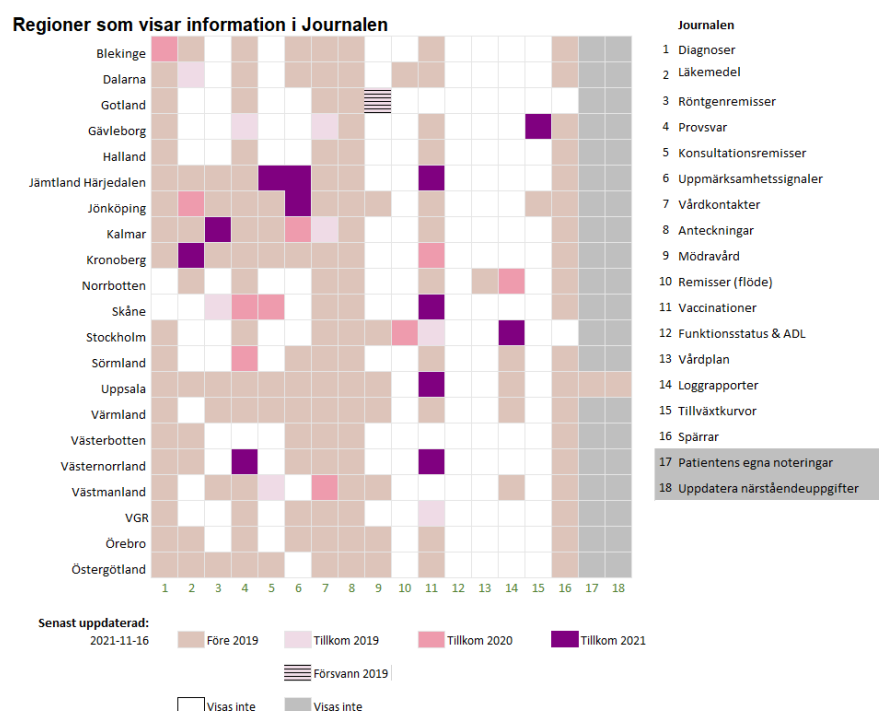
⁵² Statistik från Inera.

⁵³ Statistik från Inera.

informationsmängder om diagnoser, provsvar, vårdkontakter, anteckningar och spärrar (Figur 17).⁵⁴



Figur 16. Aktiviteter i webbtidboken 2018–2021. Källa: Inera. (ID 2.2)



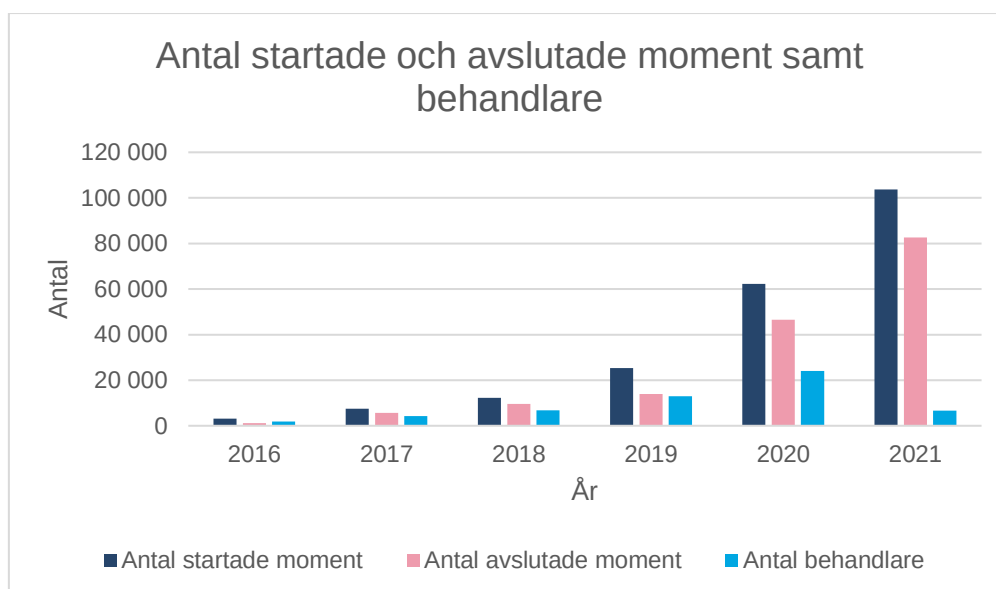
Figur 17. Informationsmängder som patienten kan se i e-tjänsten Journalen. Informationsmängd 1–16 i Journalen är möjlig att addera för alla regioner, medan informationsmängd 17–18 kräver särskilda förutsättningar. Källa: Inera. (ID 2.11)

⁵⁴ Statistik från Inera.

Plattformen för stöd och behandling

Plattformen för stöd och behandling gör det möjligt för regioner och privata vårdgivare med vårdavtal att erbjuda invånare stöd- och behandlingsprogram, så kallade moment, via internet. Moment kan exempelvis vara Alkoholprogrammet E-stöd, Sovhjälpen, Stresshjälpen eller Internetbehandling för depression. Tjänsten Stöd och behandling har varit i drift sedan år 2015, och i dag är samtliga regioner anslutna till tjänsten via 1177 Vårdguiden.⁵⁵

Antalet startade och avslutade moment i tjänsten Stöd och behandling via Ineras plattform har ökat sedan år 2016. År 2021 har dessa dock accelererat ytterligare jämfört med åren innan och resulterade i 103 676 startade och 85 564 avslutade moment. Denna ökning är proportionellt sett större än ökningen av antal behandlare (Figur 18).⁵⁶



Figur 18. Antal moment (startade och avslutade) och antal behandlare på Ineras plattform för stöd och behandling, 2016–2021. Källa: Inera. (ID 2.12)

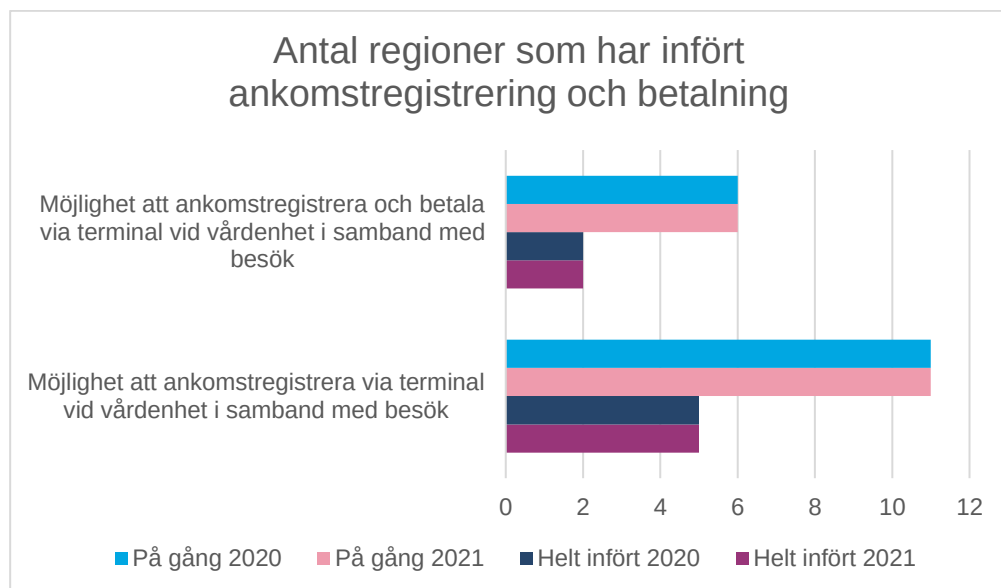
3.3.6 Digital ankomstregistrering och betalning

Digital ankomstregistrering och betalning frigör tid och minskar den administrativa belastningen hos personalen. Antalet regioner som infört, eller är på väg att införa, denna möjlighet skiljer sig inte åt mellan år 2020 och 2021. Två regioner kunde erbjuda lösningar för betalning via terminal, och

⁵⁵ SKR. Användning av program i Stöd och behandling: intervju med regioner 2020. Stockholm, april 2020.

⁵⁶ Statistik från Inera.

sex regioner var på väg att införa sådan lösning medan sex regioner uppgav att de infört möjlighet att ankomstregistrera via terminal (Figur 19).⁵⁷



Figur 19. Antal regioner som har infört ankomstregistrering och betalning, 2021. Frågan ställd på nytt sätt år 2020. 19 regioner svarade på frågan. Uppgifterna insamlade i början av året.
Källa: eHälsa och IT i regionerna, 2020 och 2021. (ID 2.1)

3.3.7 Attityder till, förtroende för och upplevelser av e-hälsa

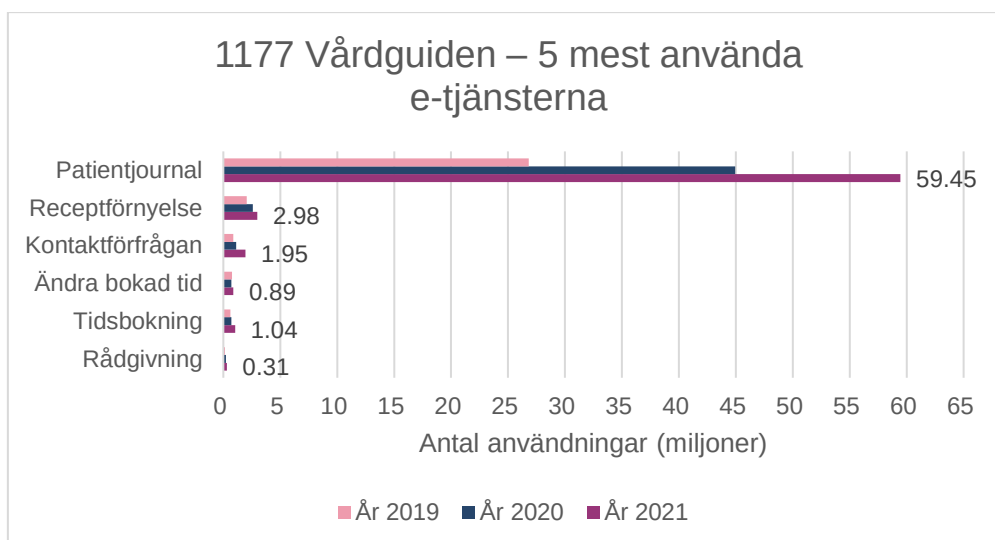
För att målen i Vision e-hälsa 2025 ska kunna nås räcker det inte med att de tekniska förutsättningarna finns. Invånare i Sverige måste också vilja använda digitala tjänster. Det är viktigt att invånare känner tillit till systemen och har en positiv upplevelse av tjänsterna för att vilja använda dem.

Användning av digitala tjänster inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Journalen är den mest använda tjänsten bland dem som loggar in på 1177 Vårdguiden, med ett totalt antal inloggningar på knappt 60 miljoner. De andra populära tjänsterna i 1177 Vårdguiden har betydligt färre inloggningar, knappt 3 miljoner för ansökan om receptförnyelser och knappt 2 miljoner kontaktförfrågningar. Användningen har ökat för samtliga av de vanligaste tjänsterna för åren 2019 till 2021 (Figur 20).⁵⁸

⁵⁷ Jerlwall, Pehrsson. eHälsa och IT i regionerna. maj 2020.

⁵⁸ Statistik från Inera



Figur 20. Avrundat till närmaste 1000-tal. Källa: Nordic Health Portal Analysis. 2021.

Invånarna är positivt inställda till 1177 Vårdguidens e-tjänster

En majoritet av invånarna, drygt tre av fyra, är positivt inställda till att använda 1177 Vårdguidens e-tjänster. Andelen positivt inställda är hög i samtliga regioner, men som allra högst i bland annat Region Halland, Region Värmland, Region Kalmar län och Region Uppsala. I stort sett har andelen positivt inställda ökat i samtliga regioner.

Samtliga åldersgrupper är positivt inställda till att använda 1177 Vårdguidens e-tjänster, men de över 80 år är negativt inställda i klart större utsträckning än de under 80 år. Noterbart är att omkring tre av fyra i åldrarna 60–79 år är positivt inställda i frågan samt att andelen positivt inställda har ökat med 8 procentenheter i åldersgruppen 80 år eller äldre från år 2020.

Invånarna är positivt inställda till att använda 1177 Vårdguidens e-tjänster oavsett egenskattat allmänt hälsotillstånd. De som uppger att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra är positivt inställda i större utsträckning än övriga. 84 procent är positivt inställda jämfört med 72 procent bland de som anger att de har ett dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd.⁵⁹

Inställning till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik

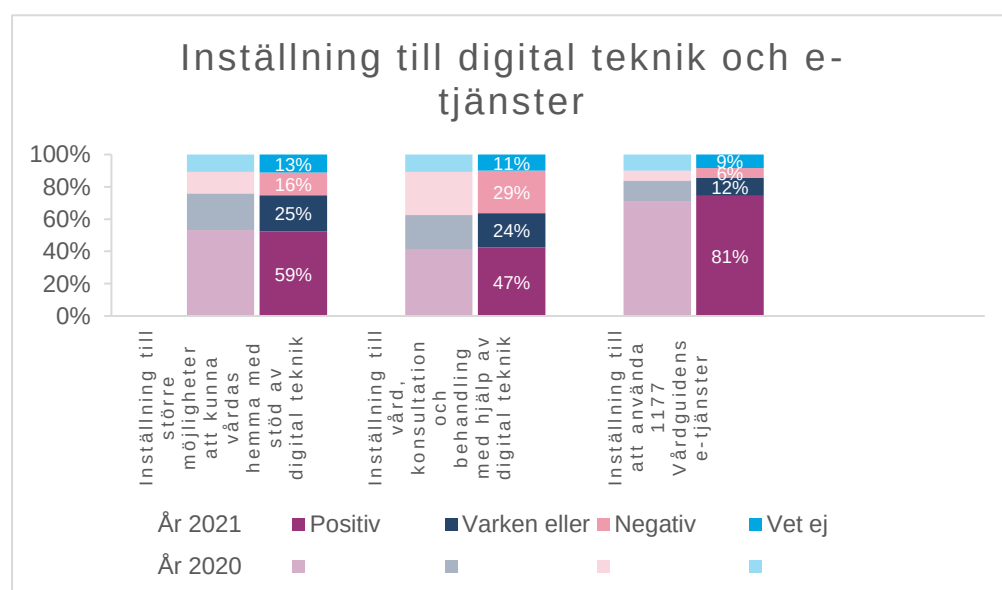
Knappt hälften av invånarna är positiva till vård med hjälp av digital teknik. 47 procent av invånarna är positivt inställda till vård, konsultation och

⁵⁹ Statistik från SKR

behandling med hjälp av digital teknik, medan 29 procent är negativa (Figur 21). Det är endast i Region Stockholm och Region Västerbotten som en svag majoritet av invånarna är positivt inställda i frågan. Lägst andel positivt inställda invånare återfinns i Region Blekinge, där 41 procent är positivt inställda. I jämförelse med mätningen 2020 framgår det att andelen positiva har ökat i de flesta regionerna.⁶⁰

Inställning till ökad möjlighet att kunna vårdas hemma

Majoriteten är positivt inställda till att vårdas hemma varvat med digital teknik. 59 procent av invånarna är positivt inställda till större möjligheter att vårdas hemma genom hembesök av vårdpersonal varvat med stöd av digital teknik (Figur 21). Andelen positivt inställda är störst i Region Stockholm, och lägst i Region Jönköpings län. Inställningen till större möjligheter att vårdas hemma har inte förändrats i större utsträckning sedan mätningen 2020.⁶¹



Figur 21. Inställning till digital teknik och e-tjänster. Ny fråga i undersökning år 2020. Källa: SKR. (ID 3.2)

3.3.8 Användning av digitala tjänster inom hälso- och sjukvård

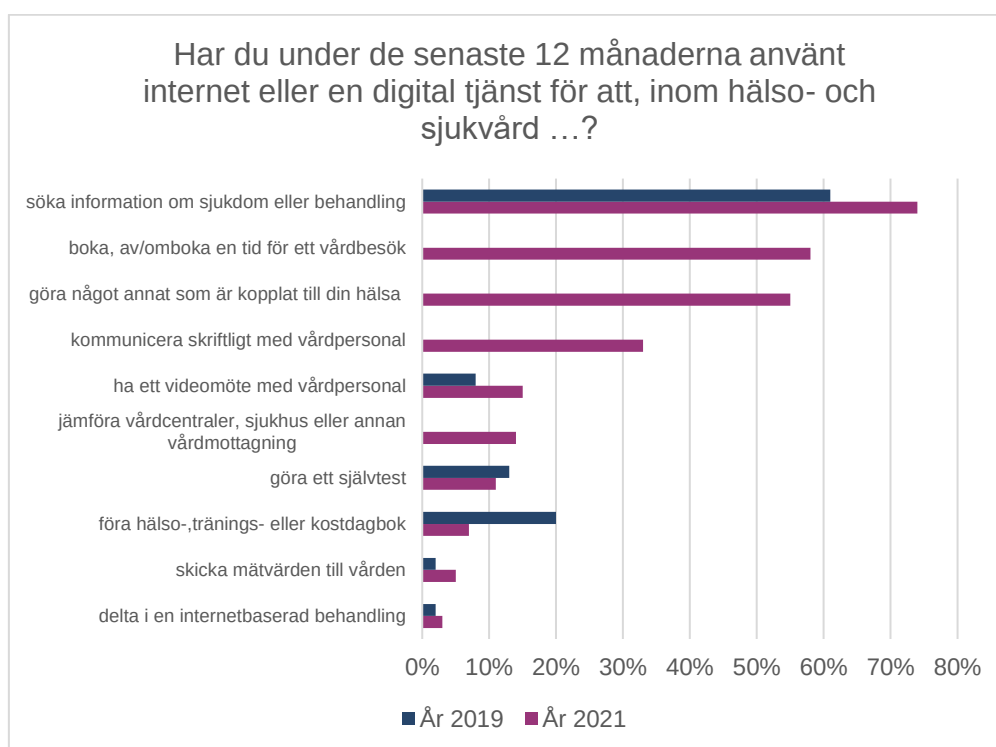
E-hälsomyndigheten har i sin invånarundersökning frågat hur användningen ser ut för ett urval av digitala tjänster inom hälso- och sjukvården (Figur 22). Av undersökningen framgår att det vanligaste är att använda internet eller en digital tjänst till att söka information om sjukdom eller behandling följt av att

⁶⁰ Statistik från SKR

⁶¹ Statistik från SKR

av- eller omboka en tid för ett vårdbesök (74 procent respektive 58 procent av invånarna har använt sig av dessa tjänster under de senaste 12 månaderna).

Sedan år 2019 har användningen av vissa digitala tjänster inom hälso- och sjukvården ökat medan andra har minskat. Exempelvis har andelen invånare som har sökt information om sjukdom och behandling eller som haft ett videomöte med vårdpersonal ökat med 13 respektive 7 procentenheter, medan andelen invånare som fört hälso-, tränings-, eller kostdagbok minskat med över 10 procentenheter.⁶²



Figur 22. Andel av befolkningen som har använt internet eller en digital tjänst inom hälso- och sjukvård under de senaste 12 månaderna för att utföra någon av de listade funktionerna. Vissa av frågorna har omformulerats något mellan undersökningarna.

Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

3.3.9 Användning av digitala tjänster inom socialtjänst

De digitala tjänsterna inom socialtjänsten⁶³ används av en mycket liten andel av invånarna och varierar mellan knappt 1 och 11 procent (Figur 23). De flesta av de digitala tjänsterna används av mindre än 4 procent av invånarna. Det vanligaste är att följa sitt ärende för att se aktuellt status, följt av att söka

⁶² E-hälsomyndigheten. *Invånarundersökning*. 2021.

⁶³ Med socialtjänst menas äldreomsorg, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt stöd till individer och familjer (till exempel ekonomiskt bistånd, stöd vid missbruk eller stöd till barn och unga).

information om socialtjänsten i sin kommun, andelen invånare som har använt sig av dessa tjänster är 11 procent respektive 8 procent.⁶⁴



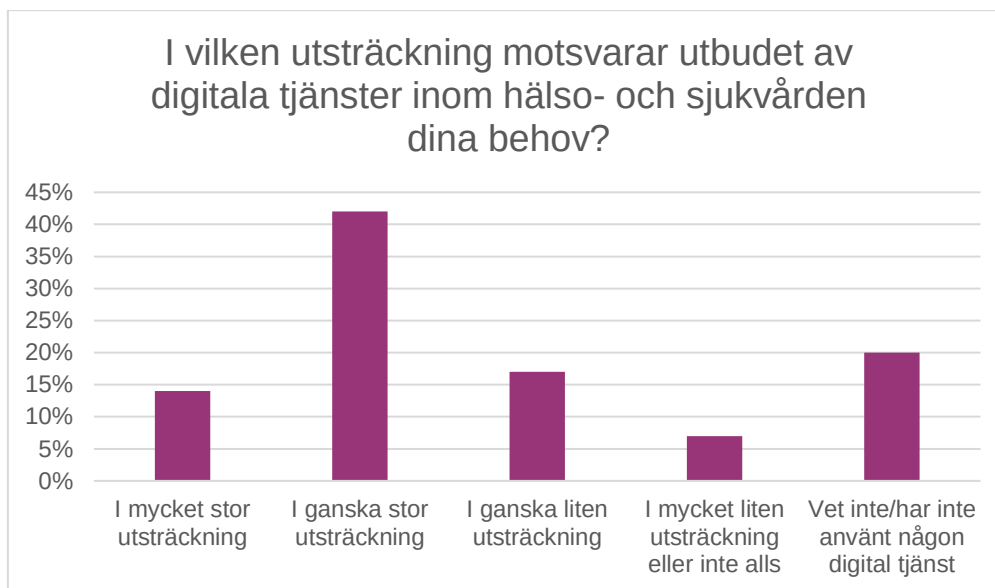
Figur 23. Andel av befolkningen som har använt internet eller en digital tjänst inom socialtjänsten under de senaste 12 månaderna för att utföra någon av de listade funktionerna.
Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

3.3.10 Upplevelser av hälso- och sjukvårdens digitala tjänster

Mer än hälften av invånarna (56 procent) anser att utbudet av digitala tjänster inom hälso- och sjukvården motsvarar deras behov i ganska stor eller mycket stor utsträckning. Ungefär en fjärdedel (24 procent) av invånarna anser att utbudet motsvarar deras behov i ganska liten utsträckning eller i mycket liten utsträckning eller inte alls (Figur 24).⁶⁵

⁶⁴ E-hälsomyndigheten. *Invånarundersökning*. 2021.

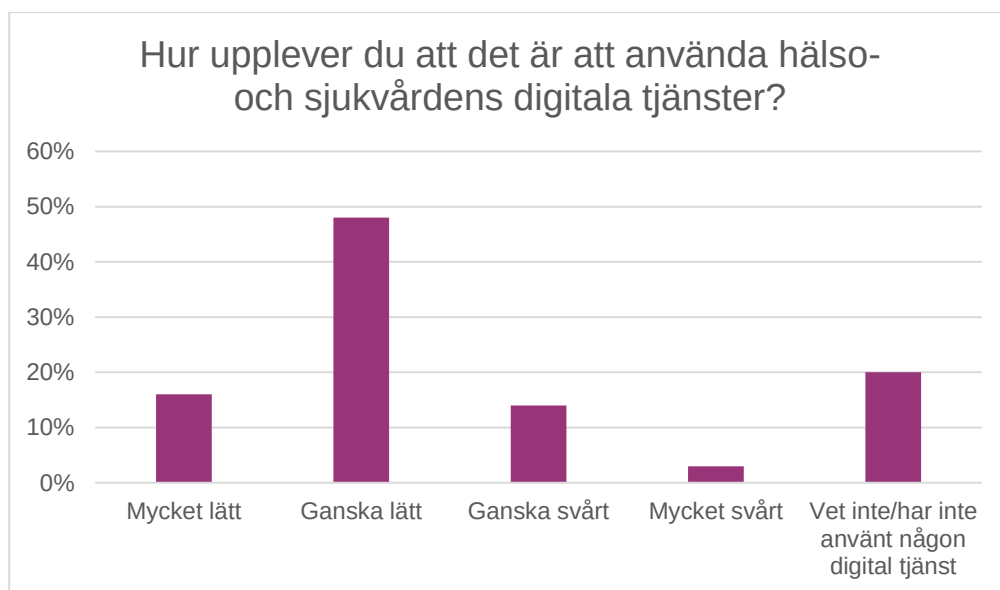
⁶⁵ E-hälsomyndigheten. *Invånarundersökning*. 2021.



Figur 24. Andel av befolkningen som i olika utsträckning tycker att utbudet av digitala tjänster inom hälso- och sjukvård motsvarar deras behov. Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

Mer än hälften av invånarna (64 procent) anser att det är mycket lätt eller ganska lätt att använda hälso- och sjukvårdens digitala tjänster. Andelen som tycker att det är ganska svårt är 14 procent. Endast 3 procent av invånarna anser att hälso- och sjukvårdens digitala tjänster är mycket svåra att använda (Figur 25).⁶⁶

⁶⁶ E-hälsomyndigheten. Invånarundersökning. 2021.



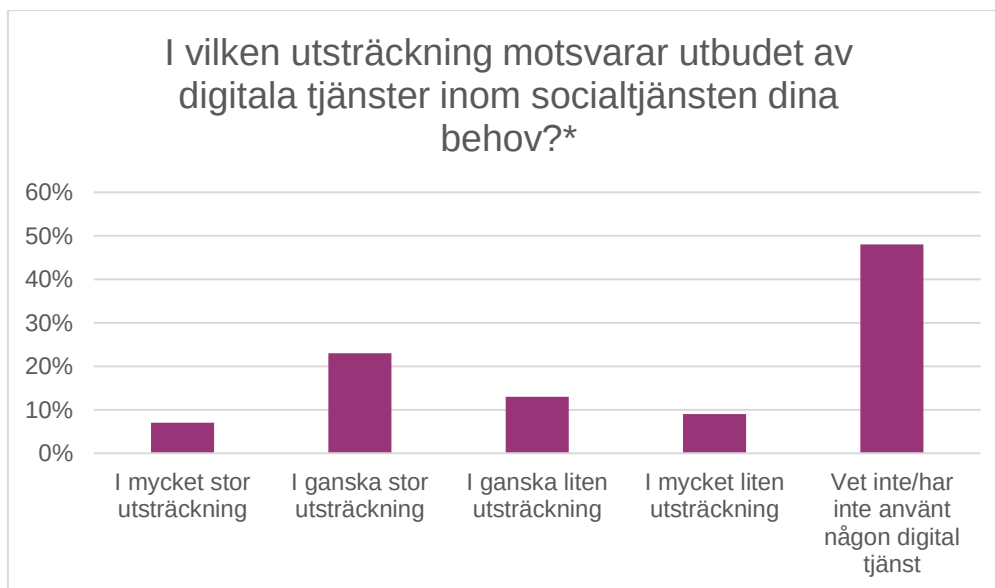
Figur 25. Andel av befolkningen som tycker det är lätt eller svårt att använda digitala tjänster inom hälso- och sjukvården. Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

3.3.11 Upplevelser av socialtjänstens digitala tjänster

Av de som använt en digital tjänst inom socialtjänsten⁶⁷, är det ungefär en tredjedel, 30 procent, som anser att utbudet av digitala tjänster motsvarar deras behov i ganska stor eller mycket stor utsträckning. Drygt en femtedel, 22 procent, uppger att utbudet av digitala tjänster inom socialtjänsten motsvarar deras behov i ganska liten eller i mycket liten utsträckning (Figur 26).⁶⁸

⁶⁷ Av de som har använt någon av de listade digitala tjänsterna inom socialtjänsten i Figur 23

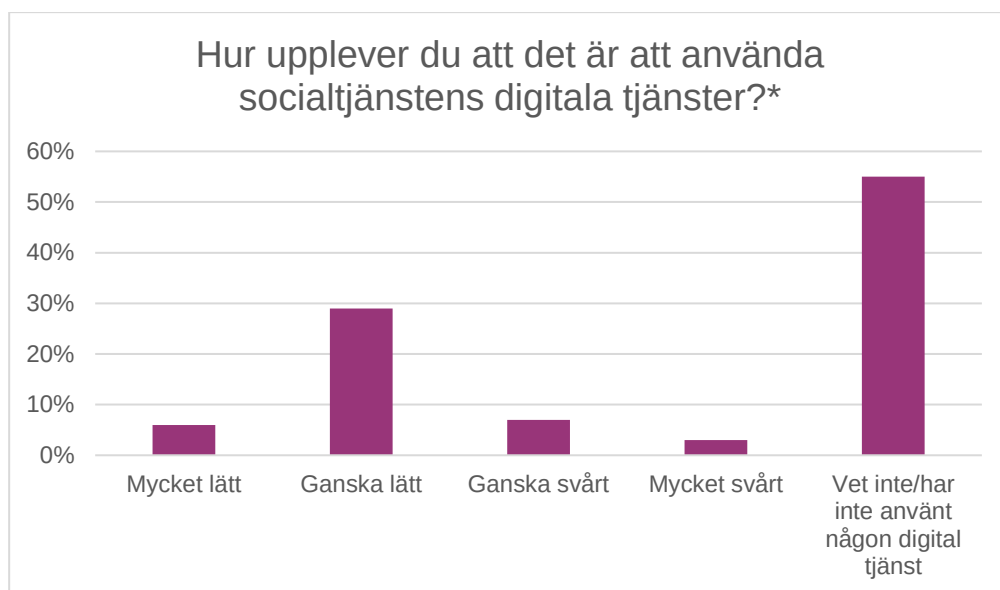
⁶⁸ E-hälsomyndigheten. Invånarundersökning. 2021.



Figur 26. Andel av befolkningen som i olika utsträckning tycker att utbudet av digitala tjänster inom socialtjänsten motsvarar deras behov. * Av de som har använt någon av de listade digitala tjänsterna inom socialtjänsten (Figur 23) (förutom att söka information om socialtjänsten i sin kommun och jämföra hemtjänst eller boende för äldre och personer med funktionsnedsättning i kommunen). Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

Av de som använt en digital tjänst inom socialtjänsten, är det drygt en tredjedel, 35 procent, som anser att det är mycket lätt eller ganska lätt att använda digitala tjänster inom socialtjänsten. Motsvarande siffra för de som tycker att det är mycket svårt eller ganska svårt är 10 procent (Figur 27).⁶⁹

⁶⁹ E-hälsomyndigheten. Invånarundersökning. 2021.



Figur 27. Andel av befolkningen som tycker att det är lätt eller svårt att använda socialtjänstens digitala tjänster. * Av de som har använt någon av de listade digitala tjänsterna inom socialtjänsten (Figur 23) (förutom att söka information om socialtjänsten i sin kommun och jämföra hemtjänst eller boende för äldre och personer med funktionsnedsättning i kommunen). Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

3.3.12 Inställning till ökad digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Majoriteten av invånarna (43 procent) är ganska positiva till att allt mer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten digitaliseras och drygt 20 procent är mycket positiva. Knappt 25 procent är inte så positiva eller inte positiva alls till detta (Figur 28).⁷⁰

⁷⁰ E-hälsomyndigheten. Invånarundersökning. 2021.

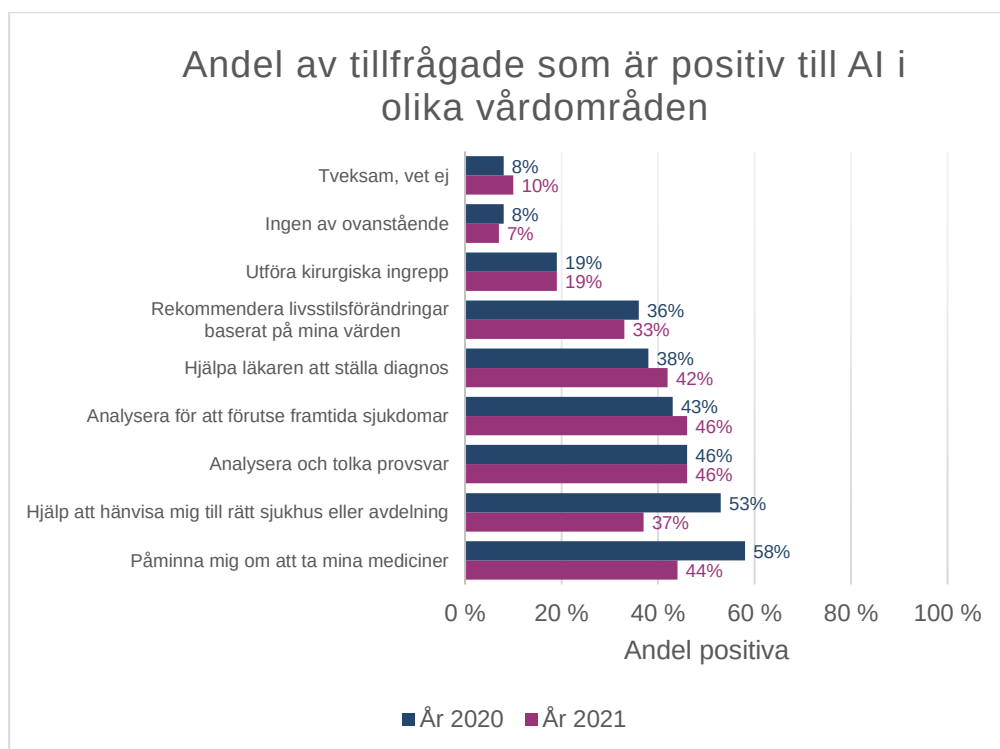


Figur 28. Andel av befolkningen som är positiva till att allt mer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten digitaliseras. Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

3.3.13 Inställning till AI i vården

Undersökningen som presenteras i *Svenska folket och AI* tittar på attityder till användning av AI inom olika vårdområden (Figur 29). Andelen som var positiva till AI gällande att påminna om att ta mediciner (58 procent) eller hjälpa till med hänvisning till rätt sjukhus eller avdelning (53 procent) har sjunkit 14 till 16 procentenheter från förra året. Inställningen till AI för att analysera och tolka provsvar, hjälpa till med diagnos och förutse framtida sjukdomar har inte genomgått samma förändring.⁷¹

⁷¹ Insight Intelligence. *Svenska folket och AI. Svenska folkets attityder till Artificiell Intelligens 2020 och 2021*. Stockholm, 2020 och 2021.

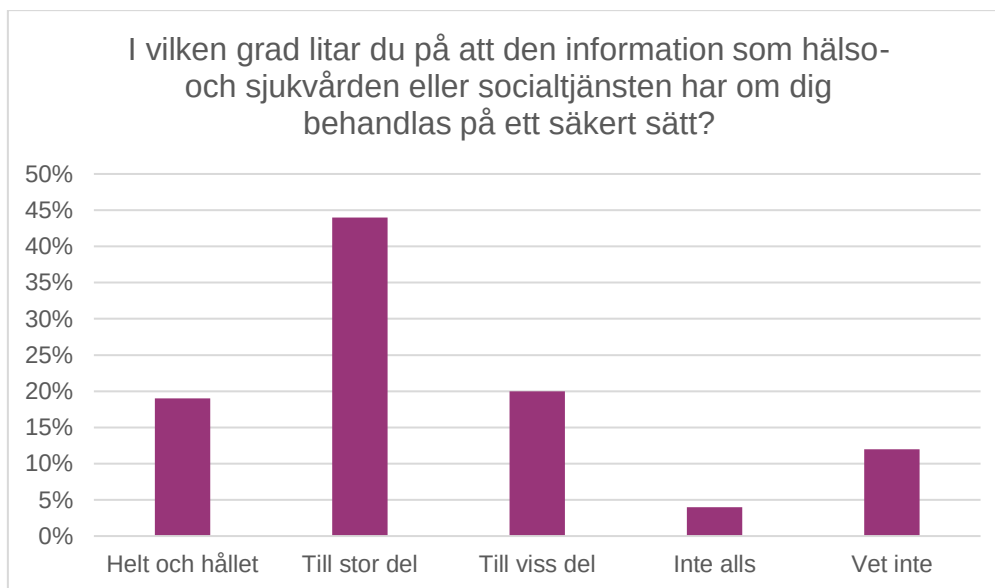


Figur 29. Andel positiva till användningen av AI inom olika vårdområden, 2020 och 2021.
Källa: Insight Intelligence. Svenska folket och AI. 2020 och 2021. (ID ny)

3.3.14 Tillit till att information behandlas på rätt sätt inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

44 procent uppger att de till stor del litar på att den information som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten har om dem, behandlas på ett säkert sätt. Knappt 20 procent anger att de litar helt och hållet på att informationen behandlas på ett säkert sätt medan 20 procent till viss del, och 4 procent inte alls, litar på att informationen behandlas på ett säkert sätt (Figur 30).⁷²

⁷² E-hälsomyndigheten. *Invånarundersökning*. 2021.



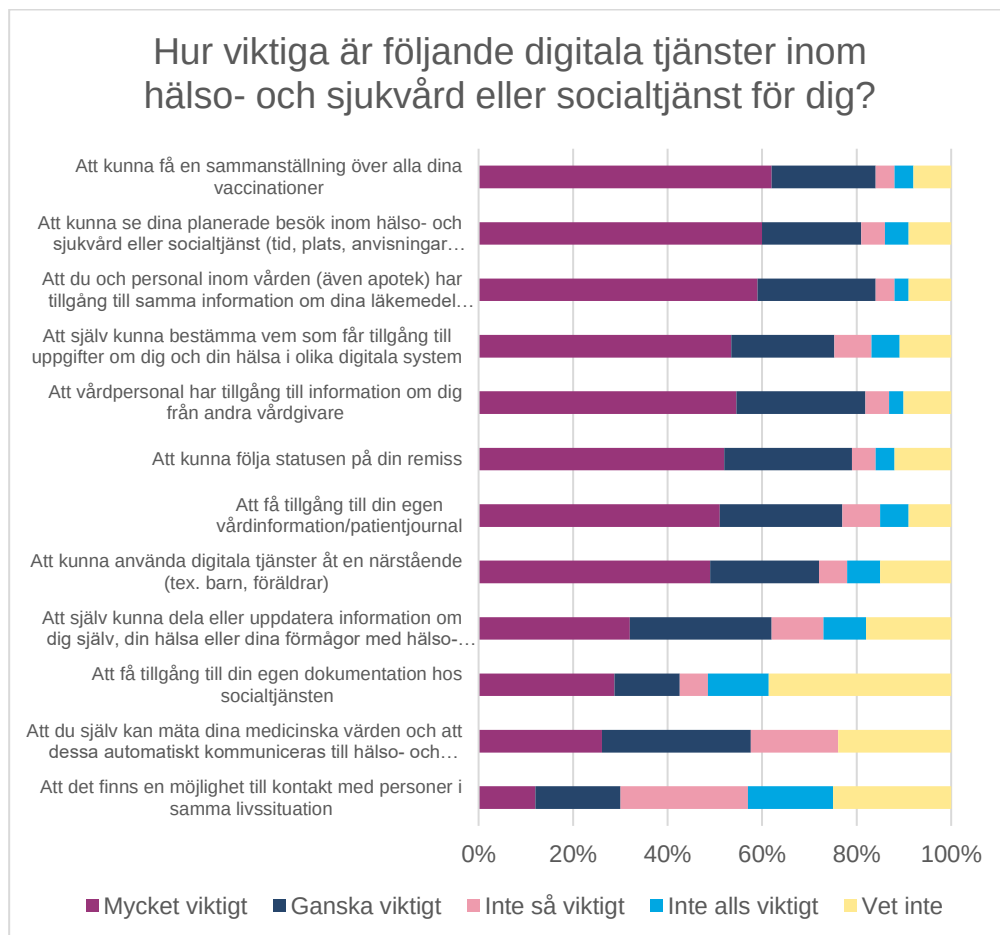
Figur 30. Andel av befolkningen som i olika grad litar på att den information som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten har om individen behandlas på ett säkert sätt.
Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

3.3.15 De viktigaste digitala tjänsterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Invånarna anser att det viktigaste är att kunna få en sammanställning över sina vaccinationer samt att individen och personal inom vården (även apotek) har tillgång till samma information om läkemedel. Andelen invånare som anser att dessa tjänster är mycket viktiga eller ganska viktiga är 84 procent. En nästan lika hög andel, 81 procent, anser det är mycket viktigt eller ganska viktigt att vårdpersonal har tillgång till information om dem från andra vårdgivare och att de kan se sina planerade besök inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten (Figur 31).⁷³

Att kunna få kontakt med personer i samma livssituation eller att få tillgång till sin egen dokumentation hos socialtjänsten anses minst viktigt hos invånarna. Andelen som tycker att dessa tjänster är mycket viktiga eller ganska viktiga är 30 procent respektive 43 procent.

⁷³ E-hälsomyndigheten. Invånarundersökning. 2021.



Figur 31. Andel av befolkningen som tycker att de föreslagna digitala tjänsterna eller funktionaliteten är viktig eller inte viktig. Källa: E-hälsomyndigheten, Invånarundersökning 2021. (ID ny)

3.4 Inriktningsmål 2 – Rätt information och kunskap

En förutsättning för en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet är att medarbetare har rätt information och kunskap i mötet med patienter och brukare. Detta inriktningsmål omfattar tillgång till en ändamålsenlig och tydlig dokumentation om patienten eller brukaren och om individens kontakter med vård och omsorg. Det omfattar också tillgång till beslutsstöd och bästa tillgängliga kunskap, vid varje tillfälle, i verksamhetens processer. Förutsättningen för detta är en strukturerad dokumentation och

effektiv informationshantering i verksamheterna i vård och omsorg där också resultat från databearbetning kan tillämpas för att förbättra verksamheterna.⁷⁴

3.4.1 Användning av Ineras nationella tjänster

Mätning av Ineras nationella tjänster kan göras genom mätning av antal producentanrop till den nationella tjänsteplattformen.⁷⁵ Nationella tjänsteplattformen är en teknisk plattform för informationsutbyte mellan olika it-system inom vård och omsorg, till exempel mellan nationella patientöversikten (NPÖ) och regionernas system. När en verksamhet vill hämta en viss typ av information från en eller flera andra verksamheter kan ett anrop göras till Nationella tjänsteplattformen. Summan producentanrop är antalet sådana anrop och speglar användningen av plattformen, vilken har ökat i en stabil takt de senaste åren (Figur 32). Jämfört med året innan ökade antalet producentanrop med 41 procent år 2019, 59 procent år 2020 och 63 procent år 2021.⁷⁶

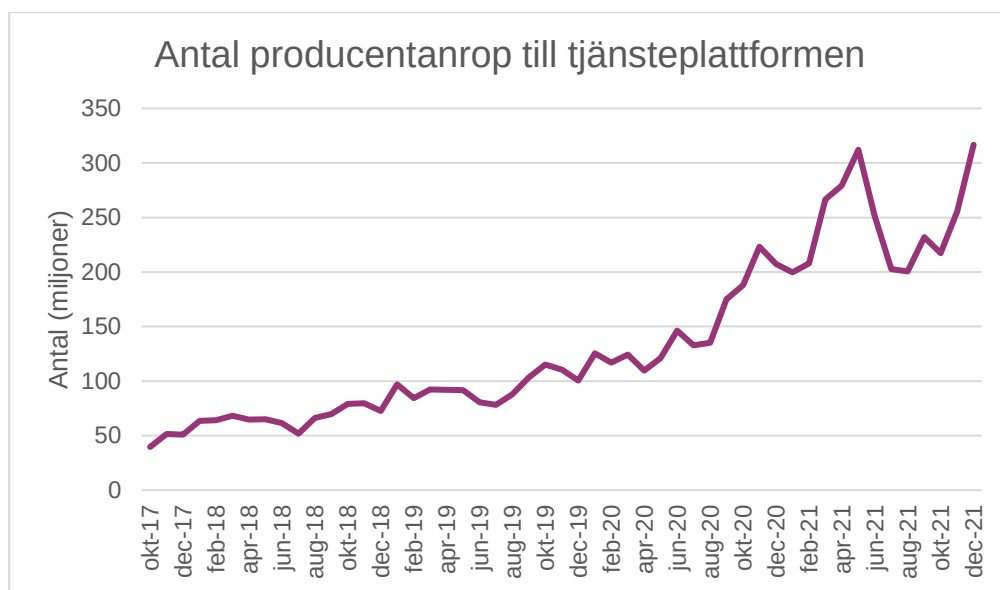
En av de tjänster som går att komma åt genom den nationella tjänsteplattformen är NPÖ. Genom NPÖ kan behörig vårdpersonal ta del av viss journalinformation som dokumenterats av andra vårdgivare. Regionerna har också möjlighet att integrera sådan information för visning i regionens egna journalsystem. Alla regioner visar upp viss journalinformation i NPÖ, vissa mer än andra (Figur 33). Ingen region visar upp all information. Under 2021 tillgängliggjorde tio regioner ytterligare 1–3 informationsmängder i NPÖ.⁷⁷

⁷⁴ Socialdepartementet och SKR. *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022*. Stockholm, 2020.

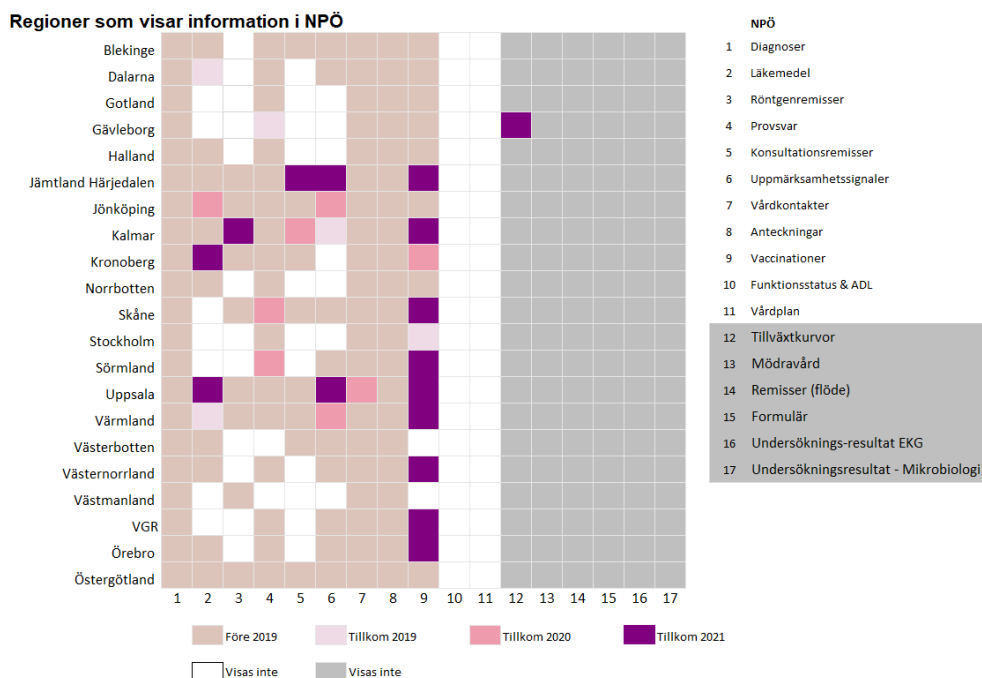
⁷⁵ Nationella tjänsteplattformen är en teknisk plattform som förenklar, säkrar och effektiviserar informationsutbytet mellan olika it-system inom vård och omsorg, till exempel mellan NPÖ och regionernas system. När en verksamhet vill hämta en viss typ av information från en eller flera andra verksamheter kan ett anrop göras till Nationella tjänsteplattformen. Summan producentanrop är antalet sådana anrop. Källa: Inera.

⁷⁶ Statistik från Inera.

⁷⁷ Statistik från Inera.

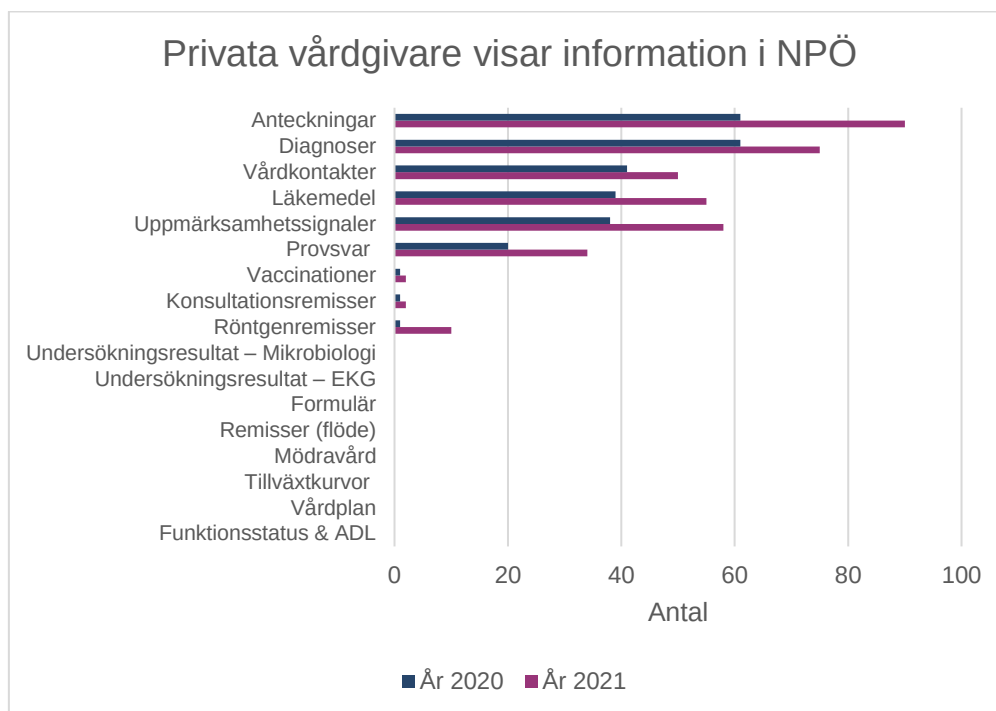


Figur 32. Nationella tjänsteplattformen är en teknisk plattform som förenklar, säkrar och effektiviserar informationsutbytet mellan olika it-system inom vård och omsorg, till exempel mellan NPÖ och regionernas system. När en verksamhet vill hämta en viss typ av information från en eller flera andra verksamheter kan ett anrop göras till Nationella tjänsteplattformen. Summan producentanrop är antalet sådana anrop. Källa: Inera. (ID 4.1)



Figur 33. Informationsmängder som regioner visar upp som producenter i Nationell Patientöversikt (NPÖ). Mörkgrå punkter visar informationsmängder med pågående utvecklingsarbete där inte alla förutsättningar för att visa denna information är på plats. Källa: Inera. (ID 4.2)

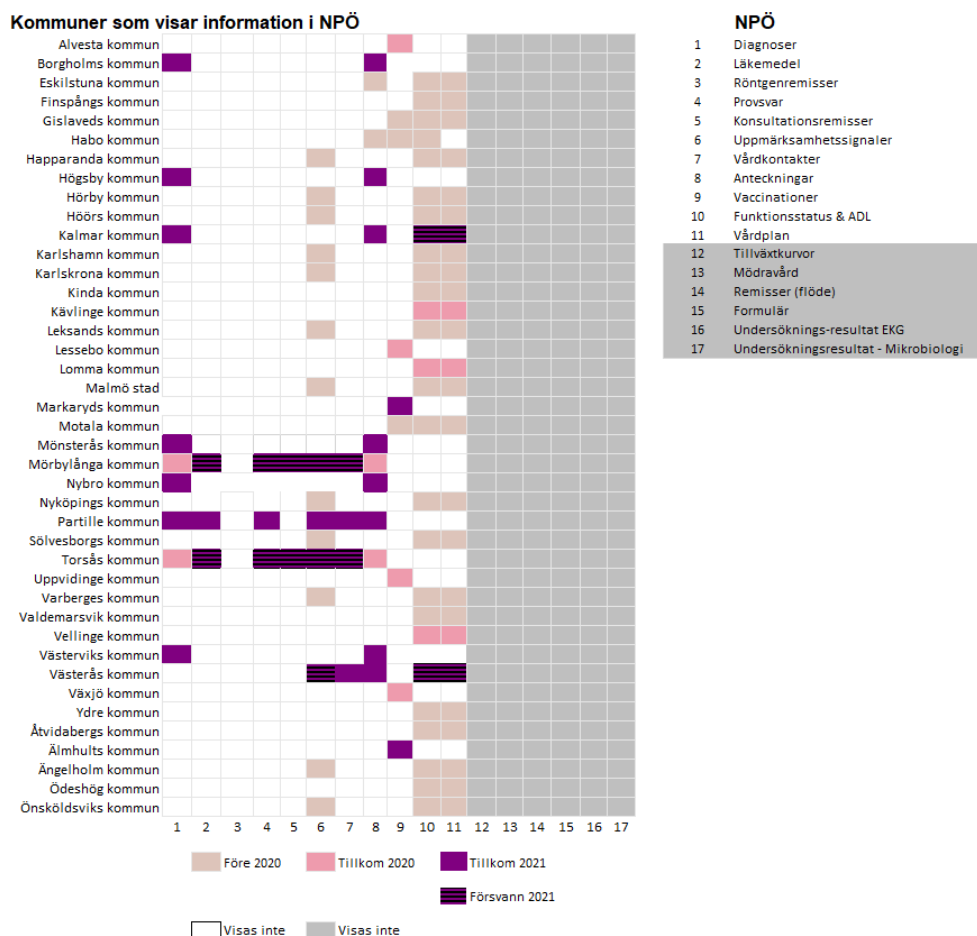
Ett mindre antal privata vårdgivare är också anslutna till NPÖ som producenter. Figur 34 beskriver vilka informationsmängder dessa vårdgivare kan visa upp.



Figur 34. NPÖ – Nationell Patientöversikt. Källa: Inera. (ID 4.4)

Ytterligare åtta kommuner har under året anslutit sig som producenter i NPÖ. Det gör att 41 kommuner nu gör informationen från de egna systemen synlig för andra genom NPÖ (Figur 35). Det kan jämföras med år 2018 då det var 13 kommuner som var producenter till NPÖ.⁷⁸

⁷⁸ Statistik från Inera.

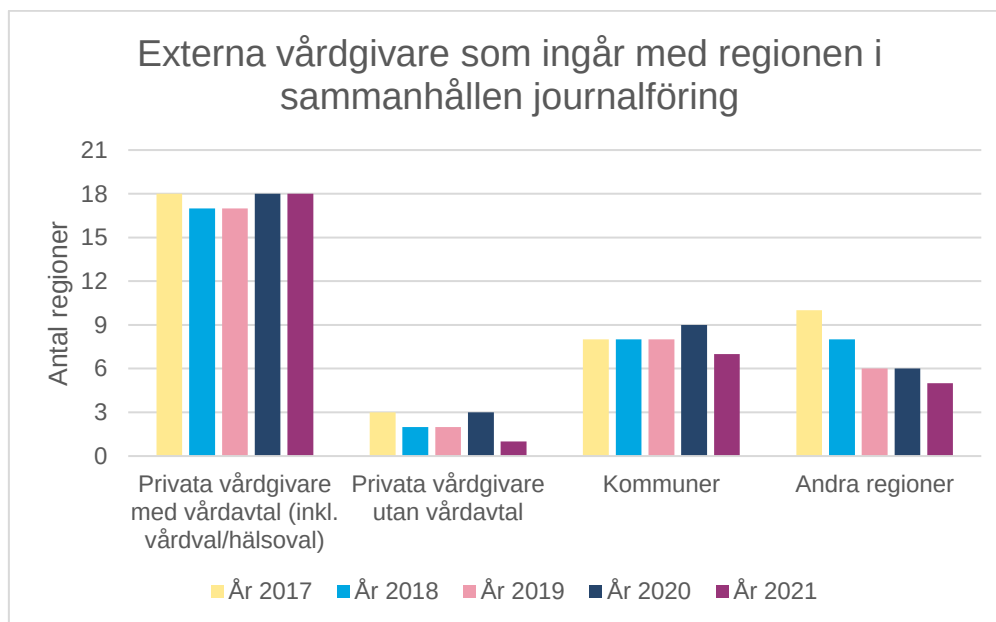


Figur 35. NPÖ – Nationell Patientöversikt. Mörkgrå punkter visar informationsmängder med pågående utvecklingsarbete där inte alla förutsättningar för att visa denna information är på plats. Källa: Inera. (ID 4.17)

Sammanhållen journalföring gör det möjligt för regioner att dela journalinformation med andra vårdgivare, förutsatt att man uppfyller kraven i Patientdatalagen (PDL).⁷⁹ De senaste åren har regionerna främst använt möjligheten med sammanhållen journalföring mot privata vårdgivare med vårdavtal men även med kommuner och andra regioner (Figur 36). Endast en region använder möjligheten mot privata vårdgivare utan vårdavtal. Tio av nitton regioner som svarat på frågan uppgav att de har inkluderat all verksamhet i den sammanhållna journalföringen, vilket är en ökning från fem regioner året innan. Övriga regioner gör undantag för vissa verksamheter, där

⁷⁹ SFS 2008:355 i lydelse enligt SFS 2020:1042. Patientdatalag.

de vanligaste undantagen bland annat är för sexuellt överförda infektioner, tandvård och förlossningar.⁸⁰



Figur 36. År 2017 svarade 20 regioner på frågan. År 2019 svarade 18 regioner, år 2020 och år 2021 svarade 19 regioner. Uppgifterna insamlade kvartal 1 respektive år.
Källor: eHälsa och IT i regionerna, år 2017 till 2021. (ID 4.6)

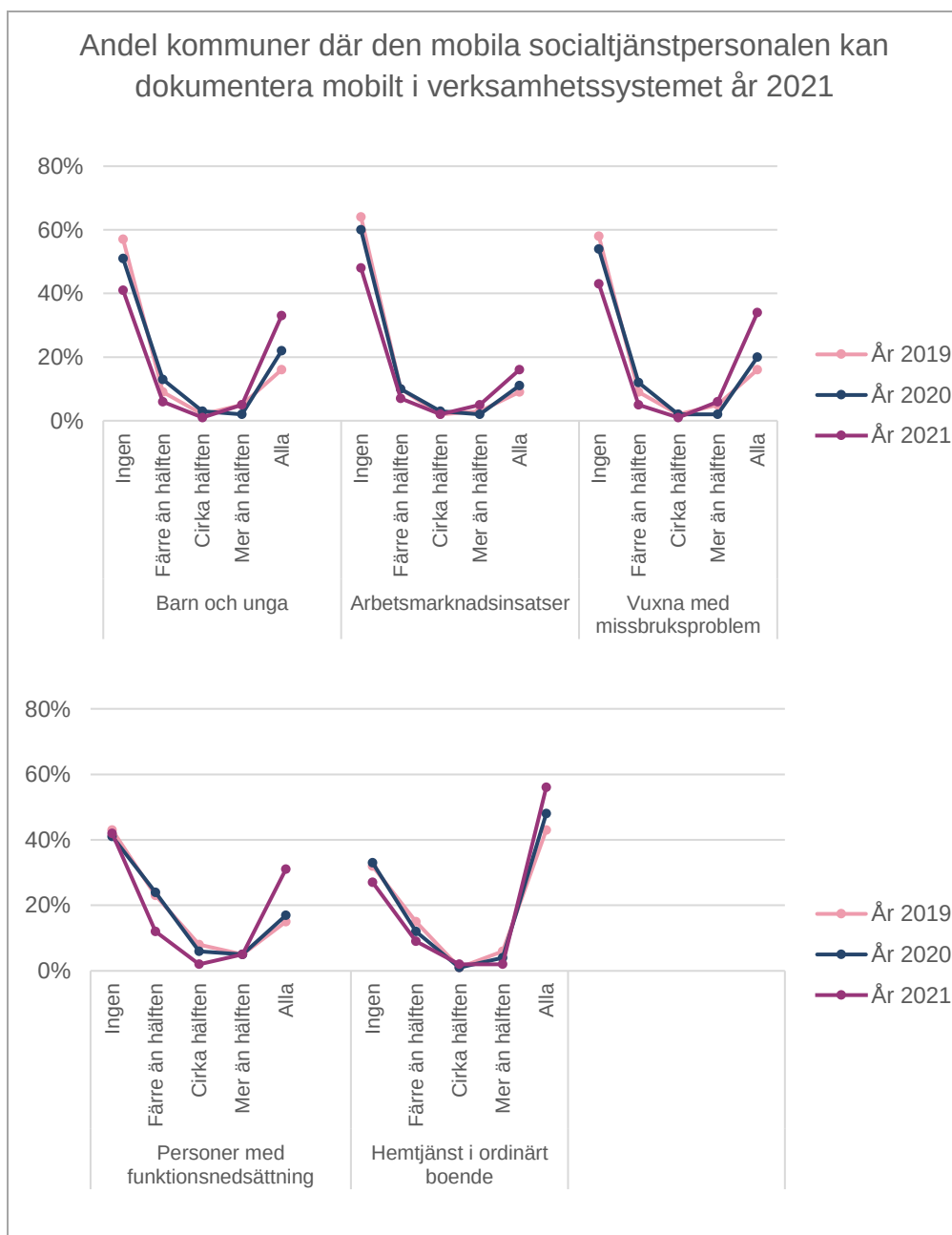
3.4.2 Möjlighet till mobilt arbete

Allt fler personalgrupper kan läsa och dokumentera digitalt i mobila enheter. Utvecklingen är särskilt tydlig inom hemtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. När mobil personal besöker enskilda personer i hemmet kan de behöva information från kommunens verksamhetssystem. De kan också behöva dokumentera det som har kommit fram vid besöket.

För att läsa och dokumentera mobilt finns olika lösningar, till exempel mobiler, surfplattor, digitala pennor och bärbara datorer. Mellan år 2015 och 2018 ökade andelen kommuner där all personal kan dokumentera mobilt från 5 till 12 procent. Från år 2019 ombeds kommunerna att ange om personalen kan dokumentera mobilt, per verksamhetsområde. Resultaten från 2021 års undersökning framgår av Figur 37. I 56 procent av kommunerna har all hemtjänstpersonal möjlighet att dokumentera mobilt, jämfört med i 48 procent av kommunerna år 2020 och 43 procent år 2019. Inom de andra

⁸⁰ Jerlvall, Pehrsson. eHälsa och IT i regionerna. maj 2020.

verksamhetsområdena är andelen betydligt mindre och varierar mellan 16 och 34 procent. Det har skett en ökning sedan år 2020.⁸¹

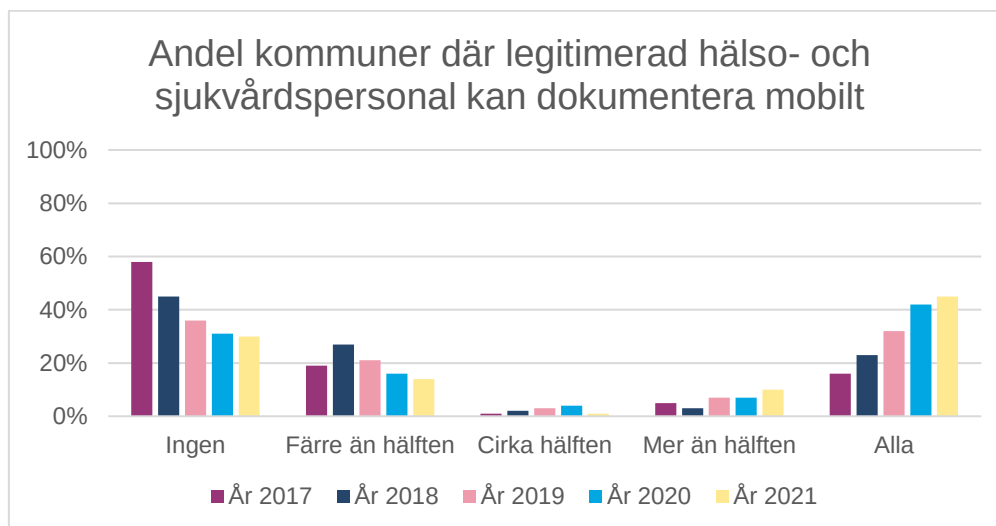


Figur 37. Andel kommuner där den mobila socialtjänstpersonalen kan dokumentera mobilt i verksamhetssystemet, per verksamhetsområde, i procent.

Källa: Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 till 2021. (ID ny)

⁸¹ Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 till 2021. Stockholm, 2019 till 2021.

Andelen kommuner där all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har möjlighet att dokumentera i de lokala verksamhetssystemen när de är utanför kontoret har ökat från 16 till 45 procent mellan åren 2017 och 2021. I 30 procent av kommunerna har ingen av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att dokumentera mobilt (Figur 38).⁸²



Figur 38. Andel kommuner där den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till utrustning för att dokumentera mobilt i kommunens verksamhetssystem, i procent.

Källor: Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2017 till 2021. (ID 4.26)

Även inom regionerna sker en utveckling mot att kunna läsa och dokumentera i system via mobila enheter. Antalet läsplattor i regionerna ökade med 18 procent år 2019 till 2020. Undersökningen gör dock ingen skillnad på läsplattor som används i det direkta vårdarbetet mot sådana som används i andra situationer.⁸³

3.4.3 Elektroniska recept och beslutsstöd på apotek

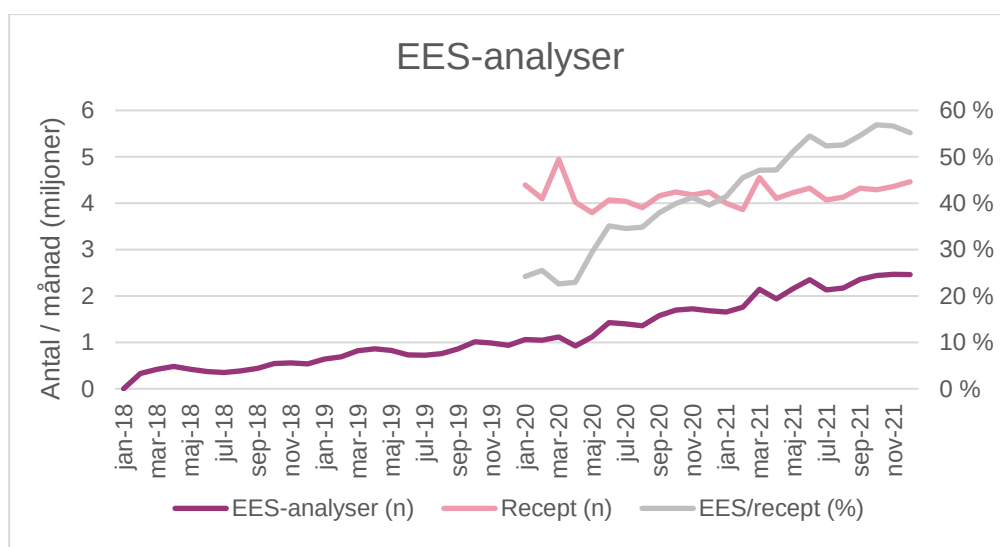
Ändamålsenlig och effektiv informationshantering i verksamheterna ger hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens medarbetare bättre förutsättningar att utföra sitt arbete. Kan medarbetare stödjas genom användning av beslutsstöd så att de får situationsanpassad tillgång till bästa tillgängliga kunskap vid varje tillfälle ökar chansen att varje patient och brukare får optimal vård och stöd. Ett sådant beslutsstöd används på apotek.

I dag är nästan alla recept i Sverige elektroniska (>99 procent). Det gör att receptinformation vid behov finns tillgänglig på samtliga apotek, vilket ger

⁸² Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 till 2021. Stockholm, 2019 till 2021.

⁸³ Jerlvall, Pehrsson. eHälsa och IT i regionerna. 2021.

bättre förutsättningar för att använda beslutsstöd som det elektroniska expertstödet EES. När ett recept expedieras gör farmaceuten alltid en helhetsbedömning av mottagarens läkemedelsbehandling i förhållande till ålder, kön och övriga läkemedel. Syftet med EES är att stödja farmaceuter i kontrollen av potentiella läkemedelskrockar, olämpliga läkemedel eller feldoseringar. Beslutsstödet finns tillgängligt på samtliga öppenvårdsapotek i Sverige. Användningen av EES ökade under år 2021 och gick från att initialt användas vid cirka 40 procent av alla utlämnade recept till cirka 55 procent mot slutet av året (Figur 39).⁸⁴



Figur 39. Elektroniskt expertstöd (EES) används som beslutsstöd på apotek. Diagrammet visar antal analyser över tid. Data över antal receptutlämningar finns enbart från och med år 2020.

Källa: E-hälsomyndigheten. (ID 5.1)

3.4.4 Information över landsgränser

EU arbetar, inom ramen för sitt arbete med digital infrastruktur (eHDSI)⁸⁵, för att successivt införa tjänster som ska ge EU-länderna möjlighet att utbyta hälsoinformation. Detta ska kunna ske på ett säkert, effektivt och interoperabelt sätt och ska kunna säkra kontinuiteten i vården för europeiska medborgare när de reser inom EU. Europeiska kommissionen tillhandahåller en infrastruktur för EU-länderna mot vilken de kan skapa ”generiska tjänster” för att ansluta nationella e-hälsosystem genom så kallade ”National Contact Points for eHealth”. Målet är att tjänsterna ska vara införda till år 2025. Vid utgången av år 2021 var Sverige ännu inte anslutet till denna infrastruktur på

⁸⁴ Statistik från E-hälsomyndigheten.

⁸⁵ eHealth Digital Service Infrastructure.

ett sätt som tillåter utbyte av hälsoinformation. Anslutna länder framgår av Tabell 2.⁸⁶

Läkare från länder:	kan komma åt hälsodata från medborgare från:	
Kroatien	Tjeckien ¹ Malta ²	Portugal ²
Luxemburg	Tjeckien ¹ Malta ¹	Portugal ² Kroatien ²
Malta	Portugal ²	Kroatien ²
Portugal (SNS and SPMS websites)	Malta ² Kroatien ²	Tjeckien ³ Spanien ³
Tjeckien	Kroatien ² Malta ³	Portugal ³
Frankrike	Tjeckien ³ Malta ³	Portugal ³ Kroatien ³
Spanien	Portugal ³	
Hälsodata från medborgare från nedanstående länder:	kan konsulteras av läkare från länder nedan, genom patientsammanfattningen:	
Tjeckien	Luxemburg ¹ Kroatien ¹	Portugal ³ Frankrike ³
Malta	Luxemburg ¹ Portugal ² Kroatien ²	Tjeckien ³ Frankrike ³
Portugal	Malta ² Kroatien ² Luxemburg ²	Frankrike ³ Tjeckien ³ Spanien ³
Kroatien	Malta ² Portugal ² Tjeckien ²	Luxemburg ³ Frankrike ³
Spanien	Portugal ³	
E-recept från länder:	kan hämtas ut i apotek i:	
Kroatien	Finland ² Portugal ²	Estland ³
Estland	Finland ²	Kroatien ²
Finland	Estland ¹ Kroatien ¹	Portugal ²
Portugal (SNS and SPMS websites)	Estland ² Finland ²	Kroatien ²
Apotek i länderna:	kan expediera e-recept för medborgare från:	
Kroatien	Finland ¹ Estland ²	Portugal ²
Estland	Finland ¹ Kroatien ²	Portugal ²
Finland	Estland ² Portugal ²	Kroatien ²
Portugal	Finland ²	Kroatien ²

Tabell 2. ¹adderad till listan 2019; ²adderad till listan 2020; ³adderad till listan 2021.
Källa: EU Electronic cross-border health service. 2022-01-12.⁸⁷

⁸⁶ Electronic cross-border health services | Public Health (europa.eu),
https://ec.europa.eu/health/ehealth/electronic_crossborder_healthservices_en. 2022-01-12

⁸⁷ Electronic cross-border health services | Public Health (europa.eu),
https://ec.europa.eu/health/ehealth/electronic_crossborder_healthservices_en. 2022-01-12.

3.5 Inriktningsmål 3 – Trygg och säker informationshantering

Inriktningsmålet *Trygg och säker informationshantering* berör förmågan att hantera och skydda information på ett ändamålsenligt sätt. Samtidigt är det viktigt att uppgifter är korrekta, att den enskilde har möjlighet att påverka hur uppgifterna används och av vem, samt att det är möjligt att få veta vilka uppgifter som finns. För att undvika och förebygga incidenter samt möjliggöra digital verksamhetsutveckling behöver därför förmågan att hantera information ständigt utvecklas i takt med att omvärlden förändras. För detta är ett systematiskt säkerhetsarbete centralt. Säkerhetsarbetet kan delas upp i två delar där en del rör systemsäkerhet och funktion medan den andra delen gäller informationssäkerhet.⁸⁸

Det är även centralt att både tillverkare och användare har kunskap om regelverken och tillsynen kring systemen, att man ska anmäla sitt system och rapportera negativa händelser och tillbud.

3.5.1 Informationssäkerhet

Förmågan till trygg och säker informationshantering bygger på att det finns resurser och kompetens för ett systematiskt informationssäkerhetsarbete i regioner och kommuner. It-system ska även möjliggöra ett säkert informationsutbyte inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård men även med andra organisationer i offentlig sektor. För detta krävs bland annat gemensamma principer för identitets- och behörighetsstyrning.⁸⁹

Ett mått på resurser och kompetens för informationssäkerhetsarbete i organisationen är om det finns någon ansvarig för informatikarbetet. Detta redovisades i uppföljningsrapporten gällande år 2020. Frågan har därefter utgått från de undersökningar som data hämtats från, varför indikatorn nu utgår.⁹⁰

Klassificering av information är grundläggande för att information och resurser ska ha nödvändigt skydd, för att säkra riktigheten och göra informationen tillgänglig på bästa sätt för behöriga personer. Med de nya

⁸⁸ Socialdepartementet och SKR. *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022*. Stockholm, 2020.

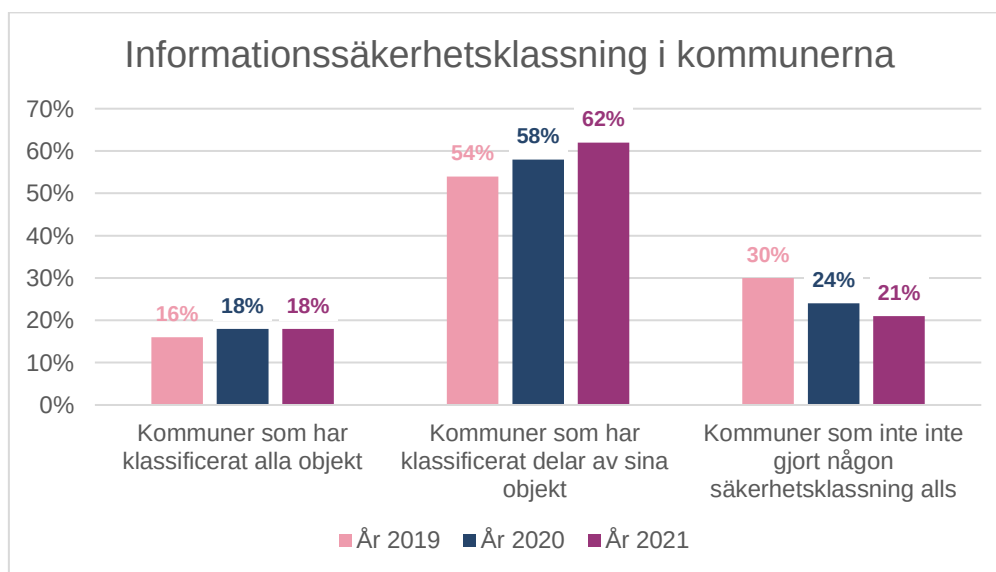
⁸⁹ Socialdepartementet och SKR. *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022*. Stockholm, 2020.

⁹⁰ Jerlval, Pehrsson. *eHälsa och IT i regionerna*. 2020 och 2021. Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020*. Stockholm, 2020. Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021*. Stockholm, 2021.

digitala teknikerna kan information bli transparent, spårbar och rättssäker. Genom klassificering av informationsmängder går det också att identifiera vilken information som behöver skyddas på grund av personuppgifts- och sekretessregler.

År 2021 hade 18 procent av alla kommuner klassificerat alla objekt (samma siffra som år 2020, 18 procent), och 62 procent av kommunerna hade klassificerat delar av sina objekt (år 2020, 58 procent). Andelen kommuner som inte hade gjort någon säkerhetsklassning alls låg på 21 procent (år 2020, 24 procent) (Figur 40).⁹¹

Några av de verktyg som används av kommuner som klassificerar sina objekt är SKR:s verktyg KLASSA⁹² eller den modell som Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) tagit fram⁹³, samt andra modeller för klassning framtagna av kommuner eller privata företag.⁹⁴



Figur 40. Källor: Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, år 2019 till 2021. (ID 7.3)

3.5.2 Säkert informationsutbyte

En viktig aspekt i informationssäkerhetsarbetet är att enbart behörig personal ska ha tillgång till sekretessklassificerad information. Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner. Utöver tillgängliga lösningar för e-legitimation för privatpersoner finns ytterligare

⁹¹ Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 till 2021. Stockholm, 2019 till 2021.

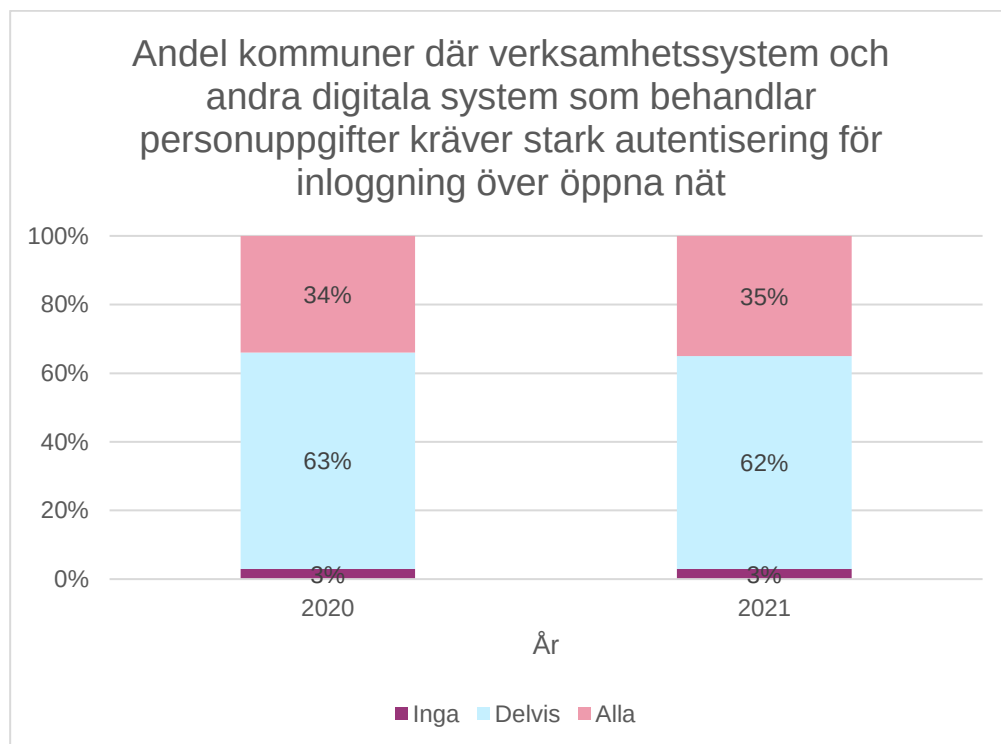
⁹² SKR. KLASSA. <https://klassa-info.skr.se>. 2021-03-03.

⁹³ MSB 0040-09. Modell för klassificering av information. MSB. Stockholm. maj 2009.

⁹⁴ Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021. Stockholm, 2021.

lösningar för säker autentisering inom tjänsteutövning, exempelvis SITHS-kort eller eget tjänstekort.

I 35 procent av kommunerna kräver alla system som ger personal åtkomst till känsliga personuppgifter, en stark autentisering över öppna nät. Hos 3 procent av kommunerna är det inga system som kräver det (Figur 41).⁹⁵



Figur 41. Källa: Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 och 2021. (ID 8.2)

3.5.3 Systemsäkerhet

Av patientsäkerhetsskäl ställs det höga krav på digitala lösningar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Flertalet lösningar är medicintekniska produkter och/eller Nationella medicinska informationssystem (NMI), var för sig eller i kombination med andra lösningar. En stor del av säkerhetsarbetet börjar när lösningen har implementerats. Det består av uppföljning av användning och förbättring av lösningen utifrån det. Hälso- och sjukvården och socialtjänst (samt enskilda personer) har en viktig roll genom att rapportera händelser med medicintekniska produkter. Tillverkaren är ansvarig att följa upp produktens användning på marknaden och ska kontinuerligt utvärdera om nya risker uppkommit under användning. Risker som initialt

⁹⁵ Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 och 2021. Stockholm, 2020 och 2021.

inte kunnat förutses. Det är alltså tillverkaren som i sin eftermarknadskontroll av produkterna ska ha system för att fånga upp säkerhetsrelaterade problem med sina produkter. När detta uppmärksammas ska tillverkaren meddela Läkemedelsverket, som i sin tur övervakar att tillverkaren gör utredningar och sätter in relevanta åtgärder.

Analysen av säkerhetsrisker och incidenter är komplex för it-system; En händelse/rapport innebär oftast i praktiken att flera verksamheter är berörda, liksom ett stort antal användare, patienter och anslutna produkter/system. I stora nationella och regionala system kan ett fel innebära att miljoner patienter eller konsumenter och tusentals användare eller verksamheter drabbas, men händelsen genererar bara en rapport.

Det finns idag cirka sexton registrerade tillverkare inom NMI. Läkemedelsverket bedömer att det borde inkomma fler rapporter om negativa händelser och tillbud från tillverkarna än vad som sker. Läkemedelsverket får dessutom frekvent signaler om att både antalet registrerade tillverkare och antal rapporter om negativa händelser och tillbud inte stämmer med verkligheten. En ökad rapportering skulle kunna bidra till en snabbare utveckling och införande av dessa produkter och tjänster med bibehållen patientsäkerhet. I dagsläget bedömer dock Läkemedelsverket att det inte är relevant att presentera någon statistik över inkomna rapporter om negativa händelser. Kunskap om ansvar och skyldigheter inom detta område behöver öka hos både tillverkare och användare.

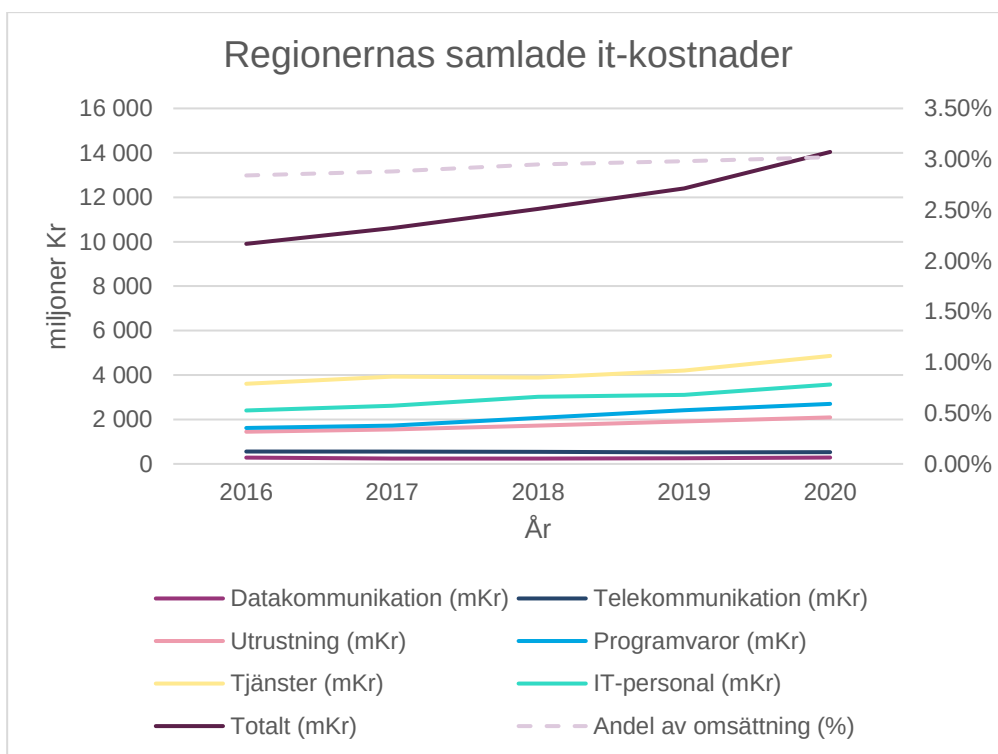
3.6 Inriktningsmål 4 – Utveckling och digital transformation i samverkan

Digitaliseringen förändrar förutsättningarna för verksamheter i alla sektorer. Detta inriktningsmål beaktar att det krävs ett långsiktigt arbete för att stödja förmågan till verksamhetsutveckling samt rusta individer och verksamheter med de förmågor och färdigheter som krävs. En viktig aspekt för lyckade digitaliseringsprojekt är ledningens kunskap och möjlighet att styra utvecklingen i organisationen både i styrelserummet och genom exempelvis policyer och strategier. Kompetensutveckling inom digitalisering behöver prioriteras den närmaste tiden och ett samordnat nationellt stöd erbjudas för att introducera nya tekniker och arbetssätt i verksamheterna. En viktig förutsättning för detta är att rätt förutsättningar finns i form av regelverk samt tekniska och semantiska standarder. För att få maximal effekt finns behov av

nya former av samarbeten mellan statliga myndigheter, regioner, kommuner, privata utförare och näringsliv.⁹⁶

3.6.1 Ekonomi

Finansieringen är en viktig faktor att beakta för att ge verksamheterna möjlighet att ta tillvara utvecklingsmöjligheter av digitaliseringen och hantera digitaliseringens utmaningar. Baserat på 18 regioner som inkom med data uppskattades den totala it-kostnaden för samtliga regioner år 2020 till cirka 14 miljarder kronor. It-kostnaderna har ökat de senaste åren med en procentuellt sett större ökning 2019 till 2020 jämfört med tidigare (Figur 42).⁹⁷



Figur 42. År 2017 och 2018 svarade 20 regioner på frågan. År 2019 till 2021 svarade 18 regioner på frågan. Tidigare år har svarsfrekvens varierat. Källor: eHälsa och IT i regionerna, år 2017 till 2021. (eHälsa och IT i regionerna redovisar ekonomiska data för året innan rapportens publiceringsår.) (ID 9.3)

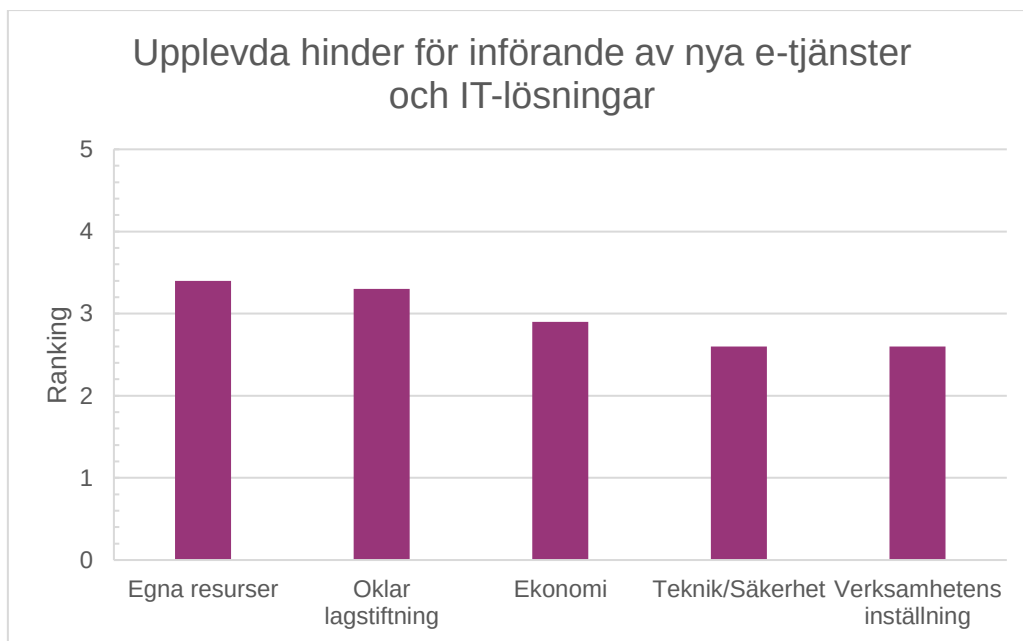
⁹⁶ Socialdepartementet och SKR. En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022. Stockholm, 2020.

⁹⁷ Jerlvall, Pehrsson. eHälsa och IT i regionerna. 2017–2021.

3.6.2 Regelverk samt tekniska och semantiska standarder

Digitalisering kan ge förutsättningar både för ökad informationstillgänglighet och för att underlätta informationsöverföring. För att detta ska vara möjligt krävs legala förutsättningar, en god informationssäkerhet samt enhetliga semantiska och tekniska standarder. Det vill säga de grundläggande förutsättningarna i strategin för Vision e-hälsa 2025.

Inom regionerna förekommer upplevda hinder för införandet av nya e-tjänster. I enkäten för år 2020 angav 16 regioner att de upplevde oklar lagstiftning som ett hinder för införandet av nya e-tjänster. Lika många angav egna resurser som ett hinder. Till 2021 års undersökning omformulerades frågan gällande upplevda hinder så att regionerna fick poängsätta upplevelsen på en 5-gradig skala. Egna resurser och oklar lagstiftning är de hinder som rankades högst i undersökningen 2021 (Figur 43).⁹⁸



Figur 43. Genomsnittlig ranking för 19 regioner som svarat på frågan om upplevda hinder för införandet av nya e-tjänster och it-lösningar. Ranking 1–5. Källa: Jerlvall, Pehrsson. eHälsa och IT i regionerna. 2021. (ID ny)

⁹⁸ Jerlvall, Pehrsson. eHälsa och IT i regionerna. 2021.

4 Slutsats

Slutsatserna i detta kapitel är, om inget annat anges, E-hälsomyndighetens slutsatser utifrån ovan redovisade data.

4.1 Pandemin har accelererat och bromsat utvecklingen

Sedan pandemins början har utvecklingen inom e-hälsoområdet delvis accelererat och på andra vis bromsats. Samhällets rekommendationer om restriktioner har gjort att hälso- och sjukvården, socialtjänsten och invånare i högre utsträckning använt digitala kontaktvägar för att förhindra smittspridningen. Särskilt tydligt är att videomöten för olika syften ökat inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Samtidigt har åtgärder för att minska smittspridningen tagit stora resurser i anspråk. Flera införanden och upphandlingar av it-projekt har fått pausas eller avbrutits för att kunna utföra ordinarie drift. Till exempel föreslogs införandet av den lag som reglerar Nationella läkemedelslistan skjutas upp på grund av pandemin.⁹⁹

4.2 Införandet av välfärdsteknik i kommunerna går långsamt

Andelen kommuner som använder sig av välfärdsteknik i olika boendeformer har generellt sett ökat sedan år 2017. Flera initiativ för att stimulera utveckling och användning av välfärdsteknik och andra digitala lösningar i kommunerna kan ha bidragit till utvecklingen. Några initiativ har varit genom ekonomisk stimulering via bland annat Socialstyrelsen¹⁰⁰ och Kammarkollegiet.¹⁰¹ Även via överenskommelse mellan regering och SKR har ekonomisk stimulering skett. Bland annat för 2020–2022 i en satsning på digitalisering och välfärdsteknik inom äldreomsorgen, genom ett riktat statsbidrag till kommunerna samt medel till SKR för att kunna utforma och tillhandahålla ett kommunövergripande stöd.¹⁰² Det saknas dock indikatorer som möjliggör utvärdering av i vilken omfattning dessa initiativ bidragit till utvecklingen av digitaliseringen inom kommuner.

⁹⁹ Regeringens proposition. 2019/20:158. *Senarelagt införande av nationell läkemedelslista och bastjänstgöring för läkare*. 2020-04-23.

¹⁰⁰ Regeringsbeslut. S2018/03799/FST (delvis). 2018-06-20

¹⁰¹ Regeringsbeslut. S2020/05407/FS. 2020-06-17.

¹⁰² Regeringsbeslut. S2021/08208. 2021-12-22.

Samtidigt som andelen kommuner som använder välfärdsteknik ökar konstaterar Socialstyrelsen att det till stor del handlar om pilotprojekt och att breddinförandet av välfärdsteknik i ordinarie drift går långsamt.¹⁰³ Detta styrks av att det från förra året syns att antalet kommuner som erbjuder välfärdsteknik inom vissa områden har minskat. För att implementera tekniken i verksamheterna behöver kommunerna vid sidan av inköp av produkter fokusera mer på förändringsledning där de ser över vilka rutiner och arbetssätt som kan bytas ut mot digital teknik.¹⁰⁴ Om inga övergripande förändringar sker bedöms breddinförandet av välfärdsteknik i ordinarie drift fortsätta i en liknande långsam takt.

4.3 Delvis låg användning av befintliga kommunala e-tjänster

En ökande andel kommuner erbjuder e-tjänster inom socialtjänsten men ungefär 20 procent av kommunerna uppger att de fortfarande saknar, eller inte känner till, någon e-tjänst inom ett eller flera av socialtjänstens områden.

Enligt E-hälsomyndighetens invånarundersökning används kommunernas e-tjänster i låg utsträckning. Den låga användningen kan bero på att utbudet av e-tjänster i kommunerna är litet, att invånarnas behov av tjänsterna är små eller att kommunerna har svårigheter att implementera e-tjänster i verksamheterna. Under 2021 var det ungefär en tredjedel av kommunerna som hade ett ledningssystem för sitt systematiska kvalitetsarbete som omfattar e-tjänster.¹⁰⁵ Det innebär att majoriteten av kommunerna saknar processer och rutiner för ett systematiskt förändringsarbete gällande e-tjänster. Detta påverkar troligen implementeringen av e-tjänster.

Även om en relativt stor andel av befintliga indikatorer berör socialtjänst och den kommunala hälso- och sjukvården, visar de på en låg användningsgrad av e-tjänster inom området. Statskontorets slutsats, i rapporten ”*Vision E-hälsa 2025 – att försöka styra genom samverkan*”, stärks därmed. I rapporten konstateras att ”*digitaliseringen av socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården har också varit lägre prioriterad i parternas samverkan än den regionala hälso- och sjukvården, trots att kommunerna har större utmaningar*”.¹⁰⁶ Samordningen och stödet inom detta område behöver förbättras ytterligare.

¹⁰³ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021*. Stockholm. 2021.

¹⁰⁴ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021*. Stockholm. 2021.

¹⁰⁵ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021*. Stockholm. 2021.

¹⁰⁶ Statskontoret. 2021:17. *Vision E-hälsa 2025 – att försöka styra genom samverkan*. Dnr. 2020/167-5

E-hälsomyndigheten fick i april 2018 i uppdrag från regeringen att samordna, utforma och tillgängliggöra ett nationellt stöd riktat till kommunerna, för införande och användning av digital teknik. Syftet med uppdraget var att stödja chefer inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården i deras arbete med verksamhetsutveckling och effektivisering, som bedrivs med stöd av digitalisering. Uppdraget slutredovisades till regeringen i februari 2020 och innehöll bland annat ett förslag till ett e-hälsostöd i form av en klickbar prototyp.¹⁰⁷ I arbetet framkom ett tydligt behov hos kommunerna av samlat nationellt stöd för att enklare hitta relevant information i sin digitala verksamhetsutveckling. E-hälsomyndigheten har under hösten 2021 genomfört en kompletterande kartläggning. Den visar att kommunernas behov av stöd för sin digitalisering i stort sett kvarstår på samma sätt som tidigare redovisats i E-hälsomyndighetens regeringsuppdrag. Exempelvis efterfrågas nationellt stöd som är samlat på ett ställe, och som är konkret och kvalitetssäkrat.¹⁰⁸ Idag finns olika former av kunskapsstöd spritt på många webbsidor, vilket försvårar sökning av relevant information. Att samla dessa till en ingång kan bidra till att stödja kommunerna i sin verksamhetsutveckling med hjälp av digitalisering.

4.4 Antal inloggningar på 1177 Vårdguiden ökar

Antalet inloggningar på 1177 Vårdguiden fortsätter att öka. Kvinnor i åldersgruppen 30–39 år är de som loggar in mest. Under pandemin syns även en tydlig ökning i antal inloggningar bland de som är 100 år eller äldre. År 2020 gjordes 1 430 besök av invånare som är 100 år eller äldre. Motsvarande siffra år 2021 var 2 343. I takt med att befolkningen åldras kommer digital kompetens att öka i de övre åldersgrupperna. Användningen av digitala tjänster bland äldre förväntas därför fortsätta öka framöver.

För att driva e-hälsoutvecklingen framåt är det viktigt att utbudet matchar behovet och efterfrågan hos invånarna. E-hälsomyndighetens invånarundersökning har definierat några områden inom e-hälsa som upplevs extra viktiga hos invånarna. Det handlar bland annat om sammanhållen vårddokumentation och att individen och personal inom vården (även apotek)

¹⁰⁷ E-hälsomyndigheten. *Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa)*. 2020.

¹⁰⁸ E-hälsomyndigheten. *Förstudie en ingång - samlad information på nationell nivå för att stödja den digitala utvecklingen inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård*. 2022.

har tillgång till samma information om läkemedel. Flera regeringsuppdrag som tilldelats olika myndigheter ligger inom detta område.¹⁰⁹

4.5 Långsam ökning av tillgängliga informationsmängder mellan vårdgivare

Under året som gick anslöt ytterligare åtta kommuner som producenter i NPÖ och tio regioner tillgängliggjorde ytterligare informationsmängder till tjänsten. Viktigt att poängtera är att de kommuner som visar upp information i NPÖ endast tillgängliggör ett fåtal informationsmängder och att en klar majoritet inte producerar någon information alls i NPÖ och därmed endast använder tjänsten som konsumenter. Även om regionerna visar fler informationsmängder i NPÖ skiljer det sig mellan regionerna hur många och vilka informationsmängder som visas. En förutsättning för att skapa nytta och värde med NPÖ är att fler vårdgivare producerar information till tjänsten. E-hälsomyndigheten har slutrapporterat regeringsuppdraget om hur sammanhållen journalföring kan nyttjas i större utsträckning, och föreslår att det på sikt bör vara obligatoriskt för aktörerna att tillgängliggöra vissa prioriterade informationsmängder.¹¹⁰ Innan de rättsliga förutsättningarna för en sådan skyldighet är på plats föreslår E-hälsomyndigheten att tillgängliggörandet av ett antal prioriterade informationsmängder stimuleras. Det kan exempelvis göras genom en kombination av överenskommelser mellan regeringen och SKR, uppdrag till statliga myndigheter och ekonomisk stimulans.

Flera regioner¹¹¹ har upphandlat nya informationssystem som ännu inte har gått i produktion. Bedömningen är att det genom dessa upphandlingar kommer finnas bättre tekniska förutsättningar för en sammanhållen vårddokumentation inom de berörda regionerna och kommunerna. Till exempel har Västra Götalandsregionen inkluderat de 49 kommunerna i regionen i sin upphandling av vårdinformationssystem.¹¹² Troligtvis kommer

¹⁰⁹ Till exempel E-hälsomyndighetens uppdrag gällande Nationella läkemedelslistan, Sammanhållen journalföring och Förstudie om ett statligt, nationellt datautrymme för bilddiagnostik; Diggs uppdrag gällande Infrastruktur för säker digital kommunikation i offentlig sektor och ENA – en förvaltningsgemensam digital infrastruktur; Socialstyrelsens uppdrag gällande Vätetidsdata, Samordnad cancervård och Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet.

¹¹⁰ E-hälsomyndigheten. *Sammanhållen journalföring – Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet*. 2021/01681. februari 2022.

¹¹¹ Västra Götaland Region, Region Skåne, Region Västernorrland, Region Västerbotten, Region Blekinge, Region Örebro län, Region Sörmland, Region Halland, Region Norrbotten, Region Dalarna och Region Gävleborg.

¹¹² VGR. Pressmeddelande. *Klart med unikt västsvenskt samarbete – gemensam vårdinformationsmiljö för regionen och alla kommuner*. 27 maj 2020- 14:58 Uppdaterad: 04 jan 2022 - 13:28.

<https://www.vgregion.se/aktuellt/nyhetslista/klart-med-unikt-vastsvenskt-samarbete--gemensam-vardinformationsmiljo-for-regionen-och-alla-kommuner/>

detta de närmaste åren bidra positivt till medarbetarnas tillgång till patientinformation i samarbetet mellan region och kommuner.

4.6 De flesta invånarna är nöjda med de digitala tjänsterna inom hälso- och sjukvården men det är svårt att utvärdera nöjdheten inom socialtjänsten

I E-hälsomyndighetens invånarundersökning framkom att invånarna generellt är nöjda med de digitala tjänster som finns inom hälso- och sjukvården men att cirka 20 procent anser att tjänsterna är svåra att använda. Detta indikerar att det finns en utvecklingspotential avseende tjänsternas användarvänlighet.

När det gäller socialtjänstens digitala tjänster är det få invånare som anser att utbudet motsvarar deras behov och som upplever att de är lätta att använda. Siffrorna bör dock tolkas med försiktighet eftersom få invånare använt sig av digitala tjänster inom socialtjänsten och svarsunderlaget har varit lågt. Exakt hur nöjda invånarna är med de digitala tjänsterna är därmed svårt att utvärdera och siffrorna bör inte jämföras med nöjdheten inom hälso- och sjukvården.

4.7 En fjärdedel har lågt förtroende för informationssäkerheten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

En förutsättning för att driva digitaliseringen framåt inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är att invånarna känner tillit till att information om dem behandlas på ett säkert sätt. Enligt Invånarundersökningen är det cirka en fjärdedel av invånarna som delvis eller inte alls litar på att information i hälso- och sjukvården och socialtjänsten behandlas på ett säkert sätt. Liknande siffror visar Internetstiftelsen i rapporten *Svenskarna och internet 2021* där det konstateras att var femte person inte litar på digitala samhällstjänster.¹¹³ Ett aktivt arbete med informationssäkerhet, och kommunikation kring hur data används och inte används, skulle kunna bidra positivt till invånarnas förtroende för digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

4.8 Ojämlig tillgång till e-hälsa

Tillgången till och användningen av välfärdsteknik och digitala tjänster inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är ojämlik mellan regionerna,

¹¹³ Internetstiftelsen. *Svenskarna och internet 2021*.

kommunerna, och mellan kommuner och regioner. Detta konstateras även i E-hälsomyndighetens rapport Jämlig e-hälsa 2020. Samverkan skulle kunna minska skillnaderna. Dock har den samverkan som skett mellan regeringen och SKR bedömts hittills *”gett få tydliga resultat i form av exempelvis en mer samordnad digitalisering inom vård- och omsorgssektorn. Vård- och omsorgssektorns huvudmän har heller inte fått påtagligt bättre förutsättningar att dra nytta av digitaliseringens möjligheter”*, enligt Statskontorets rapport *Vision e-hälsa*

Socialstyrelsen listar några centrala förutsättningar för en framgångsrik digitalisering: Kompetens, organisering och informationssäkerhet, styrande dokument, samverkan och ekonomi.¹¹⁴ Möjligheten att förvärva dessa centrala förutsättningar skiljer sig mycket mellan kommuner. Enskilda kommuner och regioner har olika ekonomiska förutsättningar och viljor kring hur de vill satsa på och hantera digitaliseringsfrågor. Det kan bidra till ojämlikheter utifrån geografisk uppdelning i landet. Gemensamma nationella satsningar skulle här kunna minska skillnaderna.

4.9 It-kostnaderna ökar

Regionernas samlade it-kostnader har under perioden 2016–2019 ökat cirka 7–8 procent per år. Från 2019 till 2020 ökade de totala it-kostnaderna med 13 procent jämfört med året innan (Figur 42). Hur detta ser ut på nationell nivå för år 2021 är inte fastställt vid denna rapports färdigställande. Dock har it-kostnaderna de senaste åren ökat i större utsträckning än ökningen av kommunernas och regionernas skatteintäkter som under 2016 till 2020 ökat med cirka 1 till 7 procent årligen.^{115,116} Med stora it-projekt pågående i en majoritet av regionerna, och utifrån den låga digitala mognaden i kommunerna¹¹⁷ förväntas fortsatt stora investeringsbehov inom området och därmed även en fortsatt högre kostnadsökning.

4.10 Sverige ligger inte i topp

Visionen är formulerad på ett sätt som kräver framsteg i digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt internationella jämförelser för att kunna utvärdera om arbetet fram till år 2025 har nått visionens mål.

¹¹⁴ Socialstyrelsen. *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021*. Stockholm. 2021.

¹¹⁵ SCB. *Resultaträkning för kommuner och regioner år 2016–2020*. 2021-08-31

¹¹⁶ SCB. *Kommunernas och regionernas preliminära bokslut för 2021*. 2022-03-01.

¹¹⁷ Pwc Sverige. *Digital mognad i kommun och region*. 2020.

Sverige hamnar på tredje plats (DESI) när EU mäter medlemslänternas digitalisering. Det är ett tapp på en placering jämfört med föregående år. Myndigheten för digital förvaltning (Digg) kommenterade DESI 2021¹¹⁸ och konstaterade bland annat att även om Sverige förbättrat alla indikatorer som gäller digital infrastruktur så har Sverige tappat i ranking jämfört med tidigare år, vilket beror på att andra länder utvecklats snabbare. EU-kommissionen bedömer att humankapital¹¹⁹ är en av Sveriges starkaste konkurrensfördelar men att det behövs fler personer med digital spetskompetens. Gällande integrering av digital teknik bedömer kommissionen att utvecklingen i Sverige håller på att sakta in och att andra länder börjar komma ikapp, även om Sverige fortfarande ligger bra till i denna delmängd i DESI. Gällande digitala offentliga tjänster har en stor förbättring skett inom området öppna data, men det finns fortfarande mer att göra inom detta område.

OECD har publicerat en mätning gällande andel av existerande hälsodata-uppsättningar i ett land som kan delas med vårdgivare (Figur 4) eller nationella och internationella intressenter (Figur 3). Där hamnar Sverige långt efter våra nordiska grannländer. Antalet existerande hälsodatauppsättningar skiljer sig åt mellan länder och en djupare analys av resultatet försvåras av att antalet hälsodatauppsättningar för varje land inte redovisas utänbart hur stor andel av existerande uppsättningar som delas.

DESI och OECD presenterar inte om anledningen till att existerande data inte tillgängliggörs i Sverige, beror på tekniska hinder, organisatoriska hinder (data uppdelat mellan olika huvudmän), eller juridiska hinder. Det framgår dock i undersökningen *eHälsa och IT i regionerna* att lagstiftningen upplevs som oklar och ett av de största upplevda hindren vid införandet av nya e-tjänster och it-lösningar (Figur 43).¹²⁰ Det är rimligt att anta att lagstiftning fortsatt kommer upplevas som oklar och som ett av de stora hindren om inte nationella satsningar görs. Det uppdrag Digg har fått om att tillhandahålla rättsligt stöd till offentlig förvaltning avseende digitalisering¹²¹ skulle kunna bidra till att lagstiftningen upplevs som klarare, men det är för tidigt att utvärdera det. E-hälsomyndigheten presenterar även förslag i rapporten om sammanhållen journalföring¹²² där till exempel förslaget om uppförandekoder skulle kunna utgöra början på ett mer långsiktigt arbete inom området.

¹¹⁸ Digg kommenterar Digital Economy and Society Index (DESI) 2021. 2021-11-15.

¹¹⁹ Digital kompetens i befolkningen och bland yrkesverksamma.

¹²⁰ E-hälsomyndigheten. *Uppföljning vision e-hälsa 2025 – rapport avseende år 2020*, april 2021.

¹²¹ Regeringsbeslut. I2021/00288. *Uppdrag att tillhandahålla rättsligt stöd till offentlig förvaltning avseende digitalisering*, 2021-01-28.

¹²² E-hälsomyndigheten. *Sammanhållen journalföring – Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet*, februari 2022.

4.11 Svårt att göra jämförelser

E-hälsomyndigheten ser att det finns svårigheter att göra jämförelser för att fullt ut följa utvecklingen av digitalisering i Sverige utifrån Vision e-hälsa. Bedömningen bygger på att indikatorerna inte kan anses fullständiga utifrån inriktningsmål och grundläggande förutsättningar, samt att det är svårt att göra internationella jämförelser. E-hälsomyndigheten anser att det krävs ett fortsatt arbete med att både ta fram nya indikatorer och förbättra de befintliga indikatorerna för att kunna följa utvecklingen av e-hälsa i Sverige över tid. E-hälsomyndigheten tar gärna en större roll i ett sådant arbete tillsammans med exempelvis Statistiska centralbyrån och andra myndigheter, men det är inget som ryms inom myndighetens ramanslag idag.

Arbetet som krävs för att ta fram nya indikatorer som täcker samtliga inriktningsmål och grundläggande förutsättningar bedöms som mycket omfattande. E-hälsomyndigheten ser dessutom att det saknas tydlighet i vem som är ansvarig inom vilket område för att samla in data som är nödvändig för att följa utvecklingen av e-hälsa i Sverige och säkerställa att de är jämförbara över tid. E-hälsomyndigheten föreslår att detta adresseras i arbetet inför nästa strategiperiod med Vision e-hälsa.

Det ramverk för uppföljning som tidigare tagits fram av myndigheten bygger på befintliga datainsamlingar.¹²³ I år har dessutom flera av de indikatorer gällande utvecklingen inom regionerna fallit bort på grund av att frågorna i den enkätundersökning som låg till grund för insamlandet har ändrats.¹²⁴ Det innebär att möjligheterna att följa utvecklingen inom den regiondrivna hälso- och sjukvården minskat.

En ytterligare svårighet, som även framgår i rapporten om indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025,¹²⁵ är att flertalet av nuvarande indikatorer fokuserar på digitaliseringens omfattning medan utvärdering av Vision e-hälsa kräver att omfattning kopplas till digitaliseringens effekter (det vill säga uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd). De få indikatorer som kan användas för att utvärdera dessa mål kan i många fall enbart påvisa en korrelation. Möjligheten att påvisa ett orsakssamband är ytterligare begränsad i nuläget. För att klara detta krävs mer forskning inom området.

¹²³ E-hälsomyndigheten. *Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*. oktober 2020.

¹²⁴ Jerlvall, Pehrsson. *eHälsa och IT i regionerna*. maj 2020.

¹²⁵ E-hälsomyndigheten. *Indikatorbaserat ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025*. oktober 2020.

Under året har försök till utökat internationellt samarbete skett för att hitta jämförbara indikatorer mellan specifika länder. Inom ramen för Nordiska ministerrådet diskuterades, på initiativ från Norge, möjligheten till en gemensam nordisk invånarundersökning om e-hälsa. Arbetet med den planerade undersökningen har dock inte gått vidare. Försök har även gjorts för att utöka samverkan mellan Sverige och andra länder för att indikatorer ska formuleras så att de ska vara jämförbara mellan länder.

För att skapa jämförbara indikatorer mellan länder behövs samarbete med andra länder och ett utökat samarbete inom Sverige. Det blir i detta sammanhang också tydligt att det saknas statistik inom området som möjliggör kvalitetssäkrade tidsserier och ger förutsättningar för kontinuitet i uppföljningen av visionens mål.

Även om förutsättningarna skulle ändras till år 2023 års uppföljningsrapport bedöms tiden fram till år 2025 (3 år) vara kort i sammanhanget. Möjligheten bedöms därför som liten att inom denna tidsperiod etablera och få detaljerade resultat av internationella samarbeten.