Framtidens teknik i omsorgens tjänst

Betänkande av
Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen

Stockholm 2020

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2020:14

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Omslagsfoto: Fredrik Beckius, Posifon AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25033-4
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 16 augusti 2018 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över och lämna förslag på åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik för ökad trygghet och som stärker självständighet och livskvalitet för äldre och som avlastar personal och moderniserar verksamheten (dir. 2018:82, bilaga 1). Förslagen skulle gälla adekvat stöd, kunskap och förbättrade förutsättningar för personalen, förbättrade rättsliga förutsättningar för användning av välfärdsteknik samt även förbättrad samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll.

Till särskild utredare förordnades civilingenjören Peter Larsson den 1 oktober 2018. Utredningen har antagit namnet Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen (S 2018:11).

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 27 december 2018 departementssekreteraren Eva Hålander (Socialdepartementet), departementssekreteraren Karl Kjäll (Finansdepartementet), departementssekreteraren Therese Kristensson (Finansdepartementet), departementssekreteraren Marcus Nydén (Socialdepartementet), kanslirådet Jan Schierbeck (Utbildningsdepartementet) och departementssekreteraren Jenny Wada (Socialdepartementet). Therese Kristensson entledigades den 16 april 2019 och ersattes av departementssekreteraren Anneli Hagdahl från den 18 april 2019. Eva Hålander entledigades den 24 oktober 2019 och ersattes av samma dag av departementssekreteraren Martina Bergström.

Som experter i utredningen förordnade regeringen samma dag programledaren Pontus von Bahr, samordnaren Greger Bengtsson, rådgivaren Jan Bergdahl, jur.kand. Katarina Bone, strategen Stefan Gustavsson, sektionschefen Jonas Hampus, segmentsansvarig vård och omsorg Therese Hellman, förbundssekreteraren Johanna Hållén, juristen Sayran Khayati, utredaren Peter Sandberg, juristen Anders Sandström, utredaren Anna Spånt Enbuske, styrelseledamoten i Vård-

företagarna Ulla Tansen och pol.mag. Monica Ulfhielm. Therese Hellman entledigades från och med den 21 augusti 2019 och ersattes från och med den 26 augusti 2019 av strategen Maria Öhman. Sayran Khayati entledigades den 24 oktober 2019 och ersattes samma dag av juristen Jesper Symreng.

Som sekreterare i utredningen förordnades legitimerade sjuksköterskan Maria Gill per den 1 december 2018 och jur.kand. Marie Stegard Lind per den 27 december 2018.

Utredningen har sammanträtt vid sex tillfällen med utredningens sakkunniga och experter. Experter och sakkunniga har i allt väsentligt ställt sig bakom utredningens överväganden och förslag. Betänkandet har därför formulerats i vi-form. Särskilt yttrande har lämnats av experten Greger Bengtsson.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Framtidens teknik i omsorgens tjänst* (SOU 2020:14). Utredningens uppdrag är härmed slutfört.

Stockholm i mars 2020

Peter Larsson

/Maria Gill
Marie Stegard Lind

Innehåll

Sammanfattning **13**

Lättläst sammanfattning **25**

1 Författningsförslag **35**

1.1 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 35

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten 38

1.3 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 40

1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 41

1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 42

2 Utredningens uppdrag och arbete **45**

2.1 Utredningens uppdrag 45

2.2 Angående vissa begrepp i betänkandet 46

2.3 Avgränsningar i utredningens arbete 48

2.4 Utredningens arbete 50

3 Bakgrund **51**

3.1 Kapitlets innehåll 51

3.2 Om vissa begrepp ... 51
3.2.1 E-hälsa och anslutande begrepp ... 51
3.2.2 E-tjänster ... 53
3.2.3 Välfärdsteknik ... 54
3.2.4 Hjälpmedel ... 55
3.2.5 Begreppen överlappar ... 57

3.3 Välfärdsteknik vid nedsatt beslutsförmåga ... 59

3.4 Orsaker till nedsatt beslutsförmåga hos äldre ... 62
3.4.1 Kognitiv svikt ... 62
3.4.2 Demenssjukdomar ... 63
3.4.3 Stadieindelning och vanliga symptom ... 66

3.5 Beslutsförmåga och stöd till personer med nedsatt förmåga att kunna fatta egna beslut ... 69

3.6 Tekniska förutsättningar för användningen av välfärdsteknik ... 83
3.6.1 Inledning ... 83
3.6.2 Bredband ... 84
3.6.3 Tekniska förutsättningar vid implementering av välfärdsteknik ... 90

4 Digital teknik för vård och omsorg ... 99

4.1 Kapitlets innehåll ... 99

4.2 Användningen av välfärdsteknik i omsorgen i dag ... 100
4.2.1 Allmänt ... 100
4.2.2 Välfärdsteknik i ordinärt boende ... 100
4.2.3 Välfärdsteknik i särskilt boende inom äldreomsorgen ... 102
4.2.4 Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården ... 103
4.2.5 Socialstyrelsens undersökning av 12 kommuner ... 103
4.2.6 Kommunals undersökning av välfärdsteknik ... 120

4.3 Läsa och dokumentera mobilt ... 123

4.4 Strukturerad information ... 125

4.5 Om informationssäkerhet i kommunerna 127
4.5.1 Informationssäkerhet 127
4.5.2 Brister i socialtjänstens informationssäkerhet 132

4.6 Upphandling upplevs som problematiskt 137

4.7 Juridiska svårigheter vid implementering 143

4.8 Teknikens potential att effektivisera äldreomsorgen 147
4.8.1 Uppskattningar från SKR 147
4.8.2 Exempel 1: Mobilt trygghetslarm/gps 149
4.8.3 Exempel 2: Nyckelfri hemtjänst 154
4.8.4 Exempel 3: Digital tillsyn/trygghetskamera 159
4.8.5 Exempel 4: Medicinpåminnare/läkemedelsrobot 163
4.8.6 Vård på distans (telemedicin) 166
4.8.7 Ytterligare erfarenheter från Norden 174

5 Kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen 177

5.1 Inledning 177

5.2 Bakgrund 177
5.2.1 Ädelreformen 177
5.2.2 Privata aktörer 179

5.3 Kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen 181
5.3.1 Personalen inom äldreomsorgen 181
5.3.2 Undersköterskor och vårdbiträden 182
5.3.3 Biståndshandläggare 191
5.3.4 Sjuksköterskor 193
5.3.5 Arbetsterapeuter 194
5.3.6 Fysioterapeuter 195

5.4 Den demografiska utmaningen 196

5.5 Välfärdsteknik och bemanningen inom äldreomsorgen 201
5.5.1 God kvalitet i äldreomsorgen 201
5.5.2 Sätt ljus på natten 205
5.5.3 Tillsynen av särskilda boenden 206
5.5.4 Domstolsprövningar rörande tillsyn av särskilda boenden 212
5.5.5 Reflektioner angående IVO:s tillsyn 216

6 Nationellt stöd och styrning 219

6.1 Inledning 219

6.2 Nationella strategier och satsningar 220
6.2.1 Nationell eHälsa 220
6.2.2 Vision e-hälsa 2025 220
6.2.3 Strategier som rör digitalisering och infrastruktur 224
6.2.4 Stimulansbidrag på området välfärdsteknik 232

6.3 Statliga myndigheters uppgifter och roll 233
6.3.1 Myndigheten för delaktighet 233
6.3.2 Socialstyrelsen 239
6.3.3 E-hälsomyndigheten 241
6.3.4 Myndigheten för digital förvaltning 242
6.3.5 Upphandlingsmyndigheten 243
6.3.6 Post- och telestyrelsen (PTS) 245

6.4 Andra nationella aktörer på området digitalisering av välfärden 245
6.4.1 Rådet för styrning med kunskap 245
6.4.2 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 247

7 Rättsliga utgångspunkter 257

7.1 Rättsliga förutsättningar för vård och omsorg vid nedsatt beslutsförmåga 257
7.1.1 Socialtjänsten 257
7.1.2 Hälso- och sjukvård 259
7.1.3 Närmare om olika former för att lämna samtycke 265

7.2 Grundlagsskyddet mot frihetsberövanden och tvång från det allmänna 269

7.3 Europakonventionen 275

7.4 Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna 278

7.5 FN:s resolution 279

7.6 Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin (Biomedicinkonventionen) 280

7.7 Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning 283

7.8 Europarådets rekommendation om hjälpbehövande vuxna 285

7.9 Om allmänna grunder för ansvarsfrihet 289
7.9.1 Ansvarsfrihetsgrunderna i 24 kap. brottsbalken 289
7.9.2 Social adekvans 292

7.10 Ställföreträdare vid nedsatt beslutsförmåga 294
7.10.1 God man och förvaltare 294
7.10.2 Framtidsfullmakter 297

7.11 Stöd från Socialstyrelsen 298

7.12 Dataskydd 301
7.12.1 EU:s dataskyddsförordning (GDPR) 301
7.12.2 Informationssäkerhet och inbyggt skydd 313
7.12.3 Konsekvensbedömning avseende dataskydd 314
7.12.4 Dataskyddslagen 317
7.12.5 Lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten 319
7.12.6 Patientdatalagen 323
7.12.7 Särskilt om kameraövervakning 325

7.13 Sekretessregler 329

8 Överväganden och förslag 331

8.1 Kapitlets innehåll 331

8.2 Utredningens utgångspunkter 332

8.3 Hinder och osäkerheter i fråga om välfärdsteknik 338

8.4 Vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga 339
8.4.1 Inledning 339
8.4.2 Om tvångs- och begränsningsåtgärder 343
8.4.3 Stöd i att kunna samtycka till vård och omsorg 351

8.5 Tidigare utredningar som berört vård och omsorg av människor med nedsatt beslutsförmåga 353

8.6 Överväganden om behovet av lagreglering gällande vård och omsorg till enskilda med nedsatt beslutsförmåga..... 371
8.6.1 Två huvudsakliga modeller för tillhandahållandet 371
8.6.2 Dagens lagstiftning är otillräcklig 385
8.6.3 Ställföreträdarlagstiftning inget alternativ..... 388
8.6.4 Otydlig gräns mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård 394

8.7 Förslag om vård och omsorg till dem med nedsatt beslutsförmåga..... 395
8.7.1 Förslag om vård till människor med nedsatt beslutsförmåga 395
8.7.2 Förslag om omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga 399
8.7.3 Individuell plan (SIP) som metod för välfärdsteknik vid nedsatt beslutsförmåga..... 405
8.7.4 Förslag till sekretessbrytande bestämmelse 412

8.8 Överväganden om behovet av lagstiftning om skyddet för den personliga integriteten 416

8.9 Förslag om lagstöd med fokus på skyddet av den personliga integriteten..... 421
8.9.1 Lagstöd för att använda viss digital teknik 421
8.9.2 Förslag om stärkt informationssäkerhet inom socialtjänsten..... 440

8.10 Överväganden och förslag om stöd till personalen..... 450
8.10.1 Äldreomsorgens kompetensförsörjning..... 450
8.10.2 Förslag om kompetensutveckling för omsorgspersonal och biståndshandläggare..... 459
8.10.3 Förslag om vägledningsuppdrag till Socialstyrelsen 464
8.10.4 Kommunernas styrning av utförare 465

8.11 Grundläggande förutsättningar i form av infrastruktur..... 478
8.11.1 Bredbandsinfrastruktur..... 478
8.11.2 Gemensam digital infrastruktur 486

8.12 Överväganden om samverkan och nationell styrning och stöd ... 497
8.12.1 Nordisk jämförelse ... 497
8.12.2 Statlig styrning av äldreomsorgen ... 500
8.12.3 Behoven av nationellt stöd i äldreomsorgen ... 506
8.12.4 Nationella aktörer ... 508
8.12.5 Slutsatser i fråga om styrning och stöd ... 513
8.12.6 Förslag om nationellt centrum för äldreomsorgen ... 518
8.12.7 Definitionen av välfärdsteknik ... 523

8.13 Behovet av att möjliggöra samordning ... 524

8.14 Långsiktig kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning ... 529

8.15 Digital kompetens hos äldre ... 535

8.16 Framtidsperspektiv ... 538

9 Konsekvenser av förslagen ... 545

9.1 Allmänt om konsekvensanalys ... 545

9.2 Den kommunala finansieringsprincipen ... 546

9.3 Konsekvenser av respektive lagförslag ... 547
9.3.1 Inledning ... 547
9.3.2 Förslaget om ändring i patientlagen ... 549
9.3.3 Förslagen om lagändringar i socialtjänstlagen om omsorg till dem med nedsatt beslutsförmåga ... 549
9.3.4 Förslaget om sekretessbrytande bestämmelse ... 553
9.3.5 Förslaget om lagstöd i socialtjänstlagen för digital teknik ... 553
9.3.6 Förslagen om stärkt informationssäkerhet inom socialtjänsten ... 554

9.4 Utredningens förslag i övrigt ... 560

9.5 Konsekvenser för kommunerna ... 563

9.6 Konsekvenser för sysselsättningen ... 563

9.7 Konsekvenser för den personliga integriteten 564
9.8 Konsekvenser för miljön 566
9.9 Konsekvenser för jämställdheten 566
9.10 Konsekvenser för företag 567
9.11 Konsekvenser för anhöriga 568
9.12 Ikraftträdande 569

10 Författningskommentar 571

10.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 571
10.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten 576
10.3 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 579
10.4 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 580
10.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 582

Särskilt yttrande 585

Referenser 587

Utredarens efterord 605

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2018:82 613
Bilaga 2 Aktörer i urval som utredningen fört dialog med 623

Sammanfattning

Utredningens inriktning i korthet

Denna utredning har haft i uppdrag att se över och lämna förslag på åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik. En central del har handlat om att vid behov lämna författningsförslag med fokus på reglering av samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga. Utredningen har också haft i uppgift att analysera vilka effekter användning av välfärdsteknik kan ha på behovet av personal i äldreomsorgen, liksom att lämna förslag i fråga om dels samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll, dels adekvat stöd, kunskap och förbättrade förutsättningar för personalen.

Vi vill uppmuntra till och underlätta spridningen av dagens välfärdstekniska lösningar som kan införas på kort sikt. Det lägger också en god grund för införandet av andra, mer utvecklade och avancerade lösningar i framtiden. Den digitalisering och kunskapstillväxt som pågår kommer att leda till förändringar av samhällets organisering av service och tjänster inom alla områden. Sammantaget får det stor effekt på arbetslivet med krav på ny kompetens och förändringar av hur verksamheter utformas och arbete bedrivs. Utvecklingen är snabb och inte alltid förutsägbar.

Vad är välfärdsteknik?

Utredningen har under hela arbetet haft en bredare syn på välfärdsteknik än beskrivningen i Socialstyrelsens termbank. Utredningens utgångspunkt har snarare varit ”stödjande omgivning för ett aktivt liv” (AAL) vilket inkluderar alla typer av tekniker med ett användarperspektiv som syftar till att förbättra kvaliteten på välfärdstjänster genom ökad självständighet, oberoende och värdighet för mottagare av hälso- och sjukvård eller omsorgstjänster.

Det leder tanken fel att se på välfärdsteknik som produkter, eftersom det snarare rör sig om tjänster som socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillhandahåller för att öka den enskildes självständighet och trygghet. Införande av välfärdsteknik handlar således inte om att köpa in vissa produkter utan om att utveckla tjänster och införandet av arbetssätt som tillgodoser den enskildes behov på nya sätt.

En tjänst som förekommer redan i dag är *digital nattillsyn*, dvs. tillsyn på distans där personal använder en kamera ett förutbestämt antal gånger per natt för att observera att personen ligger i sin säng. Eftersom personen ändå sover minskar kameratillsyn nattetid inte tiden för personlig kontakt samtidigt som insatsen frigör arbetstid. Inte sällan innebär det också mindre bilkörning för hemtjänstens del.

I särskilda boenden för äldre förekommer *passiva larm* i form av sensorer som larmar tyst till personalens mobiltelefoner. Det kan handla om en larmmatta på golvet som utlöser ett larm när någon stiger på mattan på golvet. Dörrsensorer larmar när en dörr öppnas. Härigenom får personal en indikation på att personen kan behöva stöd och kan komma dit om man tror att det behövs. Syftet är inte minst att förebygga fallolyckor.

Digital teknik av detta slag kan också minska förekomsten av olagliga tvångs- och begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen, t.ex. låsta dörrar. I stället för att få sin rörelsefrihet begränsad eller behöva stå under ständig övervakning av en annan människa, kan t.ex. en person med demenssjukdom röra sig självständigt inom ett visst område med hjälp av gps (s.k. geofence). Om personen lämnar området går ett larm till personalen som kan möta upp personen för att ge stöd. Tjänsten kan även användas som ett mobilt trygghetslarm utomhus, både aktivt och passivt larm. Självständigheten utomhus kan öka även för dem som har svårt att hitta hem. Riskerna med att gå vilse minskar när det enkelt går att antingen guida individen hem eller möta upp och ledsaga hem. För många anhöriga kan det upplevas som en stor lättnad.

Oavsett val av digital tjänst ska insatsen utgå från individens behov och förutsättningar och utformas tillsammans med personen.

Äldreomsorgen har redan och kommer framöver att få ännu större svårigheter att rekrytera tillräckligt med kompetent personal. Kompetensförsörjningen kan inte uteslutande ta sikte på att attrahera och rekrytera ny omsorgspersonal, utan måste även handla om att ta tillvara den fulla potentialen hos redan anställda genom att skapa

en hållbar och attraktiv arbetsmiljö. Genom digitalisering och användning av välfärdsteknik kan arbetet organiseras på sätt som kan innebära att personalen får mer tid till omsorgsarbetet och mer flexibilitet i utförandet, vilket i sin tur kan bidra till minskad stress och även minska belastningsskador hos omsorgspersonalen.

Hinder och osäkerheter som hämmar utvecklingen

Kommunerna har kommit olika långt när det gäller digitaliseringen inom äldreomsorgen men fortfarande är det mycket få äldre som får tillgång till tjänster utformade med välfärdsteknik, trots de fördelar som välfärdstekniken har i olika avseenden. I ett nationellt perspektiv går det långsamt, trots flera lyckosamma projekt på kommunnivå. Att gå från projekt till breddinförande har visat sig svårt för kommunerna.

I syfte att skapa sig en egen bild av vad som kan främja ett bredare införande av välfärdsteknik har utredningen gjort en bred kartläggning och haft kontakt med många olika aktörer av skilda slag. Då har sex huvudsakliga hinder för ett bredare införande framträtt:

1. Osäkerhet kring de juridiska förutsättningarna att tillhandahålla välfärdsteknik till dem med nedsatt beslutsförmåga.
2. Bristande digital infrastruktur, både i fråga om den tekniska infrastrukturen och när det gäller digitalt informationsutbyte.
3. Bristande kompetens i fråga om digitalisering och välfärdsteknik i alla yrkesgrupper inom äldreomsorgen.
4. Bristande samverkan och samordning mellan huvudmän men också mellan stat, region och kommun.
5. Bristande nationell styrning – statliga myndigheters uppdrag överlappar och styrningen upplevs ibland som motsägelsefull.
6. Fragmentiserad kunskapsbildning inom äldreomsorgen.

Rättsliga förutsättningar

Lagstiftning i vid bemärkelse kan hindra eller hämma digital utveckling på flera sätt, inte bara genom uppenbara rättsliga hinder utan också till följd av rättslig osäkerhet eller en avsaknad av reglering. Redan av utredningens direktiv framgår att det finns oklarheter i lagstiftningen om på vilket sätt personer med nedsatt beslutsförmåga kan erbjudas tjänster med hjälp av välfärdsteknik. Utredningen har kunnat iaktta denna osäkerhet hos flera professioner och på olika nivåer i kommunerna. Det handlar om hur vård och omsorg kan tillhandahållas personer med nedsatt beslutsförmåga i allmänhet och med stöd av välfärdsteknik i synnerhet. Olika tolkningar av rättsläget har uppstått och rättsliga argument blandats med praktiska och etiska argument, i syfte att finna hanterliga lösningar på de problem som uppstår i verksamheten när lagen inte tillhandahåller lösningar för att tillgodose att personer med nedsatt beslutsförmåga ges vård och omsorg på lika villkor som andra. Att det inte finns tydliga regler skapar stor osäkerhet för berörd personal och för den kommun som överväger att investera i tekniken. Det är sannolikt att bristen på lagstöd bromsat införandet av välfärdsteknik i kommunerna.

En analys av det nu gällande rättsläget visar att regelverket inom hälso- och sjukvården inte reglerar situationen då icke akuta hälso- och sjukvårdsinsatser behöver erbjudas personer med mer varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Det framstår som anmärkningsvärt och olämpligt att det saknas lagstöd för vård i dessa inte alltför ovanliga situationer.

Om inte lagen ändras kommer rättsläget att fortsätta att utgöra ett hinder för den nödvändiga moderniseringen av äldreomsorgen. En annan konsekvens som vi kunnat iaktta är att den som lider av kognitiv svikt exkluderas från insatser som involverar användningen av digital teknik, vilket strider mot principen om jämlik vård. Sammanfattningsvis har vi från alla håll uppfattat starka önskemål om lagstiftning och vi föreslår därför regler på detta viktiga område.

En viktig utgångspunkt har därvid varit att lagstiftningen inte ska möjliggöra tvång. Den enskildes vilja måste alltid respekteras oavsett om personen har nedsatt beslutsförmåga eller ej. Om den enskilde motsätter sig en insats eller åtgärd får man undersöka om det går att göra några anpassningar så att den enskilde kan acceptera insatsen. Ett problem för professionen är dock att det inte alltid är tydligt vad

den enskilde säger nej till eller vad han eller hon egentligen har för uppfattning. För individer med långt framskriden demenssjukdom kan det vara särskilt svårt och kräva särskild kompetens.

Vi har övervägt om den lagstiftning som föreslås bör rikta in sig på välfärdsteknik enbart eller om den bör ha en mer generell tillämpning. Under utredningens gång har det blivit tydligt att det som efterfrågas är en mer generellt inriktad lagstiftning som ska gälla vid nedsatt beslutsförmåga oavsett vilken typ av insats som är aktuell för den enskilde. Detta synsätt ligger också i linje med uppfattningen att det inte är någon artskillnad på när insatser inom vård och omsorg utförs med hjälp av välfärdsteknik och när de inte gör det.

En annan utgångspunkt har varit att man för varje situation bör låta professionen ta ställning till om personen har nedsatt beslutsförmåga och vilka omsorgsåtgärder som den enskilde är i behov av. Vi föreslår således ingen lösning som bygger på att särskilda ställföreträdare ska utses. Arbetssättet måste fungera i verkligheten. De arbetssätt som finns i dag på sina håll fungerar och bör legaliseras.

Vi ser emellertid ett behov av att betona vikten av hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens i detta sammanhang. I dag bor många äldre kvar hemma även när de är svårt sjuka. Den utvecklingen kan förväntas fortsätta. För att säkerställa att socialtjänstens bedömningar vilar på ett gott beslutsunderlag både vad gäller beslutsförmågan och de medicinska och sociala behoven hos den enskilde, behöver flera professioner samarbeta personcentrerat i team. Sådan samverkan sker redan i dag inom ramen för regleringen om samordnad individuell plan (SIP) men också i särskilda boenden för äldre. Det finns gott om stöd för ett sådant synsätt, bl.a. i Socialstyrelsens standardiserade insatsförlopp vid demenssjukdom och nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, men också i vägledningar om SIP som tagits fram av Socialstyrelsen, SKR och Svenskt Demenscentrum. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas exempelvis att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom, t.ex. genom regelbundna träffar där både vården och omsorgen deltar.

Här ska dock framhållas att lagförslaget inte är begränsat till vissa diagnoser. Frågan är om personen har förmåga att samtycka eller ej.

Förslag i fråga om vård och omsorg vid nedsatt beslutsförmåga

Vi föreslår en reglering i patientlagen (2014:821) och en reglering i socialtjänstlagen (2001:453) som tydligt gör det möjligt att ge vård och omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Förslagen utgår från metoder som används i dag.

I 4 kap. patientlagen föreslås en bestämmelse som lyder:

> Om det står klart att patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård ska vården ges utifrån en bedömning av vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet. Patientens vilja ska klarläggas så långt som det är möjligt och alltid respekteras.

Bestämmelsen kommer att kunna tillämpas inom all hälso- och sjukvård, även om vårt fokus har legat på den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården (särskilda boenden). Bestämmelsen kodifierar dagens tillämpning.

I socialtjänstlagen föreslås en i stort sett likalydande regel för att underlätta tillämpningen, men med tillägget att den enskildes förmåga till samtycke ska bedömas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Eftersom kommunerna inte alltid kommer ha tillgång till sådan personal och för att säkerställa en god kvalitet i biståndsbedömningarna för denna särskilt utsatta grupp, vill vi som huvudregel att en samordnad individuell plan upprättas i samband med biståndsbedömningen. Motsvarande kan dock uppnås även på andra sätt beroende på socialtjänstens organisation i den enskilda kommunen. Här ska framhållas att det inte i första hand är läkare som vi har haft i åtanke utan en sjuksköterska, gärna en demenssjuksköterska, eller en arbetsterapeut. Om samverkan inte går att lösa på annat sätt måste kommunen kunna kräva att regionen ställer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till förfogande för dessa bedömningar. Därför föreslås en sådan regel i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Biståndshandläggaren ska till grund för sin bedömning lägga vad som vid en personcentrerad bedömning får anses vara till den enskildes bästa, vilket bör utgå från en bedömning av vilka åtgärder som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, så långt detta är möjligt och lämpligt. Socialtjänsten ska alltså verka för att den enskilde får den vård och omsorg som i mer objektiv mening anses vara bäst för personens liv och hälsa. Det utesluter inte att man beaktar även önskemål från anhöriga eller vad personen tidigare har gett uttryck för, om sådant underlag finns. Den enskildes aktuella

vilja måste så långt möjligt klarläggas. På detta område finns redan en del metodstöd från bl.a. Socialstyrelsen. Om det går att slå fast vad den enskilde vill, måste detta respekteras.

Det är naturligtvis alltid viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten dokumenterar sin verksamhet i enlighet med gällande bestämmelser och när det gäller insatser till människor med nedsatt beslutsförmåga är det av helt avgörande betydelse för möjligheterna till uppföljning och efterkontroll. Det gäller utredningen av den enskildes behov, bedömningen av personens beslutsförmåga, vilken insats som det gäller och om personen motsätter sig åtgärden i fråga.

För att underlätta tillämpningen föreslås också ändringar i reglerna om individuell plan i socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen samt i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). En individuell plan ska få upprättas om den enskildes inställning till en sådan plan så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig detta. Vi föreslår också ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen om att ta fram vägledning för den närmare tillämpningen av bestämmelserna. Sådan vägledning kan med fördel bygga på de olika metodstöd om bl.a. välfärdsteknik som redan tagits fram av olika myndigheter.

Våra förslag är inte begränsade till en viss ålderskategori, men rör bara insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Vi föreslår inga förändringar i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Skyddet för den personliga integriteten

Användningen av välfärdsteknik kan ibland inkräkta på det grundlagsreglerade skyddet för den personliga integriteten. Det gäller sådan teknik som kan anses medföra övervakning eller kartläggning av enskildas personliga förhållanden. Begränsningar i det skydd för den personliga integriteten som föreskrivs 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen får göras i lag, men endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får heller aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. Vi föreslår därför en bestämmelse i socialtjänstlagen som ska tydliggöra att välfärdsteknik får användas inom socialtjänsten och för vilka ändamål. Vi bedömer att sådant lag-

stöd behövs också för att samtycke inte anses som en lämplig rättslig grund för myndigheters behandling av känsliga personuppgifter. Bestämmelsen gäller dock både för det allmänna och för privata utförare. Värdet av att använda tekniken ska vid en samlad bedömning uppväga intrånget i den personliga integriteten. I korthet ska bedömas om fördelarna för individen gör att intrånget i den personliga integriteten framstår som proportionerligt.

Eftersom bestämmelsen ger lagstöd för användning av välfärdsteknik, behöver den enskilde inte lämna uttryckligt samtycke till intrånget för att tillmötesgå kravet på samtycke i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen. Det betyder inte att den enskilde inte kan motsätta sig intrånget, eftersom insatser och åtgärder enligt socialtjänstlagen ges på frivillig grund. Däremot är inte längre ett samtycke en avgörande förutsättning för att åtgärden ska vara laglig.

Vid proportionalitetsbedömningen bör beaktas bl.a. vilket integritetsintrång som uppstår om samma behov i stället tillgodoses med hjälp av personal, om tekniken stärker personens självständighet, vilka negativa konsekvenser som personen riskerar om tekniken inte används, hur åtgärden ska utföras, om teknik som främjar skyddet av den enskildes personliga integritet används och var övervakningen ska ske, dvs. om det är utomhus eller tvärtom i den enskildes sovrum.

Äldreomsorgens förmåga att hantera hot och risker samt förmåga till skyddsåtgärder är avgörande för allmänhetens förtroende, oavsett om informationen hanteras i den egna verksamheten eller av en leverantör. Dessvärre visar Socialstyrelsens årliga uppföljningar av välfärdsteknik och e-hälsa i kommunerna att det finns vissa brister i socialtjänstens informationssäkerhet även om utvecklingen går i rätt riktning, särskilt efter ikraftträdandet av dataskyddsförordningen.

För att skapa acceptans för ett breddinförande av välfärdsteknik inom socialtjänsten behöver kommunerna bli bättre på att skydda enskildas känsliga personuppgifter. Vi föreslår därför regler i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten som kan läggas till grund för föreskrifter från Socialstyrelsen, liknande myndighetens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Utveckla kompetensen

Svårigheterna med att införa välfärdsteknik visar sig ofta när man ska ta steget från projekt till breddinförande. Införande av välfärdsteknik bör inte ses som en fråga enbart för socialnämnden utan som del av digitaliseringen i en kommun. Inte heller ska det ses som en isolerad process skild från annat förändrings- och utvecklingsarbete.

För ett framgångsrikt breddinförande krävs ett engagerat arbete med förändringsledning, där kommunpolitiker, högsta tjänstemannaledning och verksamhetschefer är inkluderade. Att alla nivåer av ledningen är insatta, motiverade och aktiva i arbetet med välfärdsteknik skapar förutsättningar för den uthållighet som krävs för att lyckas. Samverkan inom kommunen och regionalt är nödvändigt.

Vidare är personalens kompetensutveckling en framgångsfaktor. Introduktion av digital teknik leder ofta till nya arbetssätt, vilket ställer krav på kompetensutveckling, delaktighet i beslutsprocessen och förebyggande arbetsmiljöarbete. Framtidens äldreomsorg måste kännetecknas av ett kollegialt lärande, kontinuerlig kompetensutveckling och medarbetardriven innovation.

Vi föreslår att Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Socialstyrelsen ges i uppdrag dels att se över kompetensförsörjningen inom socialtjänsten och då särskilt äldreomsorgen, dels att se över vilka behov av och möjligheter till specialisering som finns för biståndshandläggare. Vidare föreslås att regeringen anvisar medel så att ett särskilt fördjupningsprogram för undersköterskor och andra yrkesgrupper med inriktning mot äldreomsorg tas fram på nationell nivå och ges spridning genom Myndigheten för yrkeshögskolan.

Vi föreslår också att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram stöd för den närmare tillämpningen av de nu föreslagna bestämmelserna i patientlagen och socialtjänstlagen om vård och omsorg till personer med nedsatt beslutsförmåga, särskilt i fråga om välfärdsteknik.

Vi föreslår även att offentliga medel avsätts för finansiering av invånarutbildning i digital kompetens i såväl kommunal regi som för bidrag till sådan verksamhet som bedrivs i föreningsform.

Slutligen föreslås att Vinnova får i uppdrag att i samverkan med berörda myndigheter och andra aktörer ta fram modeller för upphandling, stöd och stimulans som leder fram till att en lämplig styrning mot ökad användning av välfärdsteknik inom vård och omsorg kan utarbetas, testas och implementeras inom socialtjänsten.

Styrning och stöd på nationell nivå

Kommunerna har återkommande efterfrågat ett bättre stöd från den nationella nivån när det gäller införandet av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. De anser sig behöva mer konkret stöd för att tillgodogöra sig utbudet, hitta goda exempel och diskutera sina egna förutsättningar och behov. För att påskynda utvecklingen på området efterfrågas en tydligare nationell samordning och styrning.[1]

Den statliga styrningen av äldreomsorgen i Sverige är svag vid en internationell jämförelse, vilket bl.a. sammanhänger med principen om kommunal självstyrelse. Det underlättar inte ett breddinförande av välfärdsteknik. En välfungerande samverkan mellan huvudmännen och med staten kan inte helt kompensera för bristfälliga ekonomiska förutsättningar. I ett ekonomiskt pressat läge läggs inte resurser på annat än det som är prioriterat och nödvändigt.

Lagändringar behövs i fråga om personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i syfte att underlätta samordning mellan huvudmän och därmed höja patientsäkerheten och öka kvaliteten i verksamheterna. Här kan konstateras att regeringen har tillsatt en utredning om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01) som ska ta sig an dessa viktiga frågor.

SKR-koncernen är en viktig nationell aktör i fråga om stöd till kommunerna. De regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är också viktiga för att stötta kommuner vid upphandling och omvärldsbevakning och skulle behöva stöttas mer långsiktigt. Detta gäller även andra nationella nätverk på detta område, såsom beställarnätverk, bredbandskoordinatorer och e-hälsosamordnare.

Nationellt centrum för utveckling av äldreomsorg

Vidare har vi kunnat konstatera att det saknas en relevant arena på den nationella nivån som kan vidareutvecklas för samverkan på övergripande nivå mellan huvudmän, lärosäten, övriga aktörer och beslutsfattare. Vi föreslår därför att ett nationellt centrum för utveckling av äldreomsorgen inrättas. En del bör vara att bidra med metoder för verksamhetsutveckling inom digitalisering och välfärdsteknik. Be-

[1] E-hälsomyndigheten (2019). *Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa) Återrapportering enligt regeringsbeslut S2018/02375/FST*, s. 13.

hoven av stöd i kommunerna, såvitt framkommit i undersökningar, handlar i stor utsträckning om just verksamhetsutveckling, förändringsledning, kompetens och offentlig upphandling.

Vi föreslår också för den mer långsiktiga kunskapsuppbyggnaden att regeringen skapar ett tvärvetenskapligt nytt strategiskt innovationsprogram i årets forskningsproposition. Detta område bör omfatta hälsa, vård, omsorg och teknik.

Digitalisering och bredband

Den digitala omställningen inom omsorgen behöver stödjas av förvaltningsgemensamma tekniska lösningar. Etableringen av gemensamma specifikationer och standarder behöver göras på minst nationell nivå. Ansvaret måste vara utpekat och långsiktigt. Socialstyrelsen har sektorsansvaret för vård och omsorg och bör då ha det övergripande ansvaret för nationella specifikationer på samma område. Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) bör ansvara för utveckling, förvaltning och samordning av en gemensam digital infrastruktur som även kommuner kan använda. Myndigheten behöver ges ökade resurser, ett tydligare uppdrag att samverka med kommuner samt föreskriftsrätt inom sitt ansvarsområde.

Vidare har vi sett att möjligheterna till robust och tillförlitlig anslutning varierar över landet vilket i sin tur medför att förutsättningarna för att leverera digitala tjänster varierar och att alla invånare inte kan nås av samma tjänster. Det finns ett behov av att kartlägga och beskriva robustheten i de befintliga bredbandsnäten. Vi menar att staten behöver ta ett ökat ansvar för att det finns robust bredband och ansluter oss till ett aktuellt förslag om att inrätta ett nationellt forum för infrastruktur för välfärdens digitalisering.

Att digitalisera hälsa, vård och omsorg är en nationell angelägenhet. Enskilda kommuner eller regioner har inte organisatoriska förutsättningar, mandat eller tillräcklig finansiell kapacitet för den uppgiften. Regeringen borde därför se över sin styrning på området och överväga att ta ett mer övergripande nationellt ansvar när det gäller de grundläggande förutsättningarna för användningen av välfärdsteknik och e-hälsa. Vi förespråkar en sektorsövergripande överenskommelse mellan staten och kommunerna rörande infrastruktur och kompetensförsörjning. Sammantaget kan vi se flera fördelar med att

regeringen träffar en överenskommelse med huvudmännen för vård och omsorg i fråga om utveckling och förvaltning av nationell digital infrastruktur, robust bredband m.m.

Konsekvenser

Den lagstiftning som föreslås är i allt väsentligt en legalisering av dagens best practice i fråga om välfärdsteknik. Lagstiftningen kommer inte att innebära ökade kostnader för samhället. Tvärtom bedöms de förbättrade möjligheterna att använda välfärdsteknik kunna effektivisera äldreomsorgen och lägre kostnader på sikt.

Lättläst sammanfattning

Inledning

I den här utredningen har vi undersökt vad som behövs för att vi i Sverige ska börja använda mer välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

Vi har speciellt tittat på vilka lagar som gäller när vi ska erbjuda välfärdsteknik till personer som har svårt att förstå vad som menas med den här tekniken. Vi lämnar även förslag till förändringar i några lagar.

Vi har också undersökt hur välfärdsteknik kan göra det mer populärt att arbeta i äldreomsorgen. Vi lämnar förslag på hur alla som arbetar med äldreomsorg kan samarbeta för att bli bättre på att använda välfärdsteknik.

Vi som har gjort utredningen vill att det ska bli enklare att använda den välfärdsteknik som redan finns. Om tekniken och tjänsterna används, kan det leda till att vi kommer på nya och kanske bättre tjänster i framtiden.

Det är Socialdepartementet som har beställt utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen.

Vad är välfärdsteknik?

Välfärdsteknik är olika tjänster som kan hjälpa dig som är äldre att ha ett fortsatt bra liv. Det kan vara kameror, larm eller klockor som skickar signaler till en karta. Kamerorna, larmen och klockorna hör ihop med olika datorprogram.

Vi som har gjort den här utredningen tror att välfärdsteknik kan förbättra både för dig som är äldre och för personal som arbetar i äldreomsorgen. När tekniken används på rätt sätt kan tjänsterna göra så att du känner dig trygg och kan bestämma över ditt eget liv.

Här är några exempel när välfärdsteknik kan användas:

- Om hemtjänsten har en kamera hemma hos dig kan personalen se att du inte har ramlat på natten, i stället för att åka hem till dig.
- Om du bor på ett äldreboende kan ett larm under mattan skicka en tyst signal till personalen om du går upp på natten. Då kan personalen se efter om du behöver hjälp.
- Om du går ut kan din klocka skicka signaler till en karta på datorn. Då kan personalen hitta dig om du skulle gå vilse.

I dag är det svårt att hitta personal med rätt utbildning till äldreomsorgen. Vi tror att det kan bli ännu svårare i framtiden. Med stöd av välfärdsteknik kan personalen ändå räcka till.

Om hemtjänsten via en kamera ser att du sover lugnt, kan de i stället ta hand om någon som behöver hjälp direkt. På det här sättet kan välfärdstekniken göra arbetet i äldreomsorgen mindre stressigt.

Varför används inte välfärdsteknik mer?

Alla kommuner i Sverige har kommit olika långt när det gäller att använda teknik och datorer i äldreomsorgen.

I några kommuner har en liten del av äldreomsorgen fått pröva välfärdsteknik. Men även om resultaten varit bra, så har man slutat med tjänsterna. Det blev för svårt när hela kommunens äldreomsorg skulle börja använda dem.

För att ta reda på fakta har vi som har gjort den här utredningen pratat med många människor som på olika sätt har kontakt med äldreomsorgen. Vi kom fram till sex anledningar till att välfärdstekniken inte används mer än den gör:

1. De som bestämmer i kommunen är osäkra på vilka lagar som gäller när man ska erbjuda välfärdsteknik till personer som har svårt att förstå vad tekniken och tjänsterna betyder. Det gäller till exempel personer som har sjukdomen demens.
2. Kommunen har inte de nätverk av datorer eller de datorprogram som behövs för att använda välfärdsteknik.

3. Många som arbetar eller bestämmer inom äldreomsorgen kan för lite om datorer och välfärdsteknik.

4. De som bestämmer inom äldreomsorgen samarbetar inte med varandra när det gäller välfärdsteknik. Samarbetet mellan staten och alla kommuner och regioner är också dåligt.

5. Det finns ingen som har det högsta ansvaret för frågor som rör välfärdsteknik. Olika myndigheter har ansvar för olika delar av ämnet. Det är svårt att veta vem som bestämmer.

6. Kunskapen om välfärdsteknik är för utspridd.

Vad säger lagen?

Det finns tre lagar som bland annat handlar om hälso- och sjukvård och äldreomsorg:

- Patientlagen
- Socialtjänstlagen
- Hälso- och sjukvårdslagen

I dag står det inget om välfärdsteknik i dessa lagar. Därför är det otydligt vad som gäller när en kommun vill erbjuda välfärdsteknik till personer som har svårt att förstå vad tekniken går ut på. När reglerna är otydliga vågar inte kommunerna erbjuda välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

Lagarna behöver ändras för att äldreomsorgen ska kunna bli mer modern. Du som är äldre måste få samma hjälp och vård som alla andra, även med stöd av teknik och datorer.

Samarbete är viktigt

När vi har gjort den här utredningen har vi kommit fram till att det inte är någon skillnad mellan välfärdsteknik och andra tjänster i äldreomsorgen. Det är alltid svårt för kommuner att erbjuda stöd till personer som inte förstår vad som menas med stödet.

Det är den personal som arbetar i vård och äldreomsorg som ska ta reda på om en person har svårt att förstå och ta beslut. Det är också personalen som ska ta reda på om den här personen behöver stöd på något sätt. Den kunskap som finns inom vård och äldreomsorg ska användas.

Hälso- och sjukvård styrs av regionen och äldreomsorg styrs av kommunen. Det är viktigt att vården och äldreomsorgen samarbetar.

Den egna viljan

Vi ska ha respekt för varje persons egen vilja. Det här gäller även personer som har svårt att förstå och bestämma saker. Om du säger nej till stöd måste vi försöka förklara vad stödet innebär. Kanske går det att ändra på något så att du ändå känner att det blir bra.

Ibland har de som arbetar inom vård och äldreomsorg svårt att förstå varför en person säger nej till stöd. Och om den här personen själv vet vad hen säger nej till. Det här gäller speciellt personer som har svår demens. Men det kan även gälla personer som har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar.

Förslag till ändringar i flera lagar

Kommuner måste kunna ge vård och stöd till människor som inte själva förstår eller kan bestämma saker. Därför föreslår vi som har gjort den här utredningen att det behövs ny text i flera lagar.

I **patientlagen** vill vi lägga till ny text som handlar om detta:

Om en person inte förstår eller själv kan bestämma vilken vård eller vilket stöd som behövs, ska vårdpersonal kunna bestämma vad som är bäst för personen. Så långt det är möjligt ska vårdpersonal ta reda på och alltid visa respekt för vad personen själv vill.

I **socialtjänstlagen** vill vi lägga till nästan samma text men där är det en biståndshandläggare som ska bestämma. En sjuksköterska eller annan vårdpersonal ska hjälpa till så att beslutet blir bra.

Alla kommuner och regioner i Sverige arbetar på olika sätt. För att det ska bli tydligt att kommuner och regioner ska hjälpas åt vill vi även lägga till text i **hälso- och sjukvårdslagen**.

Den texten ska handla om att regionen ska stötta kommuner som behöver hjälp med att ta reda på vad som är den bästa vården för en viss person.

Det är viktigt att skriva ner och spara det som sägs under en utredning om äldreomsorg. Det kan vara en fördel att göra en personlig plan för den som behöver äldreomsorg. En personlig plan kallas för ”samordnad individuell plan, SIP”.

Vi som har gjort den här utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få uppdraget att ta fram en handbok om vård och omsorg till människor som har svårt att förstå. Den handboken ska även ta upp välfärdsteknik.

Personlig integritet

Du har rätt att bestämma över dig själv och ditt eget liv. Du har också rätt att behålla vissa saker för dig själv. Det kallas personlig integritet. Välfärdsteknik kan ibland göra intrång i den personliga integriteten. Det gäller till exempel om en kamera övervakar ditt sovrum eller om en klocka skickar signaler och visar var du är.

När vi ska använda välfärdteknik i äldreomsorgen är det viktigt att ta reda på om tekniken hjälper till så mycket att det är okej att göra ett intrång i den personliga integriteten. Om du har mindre risk att skada dig, känner dig mer trygg och självständig – då är fördelarna med välfärdsteknik större än nackdelarna.

Vi som har gjort den här utredningen föreslår nya regler om välfärdsteknik i **socialtjänstlagen**. Reglerna ska både tala om att välfärdsteknik får användas i äldreomsorgen och på vilket sätt tekniken får användas.

I socialtjänstlagen ska det även finnas regler för hur den personliga integriteten ska skyddas, till exempel hur filmer från en kamera får användas.

Uppdrag till olika myndigheter

Att använda välfärdsteknik i äldreomsorgen leder till nya sätt att arbeta. För att detta ska lyckas måste alla samarbeta. Det gäller chefer och politiker på alla nivåer: i kommuner, i regioner och hos staten.

Det behövs också ny kunskap och ny utbildning till alla som arbetar med äldreomsorg. Därför föreslår vi flera uppdrag till olika myndigheter.

Staten ska stötta utvecklingen av välfärdsteknik i äldreomsorgen

Vi som har gjort den här utredningen har kommit fram till att staten behöver stötta kommuner och regioner när det gäller välfärdsteknik i äldreomsorgen. Därför föreslår vi det här:

- Starta ett centrum för utveckling av äldreomsorg för hela Sverige. Här kan vi hålla ihop arbetet med teknik och tjänster i äldreomsorgen. Vi kan arbeta med att ge råd och stöd till förändrade arbetssätt, hitta rätt utbildningar, hitta rätt teknik, visa goda exempel där välfärdsteknik fungerar och mycket annat.
- Satsa på forskning om välfärdsteknik och därför lägga in ett program för detta bland regeringens förslag till framtidens forskning. Programmet ska innehålla hälsa, vård, omsorg och teknik tillsammans.
- För att arbetet med att införa datorer och teknik i vård och äldreomsorg ska fungera i framtiden behöver vi arbeta på samma sätt runt om i Sverige. Därför ska Socialstyrelsen få ansvar för regler och handböcker om välfärdsteknik i äldreomsorgen.
- Myndigheten för digital förvaltning ska hålla ihop gemensamma regler för den teknik som behövs för att kunna erbjuda välfärdsteknik i äldreomsorgen. Myndigheten ska få mer pengar och ett uppdrag att samarbeta med kommunerna.

- Staten behöver också ta ett större ansvar när det gäller att stötta kommunernas utbyggnad av bredband för tjänster på internet. I dag har inte alla kommuner de nätverk av datorer som behövs för att använda välfärdsteknik i äldreomsorgen.
- Sveriges Kommuner och Regioner kan ge stöd till kommuner och regioner när det gäller upphandling och inköp av teknik. De kan även följa det som händer i omvärlden när det gäller välfärdsteknik.

Vad kostar förändringarna?

Våra förslag kommer inte att kosta samhället mer pengar.

Om kommuner använder välfärdsteknik kan äldreomsorgen bli billigare i framtiden.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453)

dels att 2 kap. 7 § ska ha följande lydelse,

dels det i lagen ska införas två nya bestämmelser, 3 kap. 8 § och 4 kap. 1 d §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

2 kap.

7 §[1]

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Om den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till upprättandet av en individuell plan, får en individuell plan ändå upprättas om den enskildes inställning till en sådan plan så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig detta.

[1] Senaste lydelse 2019:909.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,

2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

3 kap.

8 §

Användning av digital teknik som medför övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden får ske inom socialtjänsten under förutsättning att ändamålet är att säkerställa eller öka den enskildes trygghet, självständighet, aktivitet eller delaktighet.

Värdet av att använda tekniken ska vid en samlad bedömning uppväga intrånget i den enskildes personliga integritet.

4 kap.

1 d §

Om det står klart att en enskild inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till en viss insats får insatsen ges efter en individuell behovsbedömning med utgångspunkt i den enskildes bästa. Den enskildes vilja ska klarläggas så långt som det är möjligt och alltid respekteras. Vid bedömningen ska iakttas vad som i 3 kap. 8 § föreskrivs om användning av digital teknik som medför över-

vakning eller kartläggning av enskilds personliga förhållanden.

Den enskildes förmåga till samtycke ska bedömas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Av 16 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regioner är skyldiga att ställa personal till socialtjänstens förfogande för sådana bedömningar.

För den som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till vård och omsorg ska en individuell plan enligt 2 kap. 7 § upprättas om inte särskilda skäl talar emot det.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2021.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

dels att 11 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas en ny bestämmelse, 9 §,[2] med ny rubrik närmast före bestämmelsen, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	Informationssäkerhet
	9 §
	Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska
	1. bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att personen ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter,
	2. se till att åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras, och
	3. göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter som förs helt eller delvis automatiserat.

[2] Tidigare 9 § upphävd genom lag (2018:440).

11 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka som är personuppgiftsansvariga *och om* begränsning av den i 6 § tillåtna behandlingen av personuppgifter *samt om* sökbegrepp, direktåtkomst *och* samkörning av personuppgifter.	Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om *1.* vilka som är personuppgiftsansvariga, *2.* begränsning av den i 6 § tillåtna behandlingen av personuppgifter, *3.* sökbegrepp, *4.* direktåtkomst, *5.* samkörning av personuppgifter, *6. tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter som förs helt eller delvis automatiserat*, *7. dokumentation och kontroll av elektronisk åtkomst, och* *8. säkerhetsåtgärder vid helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter.*

Regeringen får även meddela föreskrifter om när personuppgifter får föras över till tredje land.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2021.

1.3 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att det i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) att det i lagen ska införas en ny bestämmelse, 26 kap. 9 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	26 kap.
	9 b §
	Om en enskild som fyllt 18 år på grund av sitt hälsotillstånd eller av annat skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretessen enligt 1 § inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas ut till en myndighet inom hälso- och sjukvården eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område i samband med upprättande eller uppföljning av individuell plan enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2021.

1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att det i patientlagen (2014:821) ska införas en ny bestämmelse, 4 kap. 5 §, av följande lydelse.

4 kap.

5 §

Om det står klart att patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård ska vården ges utifrån en bedömning av vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet. Patientens vilja ska klarläggas så långt som det är möjligt och alltid respekteras.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2021.

1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 16 kap. 4 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas en ny bestämmelse, 16 kap. 5 §, av följande lydelse.

16 kap.

4 §[3]

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Om den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till upprättandet av en individuell plan, får en individuell plan ändå upprättas om den enskildes inställning till en sådan plan så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig detta.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

[3] Senaste lydelse 2019:973.

5 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de resurser som behövs i fråga om hälso- och sjukvårdspersonal för bedömning av en enskilds förmåga att lämna samtycke till insatser vid tillämpning av 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen (2001:453).

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2021.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Utredningens uppdrag

Enligt direktiven (dir 2018:82) ska utredningen lämna förslag på åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik för ökad trygghet och som stärker självständighet och livskvalitet för äldre och som avlastar personal och moderniserar verksamheten. Syftet är att förbättra förutsättningarna för verksamheterna och personalen inom äldreomsorgen att bättre ta tillvara potentialen i att använda välfärdsteknik. Förslagen ska gälla

- adekvat stöd, kunskap och förbättrade förutsättningar för personalen,
- förbättrade rättsliga förutsättningar för användning av välfärdsteknik och
- förbättrad samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll.

Utredaren ska

- identifiera och analysera förutsättningar och eventuella hinder som finns för att använda välfärdsteknik inom äldreomsorgen,
- analysera vilket stöd som omsorgspersonal, arbetsledning och verksamhetsledning har för att använda välfärdsteknik inom äldreomsorgen, och vilka typer av ytterligare stöd som det eventuellt finns behov av, och
- utifrån detta lämna förslag på hur och av vem stödet ska ges samt vem som har ansvaret för förvaltning och utveckling av stödet.

Utredningen ska också analysera vilka effekter användning av välfärdsteknik kan ha på behovet av personal i äldreomsorgen.

När det gäller de rättsliga förutsättningarna för användningen av välfärdsteknik, sägs utgångspunkten vara att en ökad användning av välfärdsteknik måste ske inom befintliga etiska och rättsliga ramar. En central fråga är i vilken utsträckning välfärdsteknik kan användas i vård och omsorg av äldre personer med nedsatt beslutsförmåga. Av direktiven framgår att det finns oklarheter i lagstiftningen om på vilket sätt personer med nedsatt beslutsförmåga kan erbjudas tjänster med hjälp av välfärdsteknik. Utredaren ska

- utifrån tidigare utredningar, remissvar, rapporter m.m. överväga och vid behov lämna författningsförslag med fokus på reglering av samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen,
- analysera och identifiera rättsliga hinder för användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen, och
- överväga behov av övriga författningsförslag i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

Utredaren ska också undersöka och föreslå hur befintligt stöd och former för samverkan mellan myndigheter, kommuner och andra relevanta aktörer kan förbättras och hur samverkan mellan kommuner underlättas (men stödet ska inte vara i form av finansiering).

Vidare ska utredaren göra en utblick för att se hur teknik används på andra samhällsområden för att stärka den enskilde och underlätta för personalen och vid behov lämna förslag som kan främja teknikanvändning inom äldreomsorgen för såväl de äldre som personalen.

2.2 Angående vissa begrepp i betänkandet

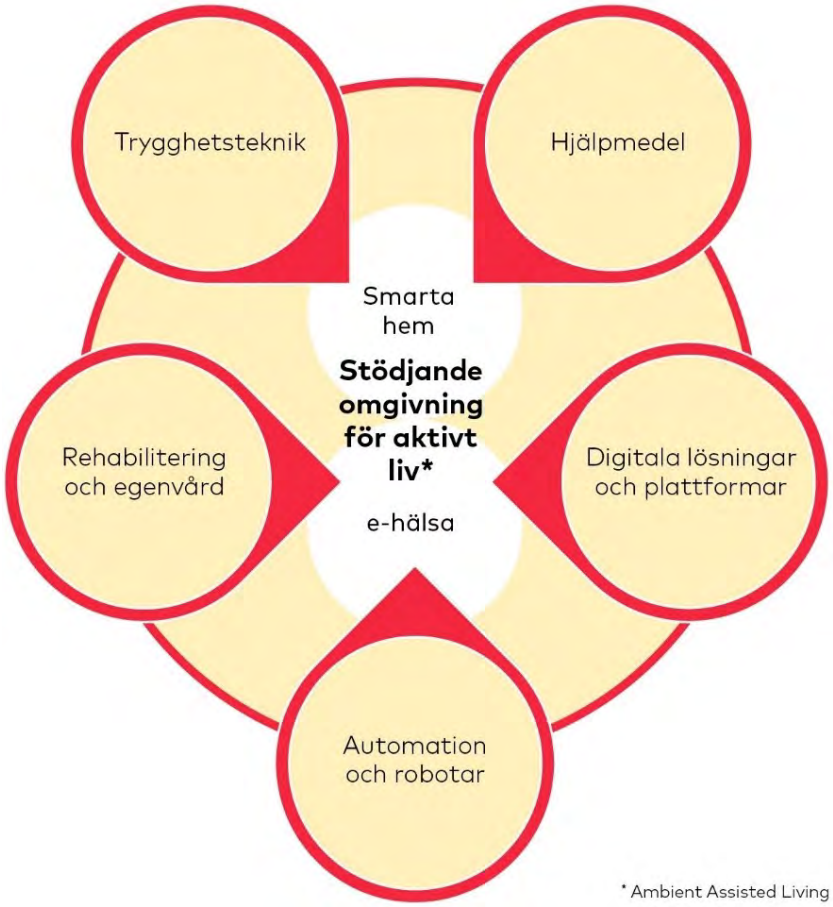
Äldreomsorgen är ett vanligt förekommande använt begrepp som emellertid saknar definition. I detta betänkande avses med uttrycket äldreomsorgen den del av socialtjänsten som tillhandahåller insatser för äldre personer, både individuellt behovsprövade och allmänt inriktade insatser. Lagtekniskt handlar det inte bara om socialtjänstens regelverk utan också om regler för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Särskilt boende, hemtjänst[1] och dagverksamhet är

[1] Här ska dock framhållas att det numera även finns regler om hemtjänst till äldre utan föregående behovsprövning. Jfr 4 kap. 2 a § socialtjänstlagen.

exempel på individuellt behovsprövade insatser. Öppna verksamheter är ett exempel på allmänt inriktade insatser.

Inom hälso- och sjukvården används i regel uttrycket ”patient” för att beteckna den enskilde. När det gäller just hälso- och sjukvårdslagstiftningen används därför uttrycket patient även här. När det gäller socialtjänstområdet har vi i möjligaste mån försökt undvika användningen av det stundtals ifrågasatta ordet ”brukare” och i stället använda uttryck som ”den enskilde” eller omsorgstagare.

Figur 2.1 Stödjande omgivning för aktivt liv



Källa: NVC (2019). Ambient assisted living technology. Welfare technologies for active and independent living at home.

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet, enligt definitionen i Socialstyrelsens termbank. Vår utgångspunkt har dock varit lite bredare, vilket illustreras av figur 2.1 som finns i en rapport från Nordens välfärdscenter, NVC.[2] Här sätts välfärdsteknik i ett större sammanhang, ”Stödjande omgivning för ett aktivt liv”, som inkluderar alla slags tekniker som syftar till att förbättra kvaliteten på välfärdstjänster genom ökad trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för mottagare av hälso-, vård- och omsorgstjänster.

2.3 Avgränsningar i utredningens arbete

Utredningens övergripande fokus har varit att främja daglig användning av välfärdsteknik inom särskilda boenden och hemtjänsten, till direkt fördel för både de enskilda och verksamheterna som sådana. Utredningen har funnit att det behöver införas ett lätthanterligt regelverk för personalen när det gäller vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga, om möjligt i linje med nuvarande praxis. Det handlar om att ge lagligt stöd för att i den enskildes eget intresse kunna tillhandahålla hälso- och sjukvård till dem med nedsatt beslutsförmåga även när det inte är fråga om direkta nödsituationer, liksom lagstöd för att möjliggöra biståndsinsatser som den enskilde med kognitiv svikt kan ha svårt att lämna samtycke till. Utredningens förslag ska ses i detta ljus. Utredningen har däremot inte övervägt vilken reglering som vore lämplig när det gäller samtycke till medicinsk forskning i fråga om samma kategori personer. Enligt vår mening ryms detta inte inom direktiven och en sådan reglering kräver andra, bitvis svåra etiska avvägningar. Här ska dock framhållas att den reglering som här föreslås, där professionen ges möjlighet att ge fortlöpande vård och omsorg i den enskildes bästa intresse, inte hindrar att man i framtiden inför en ställföreträdarlagstiftning i fråga om exempelvis samtycke till medicinsk forskning.

I betänkandet skriver vi en del om digital teknik som underlättar personalens vardag, men inte så mycket om arbetshjälpmedel som exempelvis ska förebygga arbetsskador. Sådana hjälpmedel tillhandahålls inte genom hälso- och sjukvården utan är arbetsgivarens ansvar.

[2] Se NVC (2019). *Ambient assisted living technology. Welfare technologies for active and independent living at home* (version 1).

Vårt fokus har varit på tillhandahållandet av välfärdsteknik till enskilda som ett led i hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Det ställningstagandet innebär inte att arbetshjälpmedel inte ansetts vara av väsentlig betydelse för äldreomsorgens framtid, tvärtom. Arbetsmiljön är av central betydelse för att arbetsgivare inom äldreomsorgen ska framstå som attraktiva och därmed kunna rekrytera.

På grund av vårt uttalade fokus på hur kommuner ska kunna tillhandahålla välfärdsteknik till äldre innehåller betänkandet inte heller så många perspektiv från vare sig privata aktörer eller bolag som är verksamma inom exempelvis medicinteknik. Som framgår av avsnitt 2.4 har utredningen likväl haft återkommande kontakter med företrädare för näringslivet och vägt in även sådana synpunkter.

Det är tydligt att huvudmän inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ser dagens reglering i fråga om sekretess mellan verksamheter och möjligheter till direktåtkomst som ett betydande hinder för digitaliseringen av äldreomsorgen. Vi övervägde därför inledningsvis om vi borde föreslå lagändringar på detta område, även om det kan diskuteras om det ryms inom utredningens direktiv.

I juni 2019 tillsattes dock Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01). Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård, till en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder, att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård och att ge ombud åtkomst till patientjournal. Utredningen ska lämna ett första betänkande i januari 2021. Vi har tolkat detta som att det inte anses ankomma på vår utredning i första hand att lämna förslag i dessa delar även om behovet finns.

Anhörigas perspektiv förekommer ganska sparsamt i texten och det beror på vårt fokus på relationen mellan den hjälpbehövande individen å ena sidan och vården och omsorgen å den andra. Det betyder inte att vi inte är medvetna om det omvårdnadsarbete som även anhöriga lägger ned och det behov av stöd från samhället som blir en konsekvens av detta. I synnerhet demenssjukdomar förändrar livet inte bara för den som är sjuk utan även för de anhöriga. Vi menar dock att våra förslag kommer att gynna även anhöriga.

2.4 Utredningens arbete

Utredningen har bedrivit ett brett och utåtriktat arbete och genomfört möten med en lång rad aktörer (ett urval finns i bilaga 2). Utredningen har bl.a. träffat företrädare för berörda myndigheter, intresseorganisationer som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), näringslivsorganisationer, pensionärsorganisationer samt företrädare för olika yrkesgrupper som är verksamma inom området äldreomsorg. Vissa aktörer har utredningen haft återkommande dialog med.

Utredningen har träffat ett antal kommuner särskilt: Göteborg, Skellefteå, Karlskrona, Västerås, Norsjö, Östersund, Helsingborg, Malmö och Stockholm. Vi har också träffat Göteborgsregionen (ett kommunalförbund med 13 kommuner), Västra Götalandsregionen, Region Stockholm och Kommunförbundet Skåne. Här kan också nämnas att utredningen haft ett antal seminarier i samarbete med Föreningen Sveriges socialchefer (FSS) i olika delar av landet.

SKR har ett flertal nätverk där utredningen medverkat vid något enstaka tillfälle under utredningstiden, bl.a. e-hälsonätverket, socialchefsnätverket, hjälpmedelsnätverket, samordnare för regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) och trygghetslarmsnätverket.

Utredningen har varit representerad vid ett antal seminarier och konferenser, såsom vid Mötesplats välfärdsteknologi och e-hälsa (MVTe), Vitalis, AllAgeHub och E-hälsodagen 2019.

Utredningen har dessutom haft överläggningar med ett antal statliga utredningar: Framtidens socialtjänst (S 2017:03), Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Utredningen om reglering av yrket undersköterska (S 2017:07), Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01), utredningen Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (S 2019:04), utredningen Fast omsorgskontakt i hemtjänsten (S 2019:02), Kommittén för teknologisk innovation och etik (N 2018:04) och slutligen Kommunutredningen (Fi 2017:02).

Utredningen har under utredningstiden haft sex sammanträden med experter och sakkunniga. Regeringskansliet (Socialdepartementet, Infrastrukturdepartementet och Utbildningsdepartementet) har löpande fått information om arbetet i utredningen.

3 Bakgrund

3.1 Kapitlets innehåll

I detta kapitel finns bakgrundsinformation för den som inte redan besitter goda kunskaper inom alla de områden som berörs av utredningen. Kapitlet inleds med en presentation av vissa begrepp inom e-hälsa (avsnitt 3.2). Därefter följer några exempel på vilka frågeställningar som användningen av välfärdsteknik kan ge upphov till inom äldreomsorgen (avsnitt 3.3). Detta följs av ett avsnitt om vanliga demenssjukdomar och kognitiv svikt (avsnitt 3.4) och ett avsnitt om beslutsförmåga och hur vård och omsorg kan arbeta med att stödja personer med kognitiv svikt i beslutsfattande (avsnitt 3.5). Kapitlet avslutas med ett avsnitt om tekniska förutsättningar för användning av välfärdsteknik, med fokus på bredbandsinfrastruktur (avsnitt 3.6).

Framställningen gör inte anspråk på att ge en fullständig bild på dessa områden utan är tänkt som en grund inför kommande kapitel.

3.2 Om vissa begrepp

3.2.1 E-hälsa och anslutande begrepp

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

E-hälsa innebär insatser för att med hjälp av informationssystem och e-tjänster skapa och utveckla en strukturerad, ändamålsenlig och

säker informationshantering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, till nytta för individer, professioner och beslutsfattare.[1]

Strukturerad dokumentation innebär att olika professioner och verksamheter i vård och omsorg använder gemensamma klassifikationer, begrepp och termer så långt det är möjligt. Detta ger möjlighet att samla in statistik och att följa verksamheten.

Ett annat centralt begrepp i sammanhanget är *interoperabilitet*. Interoperabilitet handlar om förmågan hos system, organisationer eller verksamhetsprocesser att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra genom att följa överenskomna regler. *Juridisk* interoperabilitet handlar om möjligheter och begränsningar i samarbetet med utgångspunkt i lagar, förordningar, föreskrifter och avtal. *Organisatorisk* interoperabilitet handlar om processer där flera organisationer samverkar. *Semantisk* interoperabilitet handlar om en gemensam förståelse. Datamodeller består av beskrivningar av s.k. element och attribut och bygger på semantisk interoperabilitet. För att åstadkomma semantisk interoperabilitet behöver benämningar som används inom respektive verksamhet översättas till ett standardiserat kodverk enligt gemensamma definitioner och terminologi. *Teknisk* interoperabilitet handlar om att tekniskt kunna utbyta information på ett säkert sätt och med den kvalitet som man kommit överens om.

Nyttan för individen handlar om att individen i sin roll som invånare, patient, omsorgstagare och anhörig får tillgång till lättillgänglig och kvalitetssäkrad information om hälsa, vård och omsorg. Han eller hon kan komma åt dokumentationen från sina insatser och behandlingar. För att kunna utöva delaktighet och självbestämmande utifrån sina egna förutsättningar behöver individen dessutom erbjudas vård och omsorg utifrån sitt individuella behov. Nyttan för vård- och omsorgspersonal handlar om att få arbeta med strukturerad och ändamålsenlig dokumentation och tillgång till välfungerande och samverkande beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete. Nödvändig strukturerad information ska finnas tillgänglig som underlag för beslut om insatser och behandlingar och för uppföljningar. Vidare får beslutsfattare tillgång till ändamålsenliga verktyg för att fortlöpande följa upp verksamheternas kvalitet och säkerhet, liksom ett aktuellt och heltäckande beslutsunderlag för verksamhetsstyrning, planering

[1] Jfr Kunskapsguiden.

och resursfördelning. Forskningens behov av enkel tillgång till data av hög kvalitet med respekt för individens integritet brukar också lyftas fram.

3.2.2 E-tjänster

E-tjänster stödjer och underlättar för den enskilde samtidigt som de effektiviserar en verksamhet. De bör utformas efter målgruppernas behov och förutsättningar samt vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten. E-tjänster får, som framhålles av Socialstyrelsen, inte innebära en försämring för den stora grupp människor som inte använder internet.

I sin årliga enkät till kommunerna har Socialstyrelsen förklarat begreppet på följande sätt: En e-tjänst förmedlas elektroniskt. Tjänsten är interaktiv vilket innebär att den sker i någon form av dialog mellan den enskilda och socialtjänsten. Den riktas till enskilda som kommer i kontakt med socialtjänsten, anhöriga och allmänheten. Många e-tjänster kräver säker inloggning av användare med t.ex. Bank-ID. Med e-tjänster avses inte informationstexter eller blanketter som finns på kommunens webbplats, inte heller tjänster som enbart är avsedda för socialtjänstens personal. Med e-tjänster avses inte heller välfärdsteknik, d.v.s. tjänster som ges till enskilda med stöd av socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortat HSL, som trygghetslarm och trygghetskameror.

Man skiljer mellan ”enkla” och ”äkta” e-tjänster. Enkla e-tjänster är inte kopplade till ett bakomliggande verksamhetssystem utan handläggningen görs manuellt. De äkta e-tjänsterna kräver en säker inloggning, i regel med en e-legitimation.[2] Enligt Socialstyrelsen är det få kommuner som har e-tjänster inom socialtjänsten. Den vanligaste tjänsten är att invånare kan lämna synpunkter eller klagomål. Ett fåtal kommuner erbjuder möjlighet att exempelvis boka tid hos handläggare eller ställa frågor och få svar av en socialarbetare.[3]

[2] Socialstyrelsen (2019e). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019*, s. 14 f.
[3] Sedan den 1 januari 2019 gäller lagen om tillgänglighet till digital offentlig service (2018:1937). Lagen bygger på Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/2102 av den 26 oktober 2016 om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer. Den innebär bl.a. en skyldighet för offentliga aktörer att göra sin digitala service mer tillgänglig, t.ex. genom att följa EU-standarden EN301549. Dessvärre var det 2019 en minoritet av kommunerna som tillämpade denna standard. Jfr Socialstyrelsen (2019e), s. 17.

3.2.3 Välfärdsteknik

Enligt definitionen i Socialstyrelsens termbank är välfärdsteknik ”digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning”.

I sin undersökning av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna år 2019 tillade Socialstyrelsen i anslutning till redogörelsen för definitionen att välfärdsteknik kan delas upp i två områden:

– teknik för trygghet och självständighet för den enskilda och
– teknik till stöd för personalen och omsorgsgivaren.[4]

Enligt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är välfärdsteknik tekniska hjälpmedel för personer som behöver tillsyn och omvårdnad. Exempel på välfärdsteknik är digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera och sensorer för påminnelser. Välfärdsteknik kan användas av personen själv, en närstående, personal eller någon annan i personens närhet. Ett mål med användningen av välfärdsteknik är högre kvalitet och effektivitet i vård och omsorg. Användning av välfärdsteknik kan vara ett sätt att stärka den enskildes delaktighet, trygghet, säkerhet och självständighet. Det kan också ge kommunerna möjligheter att anpassa, utveckla och förbättra äldreomsorgen då antalet äldre blir allt fler. Enskilda får ofta tillgång till välfärdsteknik efter ett beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen.

Med *välfärdsteknologi* avses kunskapen om välfärdsteknik. Enligt en beskrivning av välfärdsteknologi från Nordens Välfärdscenter avses en ”brukarorienterad” teknologi som ska stödja och förstärka trygghet, säkerhet, dagliga göromål och rörlighet för äldre personer, personer med kroniska sjukdomar och personer med funktionsnedsättningar. Den ska också vara ett viktigt redskap för anhöriga och personal.

Digitalt trygghetslarm innebär att kommunikationen sker via mobilnät eller fast anslutet bredband. År 2019 var det 91 procent av trygghetslarmen som var digitala.[5] Kommunen kan bevilja enskilda personer mobila trygghetslarm, där det vid ett larm ska gå att lokalisera var personen är med hjälp av gps. Det förekommer också gps-larm med geofencing-funktion. Digital nattillsyn är en form för tillsyn där en kamera ersätter ett eller flera fysiska besök, oftast på

[4] Socialstyrelsen (2019e), s. 19.
[5] Socialstyrelsen (2019e), s. 18.

natten. Sensorer kan vara ett alternativ till kameratillsyn. Den enskilde kan uppleva det mindre integritetskränkande än en kamera. De vanligaste förekommande typerna av passiva larm är larmmattor och dörrsensorer i särskilda boenden för äldre. Larmmattan kan finnas på golvet, i sängen eller i en stol. När det tysta larmet utlöses får personalen en signal om att individen kan behöva stöd.

Robotar i vid bemärkelse kan användas för att göra en person med funktionsnedsättningar mer självständig och mindre beroende av andra för att klara sin vardag, även vid integritetsnära behov av assistans. Det finns robotar som kan mata personen, duscha eller assistera vid toalettbesök. En robot kan upplevas som mindre integritetskränkande än en människa som ska utföra samma sak, i synnerhet om det ständigt är nya och kanske okända personer som ska utföra uppgiften (såsom det kan vara inom hemtjänsten). Man slipper dessutom att sitta och vänta på hemtjänstpersonal om den är försenad. För personalen kan en robot innebära avlastning av fysiskt tunga arbetsmoment och därmed bidra till en bättre arbetsmiljö.

Det finns även robotar som underlättar kommunikation eller som liknar sällskapsdjur, men som inte tröttnar, inte skadar personen vid olämplig behandling och inte behöver tillsyn.

Forskning visar att utbildning i och användning av dator och internet kan minska ensamheten bland äldre personer. Osäkerhet finns då forskningen ännu inte är omfattande inom detta område, men den som finns pekar på att användning av digitala verktyg kan ha gynnsamma effekter på social isolering, social interaktion och socialt stöd, delaktighet, fysisk hälsa och aktivitet, självkänsla och egenmakt och säkerhet. Med digitala verktyg avses då informations- och kommunikationsteknik, digitala kanaler såsom sociala medier, chattar och e-post samt digitala spel och robotar. [6]

3.2.4 Hjälpmedel

I praktiken är går det inte att dra en tydlig gräns mellan hjälpmedel och välfärdsteknik. Ett gps-larm är välfärdsteknik som kan förskrivas som hjälpmedel, men också tillhandahållas efter ett biståndsbedömt

[6] Folkhälsomyndigheten, Forte, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Myndigheten för delaktighet (2018). *Digital teknik för social delaktighet bland äldre personer. Ett kunskapsstöd om möjliga insatser utifrån forskning, praktik, statistik, juridik och etik*, s. 5 och 9.

beslut. Det går också att köpa på egen hand. Inkontinensskydd är ett hjälpmedel med individuell utprovning, men genom information från sensorer kan man anpassa inkontinensskydden utifrån den enskildes behov. Välfärdstekniken är en integrerad del i hjälpmedlet.

Hjälpmedel förskrivs av legitimerade yrkesgrupper i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Exempel på yrkesgrupper som kan förskriva hjälpmedel är arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och läkare. Vad som står i HSL är tänkt som ett förtydligande av vilka behov som sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att kunna tillgodose med hjälpmedel. De hjälpmedel som syftar till att tillgodose de behoven klassas som hjälpmedel för vård och behandling eller som hjälpmedel för den dagliga livsföringen.

Av förarbetena till 8 kap. 7 § HSL[7] (som rör regionernas skyldighet att erbjuda hjälpmedel) framgår att med uttrycket hjälpmedel för den dagliga livsföringen avses hjälpmedel, vilka fordras för att den enskilde själv eller med hjälp av någon annan ska kunna tillgodose personliga behov såsom att klä sig, äta, sköta sin hygien, förflytta sig, kommunicera med omvärlden, fungera i hemmet och i närmiljön, orientera sig, sköta vardagslivets rutiner i hemmet, gå i skolan, samt delta i sysselsättning och normala fritids- och rekreationsaktiviteter.[8] Detta framgår dock inte av själva HSL.

Enligt den definition som finns i Socialstyrelsens termbank är *hjälpmedel för det dagliga livet* en individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning. Exempel är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och applikationer för påminnelser. Eftersom syftet är avgörande för klassificeringen kan även tjänster och programvaror kan vara hjälpmedel.

Utanför begreppet hjälpmedel för den dagliga livsföringen faller arbetstekniska hjälpmedel, vissa hjälpmedel som kan behövas för att genomgå yrkesinriktad rehabilitering, särskilda pedagogiska hjälpmedel inom barnomsorg och skola samt s.k. förbrukningsartiklar.

Efter förskrivarens behovsanalys inleds den s.k. förskrivningsprocessen. Socialstyrelsen har publicerat ett utbildningsmaterial om detta.[9] Där framgår bl.a. faserna i förskrivningsprocessen, som är:

[7] Tidigare 3 b §.
[8] Prop. 1992/93:159 s. 201.
[9] Socialstyrelsen (2016). *Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning.*

- prova ut, anpassa och välja lämplig produkt
- specialanpassa vid behov – initiera och utfärda anvisning
- informera
- instruera och träna
- följa upp och utvärdera funktion och nytta.[10]

Enligt Socialstyrelsens förskrivarstöd är en namngiven förskrivare ansvarig för att alla faser i förskrivningsprocessen genomförs. Vem som är förskrivare ändras inte om vårdansvaret för patienten övergår till en annan vårdgivare. Ansvaret för de följande faserna i förskrivningsprocessen övergår dock till den som övertagit vården, under förutsättning att överrapportering skett. Vid förskrivning av hjälpmedel avropar förskrivaren ur sjukvårdshuvudmannens upphandlade hjälpmedelssortiment utifrån vad som är lämpligt för användaren.

Förskrivaren ska samordna med andra hjälpmedel, analysera risker, bedöma behovet av att anpassa hemmiljön och ansvara för att genomföra de eventuella åtgärder som behöver genomföras.

Om användarens funktionella eller medicinska behov inte tillgodoses av upphandlat sortiment kan andra hjälpmedel förskrivas (i regel från det upphandlade sortimentet), förutsatt att huvudmannen inte anser att produkten inte ryms inom det offentliga åtagandet och således omfattas av egenansvaret. Huvudmännens bedömningar i det avseendet kan förändras över tid eftersom lagen är otydlig. Enskilda som inte får tillgång till ett visst hjälpmedel genom förskrivning kan ibland köpa hjälpmedlet som en konsumentprodukt. Den tekniska utvecklingen går mot att produkter på konsumentmarknaden i allt högre grad kan fungera som hjälpmedel. De främsta exemplen är smarta telefoner och surfplattor.

3.2.5 Begreppen överlappar

Som redan nämnts finns inte någon tydlig gräns mellan välfärdsteknik och hjälpmedel. En skillnad är att välfärdsteknik handlar om digital teknik, vilket hjälpmedel inte behöver vara. Hjälpmedel har vidare som huvudsakligt syfte att kompensera för en funktionsned-

[10] SOU 2017:43 s. 78.

sättning, enligt Socialstyrelsens definition. En annan skillnad mellan begreppen är att hjälpmedel för det dagliga livet är avsedda att användas av en viss person, vilket välfärdsteknik inte behöver vara även om dess användning i regel är individuellt anpassad. Ofta är välfärdsteknik, till skillnad från hjälpmedel, en tjänst snarare än en produkt.

Likväl finns produkter som klassificeras som välfärdsteknik som samtidigt kan utgöra hjälpmedel. Hur produkten klassificeras beror i mångt och mycket på av vem, för vad och hur den är tänkt att användas. Ett exempel på produkt som kan vara både välfärdsteknik och hjälpmedel är elektroniska medicinpåminnare, dvs. en digital teknik som både skapar trygghet och kompenserar för nedsatt minne. Ett annat exempel är rollatorer med gps-sändare, vilka både skapar trygghet, genom att rollatorn kan spåras om användaren gått vilse, och kompenserar för funktionsnedsättningar.

En vanligt återkommande uppfattning är att hjälpmedel och välfärdsteknik inte bör hanteras som två skilda företeelser.[11] Eftersom tillhandahållandet av välfärdsteknik och hjälpmedel involverar flera huvudmän kan befaras att verkliga eller upplevda ansvarsgränser riskerar att begränsa utveckling och användning av såväl välfärdsteknik som hjälpmedel i Sverige. I Danmark och Norge ingår hjälpmedel, e-hälsa och telemedicin i begreppet välfärdsteknologi, dvs. en vidare definition än i Sverige. I detta sammanhang noteras att definitionen av välfärdsteknologi i instruktionen för Myndigheten för delaktighet (MFD) avviker från den i Socialstyrelsens termbank. Enligt Kommunal medför det faktum att den svenska definitionen av välfärdsteknik inte fokuserar på medarbetarna inom välfärden som en prioriterad målgrupp, negativa konsekvenser för utvecklingen av arbetstekniska hjälpmedel för en säker arbetsmiljö.[12]

Utöver välfärdsteknik finns det även andra tjänster som kan bidra till ökad trygghet för den enskilde. Det kan handla om appar som används för att påminna eller funktioner som finns i exempelvis hemmet. Exempel på detta är sakernas internet eller *internet of things*, som är ett begrepp för den utveckling som innebär att maskiner, fordon, gods, hushållsapparater, kläder med mera är uppkopplade och kan kommunicera över nätet. Enheterna kan uppfatta sin omvärld, kommunicera med den och på så sätt anpassa sig till situationer och skapa smarta, ”hjälpsamma” miljöer och tjänster.

[11] SOU2017:43 s. 65.
[12] Kommunal (2019). *Välfärdsteknik för trygghet, hälsa och utveckling i arbetet*, s. 18.

3.3 Välfärdsteknik vid nedsatt beslutsförmåga

Gps – exempel 1

Rakel är 80 år. Hon har inte så stora besvär med hälsan ännu, men på senare tid har hon ramlat ett par gånger och känner nu stor oro. Det leder till att hon inte kan vara så aktiv som hon vill och borde från hälsosynpunkt, utan mest blir sittande i sin lägenhet. Kommunen har beviljat henne hemtjänstinsats i form av ledsagning (promenader med en ledsagare från hemtjänsten), men promenaderna ska ske på bestämda tider som passar hemtjänstpersonalen. Helst skulle hon vilja kunna gå helt fritt i skogen och plocka svamp och bär.

Rakel har hört om gps som gör att hon skulle gå att lokalisera även om hon råkat ramla mitt inne i skogen. Med en sådan skulle hon känna en sådan trygghet att hon vågar gå ut på egen hand. Biståndsbedömaren beviljar Rakel bistånd i form av en gps-klocka som är inställd så att hon själv kan slå larm om hon skulle råka ramla när hon är ute. Hon kan berätta för hemtjänsten vad som hänt och larmcentralen kan se var hon är och åka ut för att hjälpa henne.

Rakel har ingen kognitiv nedsättning utan förstår innebörden av insatsen. Hon samtycker till den och personuppgiftsbehandlingen.

Gps – exempel 2

Arvid är 80 år och lider av en demenssjukdom. Han bor hemma med sin maka som är i samma ålder. Han vill gärna gå ut och gå i närområdet, vilket också vore positivt för honom från hälsosynpunkt. Han har inga problem med balansen och har aldrig ramlat ute. Däremot har han fått allt svårare att hitta hem, så makan vill inte att han ska gå ute på egen hand. En gång gick han ut utan ytterkläder när det var minusgrader ute och då tog det flera timmar innan polisen hittade honom. Samtidigt har hon själv hälsoproblem som gör att hon har svårt att promenera tillsammans med Arvid.

Kommunen har erbjudit Arvid insatser i form av trygghetslarm och ledsagning (promenader med en ledsagare från hemtjänsten) några gånger i veckan. Trygghetslarmet fungerar dock bara inomhus. Ledsagningen tackade Arvid nej till, för han vill kunna bestämma själv när han ska gå ut och inte heller vill han gå med hemtjänstpersonalen ”som knappt talar svenska”. Makan har läst om en gps-

klocka som gör att man kan hitta en person genom positionering (lokalisering). I samråd med biståndsbedömaren från socialtjänsten beviljas Arvid bistånd i form av en gps-klocka. Om Arvid har varit borta lite för länge, kan hon slå larm till kommunens larmcentral som då kan lokalisera Arvid och åka för att möta honom och erbjuda sig att skjutsa hem honom. Arvid får insatsen förklarad för sig och samtycker både till insatsen och behandlingen av hans personuppgifter, mest för att glädja hustrun.

Efter några veckor står det dock klart att Arvid helst inte vill ha klockan på sig när han går ut och går, dels för att den är klumpig, dels för att han misstänker att hemtjänstpersonalen kan titta på honom genom klockan. Biståndsbedömaren beviljar då bistånd i form av en gps-sula som ska läggas i skon. Det fungerar ett tag, men Arvid vill helst inte ha sulan heller. Hustrun talar därför inte om för Arvid att hon lägger ned sulan och Arvid verkar inte längre medveten om att han har sulan i skon. Saken diskuteras inte vidare.

Biståndsbedömaren tycker att den beviljade insatsen fungerar väl. Arvid förstår inte sitt eget bästa, vilket sammanhänger med sjukdomen. Hade han förstått innebörden av insatsen, hade han velat ha insatsen (hypotetiskt samtycke), resonerar biståndsbedömaren. Han har visserligen tydligt visat att han inte vill ha klockan, men det är väl inte rimligt att avstå från en så bra insats när Arvid inte kan göra ett välgrundat ställningstagande, tänker biståndsbedömaren. På sikt kommer Arvid att behöva ett särskilt boende, men med gps kan han bo kvar hemma längre och hustrun känna större trygghet. Om Arvid går vilse kan man hitta honom snabbt utan någon stor polisinsats. Det blir som ett anhörigstöd. Något stort ingrepp i hans personliga integritet är det inte heller, tänker biståndsbedömaren. Positionering sker ju bara vid ett larm. Men hur förhåller sig ovanstående till gällande rätt?

Nattillsyn med kamera – exempel 1

Märta är 85 år och bor hemma. Hon har flera hälsobesvär, bl.a. en fallrisk. Hon får hjälp av i form av hemtjänstinsatser som handlar om inköp av varor, tvätt, städ, dusch och tillsyn. Hon har också ett trygghetslarm. På natten har hon hittills haft tillsyn två gånger per natt, vilket går till så att hemtjänstpersonalen går in i hennes lägenhet

och kontrollerar att hon ligger i sin säng och sover. Något behov av hjälp har hon inte på natten, utan insatsen handlar bara om tillsyn.

Tanken är att hon inte ska vakna av hemtjänstens besök, men i praktiken händer det inte så sällan att hon blir störd i nattsömnen av att de öppnar och stänger dörren. Märta tycker också att det känns lite obehagligt att någon kommer in i hennes lägenhet på natten. Hon känner inte all personal i hemtjänsten och det behöver inte vara någon som hon känner som kommer in i hennes lägenhet. Ett par gånger har hon gått upp ur sängen efter att hon råkat blivit väckt av hemtjänstpersonalen och då ramlat. Då var personalen inte längre kvar och kunde hjälpa henne. Samtidigt hade hon inte trygghetslarmet på sig, varför hon blev liggande länge.

Biståndsbedömaren föreslår för Märta att insatsen utformas med hjälp av en tillsynskamera i stället. På förutbestämda tider kommer en anställd i hemtjänsten att koppla upp sig mot en liten kamera som alltid står riktad mot sängens huvudända, för att se att hon ligger i sin säng. På kameran lyser en lampa, så man ser när den är aktiv. Annars är den inte på och den spelar inte in. Man kan heller inte se resten av rummet. Om Märta inte skulle ligga i sin säng, kontrollerar personalen igen efter ett kort tag. Om hon fortfarande inte är där, kommer en larmpatrull åka förbi Märta för att se om det hänt något.

Märta tackar ja till den erbjudna insatsen och samtycker till personuppgiftsbehandlingen som är förknippad med kameran. En senare utvärdering av insatsen visar att hennes nattsömn förbättrats.

Nattillsyn med kamera – exempel 2

Klara är 80 år och får vissa insatser från hemtjänsten. På natten har hon behov av tillsyn, men inga aktiva insatser. Biståndsbedömaren föreslår därför att tillsynen nattetid ska ske med hjälp av kamera. Klara samtycker dock inte till kameraövervakning. Hon kräver att insatsen ska utformas så att tillsynen utförs av personal, inte teknik. Socialchefen menar att Klara inte kan kräva att en insats ska utformas på ett visst sätt, eftersom det är kommunen som bestämmer i fråga om själva verkställigheten av en insats. Vid tillämpning av socialtjänstlagen (2001:453) kan den enskilde överklaga ett avslagsbeslut i fråga om rätten till insats, men man kan inte kräva en annan utformning om den insats som erbjuds faktiskt uppfyller de individuella

behoven och tillförsäkrar den enskilde en skälig levnadsnivå. Vill man inte ha insatsen med den utformning som kommunen föreslår, kan man tacka nej. Något tvång är det således inte fråga om. Biståndsbedömaren tror dock att när det gäller just välfärdsteknik (övervakning) är kommunen skyldig att erbjuda en insats som är ”teknikfri” som alternativ till den som tackar nej till erbjuden insats. Man måste kunna få tacka nej till övervakning utan att riskera att hjälpbehovet inte blir tillgodosett. Eller?

Frågan om vem som har rätt är inte alldeles lätt att besvara i dag.

3.4 Orsaker till nedsatt beslutsförmåga hos äldre

3.4.1 Kognitiv svikt

När en eller flera kognitiva funktioner fungerar märkbart sämre än förr talar man om kognitiv svikt. Den kan yttra sig som exempelvis glömska, problem med att hitta rätt eller att planera och utföra normalt sett enkla aktiviteter. Det är inte alltid vården kan hitta en entydig förklaring till symtomen, särskilt om besvären är lindriga. Det finns flera olika termer för och definitioner av kognitiv svikt.[13] Kognitiv svikt kan delas in tre undergrupper: akut förvirring, lindrig kognitiv funktionsnedsättning och demenssjukdom/kognitiv sjukdom (beteckning enligt diagnossystemen DSM respektive ICD).

Lindrig kognitiv störning innebär en lindrig kognitiv nedsättning som är fastställd utifrån tester eller uppgifter från anhöriga, men där diagnoskriterierna för demenssjukdom inte är uppfyllda. Svikten är heller inte så omfattande att det sociala livet eller arbetet påverkas. Ibland kan symptomen gå tillbaka. Lindrig kognitiv störning kan ha flera orsaker, t.ex. somatisk eller psykisk sjukdom hos en äldre skör person. Den vanligaste orsaken är tidig demenssjukdom, exempelvis Alzheimers sjukdom. En vanlig benämning för detta tillstånd är även ”mild cognitive impairment” (MCI). MCI kan ha många orsaker. Obehandlad depression, stroke och läkemedelsbiverkningar är några exempel. I vissa fall kan det handla om tidiga tecken på en kognitiv sjukdom, t.ex. Alzheimers sjukdom, men åldrandet innebär att kognitiva funktioner kan försämras utan att det behöver bero på demens. I vilken

[13] I Sverige används främst diagnossystemet ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården. Se Socialstyrelsen (2017a). Se *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning*, s. 19.

grad varierar från person till person. Oro, trötthet och nedstämdhet är vanligt och kan förstärka kognitiva symptom.

Det finns över hundra sjukdomar som har kognitiv påverkan i sin symptombild. Även vid hög ålder kan den kognitiva förmågan påverkas av mer vanliga sjukdomar där kombinationen hög ålder och multisjuklighet kan leda till påtaglig kognitiv nedsättning. För att kriterierna för demenssjukdom ska vara uppfyllda måste svikten vara uttalad och den kognitiva funktionen sänkt från tidigare högre nivå. Svikten måste vara så uttalad att arbete eller socialt liv påverkas.[14]

3.4.2 Demenssjukdomar

Allmänt

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Demens orsakas alltid av sjukdom och är inte en normal åldersförändring. Det rör sig om ett förvärvat och långvarigt tillstånd som oftast förvärras med tiden.

Demens yttrar sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar tillhör sjukdomsbilden. Hjärnskadan sätter en absolut gräns för minnesförmågan, men med olika hjälpmedel och kunskap om hur minnet fungerar kan anhöriga och vårdpersonal vara ett viktigt stöd för den drabbade. Förmågan att lära in och återkalla minnen är större om det råder lugn och ro, om den sjuke är utvilad och inte känner sig pressad. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra kognitiva förmågor som påverkas negativt. Svårigheterna att orientera sig i tiden hänger samman med minnesstörningen. Den sjuke får svårt att komma i håg möten eller när det dags att sin medicin. Demenssjukdomen innebär redan i ett tidigt stadium starkt begränsade möjligheter för den sjuke att använda hjälpmedel, då många hjälpmedel kräver förmåga till nyinlärning och symboliskt tänkande som kan utgöra avgörande hinder för personer med demenssjukdom. Många glömmer dessutom sitt hjälpmedel.[15]

[14] Socialstyrelsen (2017a). Se *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning*, s. 16.
[15] SOU 2006:110 s. 223.

Symptom, förlopp och behandling varierar beroende på sjukdom. Sammantaget leder symptomen till att personen har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från omgivningen. Demenssjukdom medför förutom nedsatt kognitiv förmåga även en successivt försämrad fysisk funktionsförmåga, vilket kan leda till att personen blir fysiskt inaktiv, ett stort hälsoproblem bland dem med demenssjukdom.[16]

Enligt Svenskt Demenscentrum insjuknar varje år uppemot 25 000 personer i en demenssjukdom. De allra flesta är äldre. Efter 65 års ålder ökar risken för demenssjukdom betydligt – var femte person över 80 år är drabbad. Det totala antalet demenssjuka i Sverige beräknas till närmare 150 000 personer, en siffra som kommer att stiga i takt med att den äldre befolkningen ökar i antal. Tillsammans utgör antalet personer med demenssjukdom samt de med lindrig kognitiv störning sannolikt över 200 000 personer i dag.[17]

Alzheimers sjukdom

Den vanligaste demenssjukdomen är *Alzheimers sjukdom*, som står för 60–70 procent av samtliga fall. I första hand skadas hjäss- och tinningloberna genom att hjärnceller gradvis förtvinar och dör. Symptomen kommer ofta smygande och efterhand försämras även kroppsliga funktioner. Den drabbade brukar märka av tilltagande glömska och svårigheter att planera och utföra vardagliga sysslor. Efterhand försämras språk, tidsuppfattning och andra s.k. kognitiva förmågor. Oro och ångest är vanliga symptom. Även hallucinationer, vanföreställningar och beteendeförändringar tillhör sjukdomsbilden. I slutfasen tillkommer grava kroppsliga symptom.

Alzheimers sjukdom har ett utdraget förlopp under fyra till tio år, i vissa fall ännu längre. Symtomen kan i tidig fas lindras men förloppet går inte att hejda. Den drabbade får allt svårare att klara sin dagliga livsföring när en allt större del av hjärnan skadas. För närvarande finns inga botemedel mot sjukdomen, som till slut leder till döden. Det finns dock symptomlindrande läkemedel.

[16] Socialstyrelsen (2017a), s. 20.
[17] Socialstyrelsen (2017a), s. 17.

Vaskulär demens

Vaskulär demens är den näst vanligaste orsaken till demens och står för 25–30 procent av samtliga fall. Den kallas ofta blodkärlsdemens eftersom symptomen framkallas av skador och sjukliga förändringar i hjärnans blodkärl. Vaskulär demens förekommer ofta samtidigt med Alzheimers sjukdom.

Medan många demenssjukdomar har ett smygande förlopp brukar symptomen vid vaskulär demens komma plötsligt och då upplevas mer påtagligt. Tillståndet kan sedan vara stabilt under en längre tid för att sedan försämras. Sjukdomen utvecklas med andra ord stegvis snarare än gradvis. Både förlopp och symptom varierar beroende på vilka områden i hjärnan som skadas. Vanliga symptom är nedsatt initiativförmåga, svårigheter att planera och genomföra saker, personlighetsförändringar och gångsvårigheter. Det finns inga läkemedel som kan dämpa symptomen.

Frontotemporal demens

Frontotemporal demens kallas även för pannlobs- eller frontallobsdemens. Symptomen brukar komma smygande på samma sätt som vid Alzheimers sjukdom, men minne och inlärningsförmåga är ofta inte påverkade i samma utsträckning vid frontotemporal demens. Sjukdomsförloppet kan sträcka sig över många år.

Symptomen vid frontotemporal demens beror på var hjärnskadan uppstår. Vanligen är det i pannloben. Härifrån styrs bland annat koncentration, omdöme och impulskontroll. Personligheten hos den som insjuknar börjar långsamt förändras och allt oftare beter sig personen inadekvat eller omdömeslöst. Sämre initiativförmåga och flexibilitet är andra tidiga tecken, liksom plötsliga och till synes oförklarliga vredesutbrott. Personen blir ofta apatisk, rastlös, självupptagen och känslomässigt avtrubbad. Förmågan att känna empati försämras gradvis. Även överkonsumtion av mat, rökning eller alkohol kan förekomma. I senare delen av sjukdomsförloppet brukar talet bli enahanda och mimiken stel och uttryckslös. Frontotemporal demens kan också starta i främre tinningloberna, i de delar av hjärnan som är

avgörande för vår språkliga förmåga. När språkliga symptom dominerar brukar man tala om primär progressiv afasi (PPA).[18]

Frontotemporal demens förväxlas ofta med depression, utmattningssyndrom eller annan psykisk ohälsa. Sjukdomen kan vara svår att upptäcka eftersom glömska, inlärningssvårigheter och andra typiska demenssymptom är ovanliga i början av sjukdomsförloppet.

Det finns i dag inget botemedel mot frontotemporal demens. Allvarliga beteendeförändringar, som svår ångest och rastlöshet, kan behandlas med läkemedel när inte omvårdnadsinsatser hjälper. Psykofarmaka bör dock användas med försiktighet eftersom personer med frontotemporal demens är extra känsliga för detta.

Lewykroppsdemens

Lewykroppsdemens är ett tillstånd som liknar både Alzheimers sjukdom och Parkinsons sjukdom. Tidiga tecken i sjukdomsförloppet är trötthet samt nedsatt uppmärksamhet och rumslig orientering. Senare tillkommer minnesstörningar. Det är även vanligt med ökad falltendens och synhallucinationer, som kan vara skrämmande till sitt innehåll. Tidigt i sjukdomsbilden kan även symptom som är typiska vid Parkinsons sjukdom förekomma, såsom stelhet, begränsad mimik och ökad salivation.

3.4.3 Stadieindelning och vanliga symptom

Mild demens

Vid mild demens har minnesproblemen blivit tydliga funktionshinder. Inbokade möten och namn på nära anhöriga kan glömmas bort. Vissa samtal kan vara svåra att följa med i. Orden kommer heller inte lika lätt som tidigare utan den sjuke kan få svårt att formulera sig. Även orienteringsförmågan kan märkbart ha försämrats. Plötsligt kan det vara svårt att hitta hem från bussen.

För närstående är symptomen tydliga. De kan få höra samma fråga upprepas gång på gång. Den sjuke är ofta medveten om sina problem och försöker hitta strategier för att hantera dem. Oro och

[18] PPA finns i två former; semantisk demens, som försämrar ordförståelsen och förmågan att rätt benämna olika saker (bil, nyckel etc.) och progressiv icke-flytande afasi, som utmärks av ett trögt och ”upphackat” tal med många grammatiska fel.

skamkänslor kan leda till att socialt umgänge och svåra situationer undviks. Irritation kan uppstå över att inte klara av enkla uppgifter.

Medelsvår demens

Symptomen vid medelsvår demens är fler och starkare. Minnesproblemen tilltar, bl.a. försämras det s.k. episodiska minnet ytterligare. Den sjuke har allt svårare att plocka fram även gamla minnen. Språket påverkas så att det blir svårt att kommunicera. Bristande tidsuppfattning och förmåga att koncentrera sig gör vardagen mer komplicerad.

När hjärnskadan sprider sig kan den sjuke uppleva det som helt logiskt att gå upp mitt i natten, klä på sig och gå till jobbet, även om han slutat arbeta för flera år sedan. Många vänder upp och ned på dygnet. Att klä på sig, tvätta sig och andra sysslor kan visa sig omöjliga att göra på egen hand. Sjukdomsinsikten kan börja avta. Den sjuke blir inte sällan oföretagsam och inbunden. Andra kan börja vandra. Även psykiatriska tillstånd kan tillkomma, t.ex. akut förvirring, hallucinationer och vanföreställningar. Vid medelsvår demens blir det besvärligare att orientera sin kropp i rummet. Den sjuke tar ofta snedsteg, tappar balansen eller ”missar” toalettstolen.

I den medelsvåra fasen brukar regelbundna insatser från samhällets vård och omsorg bli nödvändiga. Många behöver flytta till ett gruppboende eller annan särskild boendeform.

Svår demens

Vid svår demens är stora delar av hjärnan skadad. Tidigare symptom förvärras ytterligare, t.ex. orientering till plats, rum och tid. Senare i sjukdomsförloppet kan det vara svårt att hitta till sovrummet i sin egen lägenhet. Talet försvinner helt eller inskränker sig endast till enstaka ord som kan upprepas gång på gång. Det blir allt besvärligare att klä på sig, sköta sin hygien och att äta. Ofta försvinner gångförmågan. Den sista tiden i livet är den sjuke oftast helt beroende av vård och omsorg. Många med demenssjukdom avlider till slut av lunginflammation, hjärtsvikt eller av annan sekundär sjukdom.

Sekundära symptom (BPSD)

Vid demenssjukdom kan en rad olika sekundära symtom uppträda. De brukar sammanföras under benämningen beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Detta omfattar en rad symptom som ofta är svåra att möta för anhöriga och personal. Det handlar om dels psykiatriska, dels rent beteendemässiga symptom. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symptomen tolkas och ses i sitt sammanhang innan åtgärder sätts in. Behandlingen omfattar bemötande, omvårdnadsstrategier och i vissa fall läkemedel.

När det gäller beteendemässiga symptom är det vanligt med *vandringar* fram och tillbaka i rummet. Att stoppa den som vandrar är oftast omöjligt och heller inte nödvändigt. Till saken hör att det är bra för musklerna och cirkulationen att röra sig, så länge man beaktar säkerhetsaspekterna, dvs. risken att gå vilse eller att falla.[19]

En del personer med demenssjukdom börjar *plocka saker* och ta med dem för att sedan glömma dem någon annanstans. Detta kan väcka både den sjukes och omgivningens irritation. Det gäller att tänka ut bra sätt som personen kan få utlopp för ”plockighet” på.

Vissa personer *upprepar* vissa beteenden gång på gång, exempelvis att öppna och stänga en dörr om och om igen, vilket kan väcka en del irritation. Om den demenssjuke tycks finna en mening i detta kan man helt enkelt ljudskydda dörren med mjuka lister eller försöka hitta andra ljuddämpande lösningar. Tillrättavisningar fungerar sällan. Om ett beteende behöver brytas, bör man helst avleda.

Ett annat symptom är *rop- och skrikbeteenden*. Det är viktigt att snabbt försöka förstå bakomliggande orsaker, t.ex. om den sjuke har ont, lider av ångest, känner sig övergiven eller om är det något i miljön som inte är bra. Ibland kan ropande bero på epileptiska anfall. Vid rop- eller skrikbeteende bör personalen lägga upp en plan och pröva olika typer av omvårdnadsstrategier och läkemedel.

När kognitiva symtom utvecklas snabbt, under en kort tid, handlar det ofta om akut *förvirring* (konfusion). En person med demenssjukdom som plötsligt ändrar sitt beteende och blir orolig, aggressiv och kanske får hallucinationer kan vara drabbad av förvirring. Hos äldre personer bottnar det ofta i fysisk och psykisk ansträngning

[19] Bra skor är viktigt. En höftskyddsbyxa kan förstärka lårbenshalsen som är sårbar vid fall. En person som vandrar behöver också få i sig tillräckligt med mat under dagen.

efter en operation eller på grund av smärta. Akut förvirring kan också bero förstoppning, infektioner och läkemedelsbiverkningar. Akut förvirring kan behandlas och symtomen brukar gå tillbaka, förutsatt att tillståndet utreds och man kommer till rätta med orsaken. Misstanke om förvirring måste utredas skyndsamt.

Vanföreställningar är inre föreställningar som bygger på en förvrängd verklighetsuppfattning. Man kan känna sig förföljd av husets grannar som när som helst ska flytta in för att ta över lägenheten. Den drabbade är övertygad om att föreställningarna är äkta och låter sig sällan påverkas av rationella argument. Det är viktigt att komma ihåg vanföreställningen är logiska utifrån den sjukes perspektiv.

Hallucinationer räknas liksom vanföreställningar till de psykotiska tillstånden. Synhallucinationer är inre bilder som den skadade hjärnan framkallar. Vid hörselhallucinationer uppfattar den drabbade inre röster, knäppningar eller brusande ljud. Rösterna, som kan vara en eller flera, är ofta uppmanande eller kommenterande. Vid demens i medelsvår fas är dessa symptom inte ovanliga. Läkemedel kan övervägas om hallucinationerna väcker obehag och ångest hos den drabbade. En nytillkommen hallucination kan dock vara del i en förvirring, som måste utredas för att söka bakomliggande orsaker.

Aggressivitet kan uttryckas verbalt eller fysiskt. Det kan ha olika anledningar, som exempelvis smärta, depression eller på att den sjuke misstolkar vårdaren eller tvärtom. En annan orsak kan vara *agnosi*, dvs. nedsatt förmåga att tolka sinnesintryck av olika slag. Detta kan drabba alla sinnen som smak, lukt, syn, känsel och hörsel. Det kan vara svårt att känna igen, trots att ögat fungerar som det ska.

3.5 Beslutsförmåga och stöd till personer med nedsatt förmåga att kunna fatta egna beslut

Allmänt

För personer som av olika skäl lider av kognitiv svikt kan det vara svårt att förstå information inför ett beslut, att komma fram till ett eget ställningstagande eller att kunna uttrycka ett beslut på ett begripligt sätt. Inom vård och omsorg är ändå utgångspunkten att personen måste ges stöd och förutsättningar för att i första hand kunna fatta egna beslut och att han eller hon ska få vara så delaktig som möjligt i beslut som handlar om den egna vården och omsorgen.

En bedömning av om en person kan ta ställning själv i en viss fråga förutsätter i allmänhet inte att personen testas eller att något speciellt instrument används, även om detta ibland kan vara av värde.

På Kunskapsguiden finns temat ”Stödja äldre personers vilja” från Socialstyrelsen. Temat är ett metodstöd som ger råd om hur personal kan stödja äldre personer med nedsatt beslutsförmåga. Arbetet med att stödja äldre personer att uttrycka sin vilja handlar om att skapa goda förutsättningar för varje äldre person att utifrån sina förutsättningar uttrycka sin vilja. Målet är att alltid maximera personens inflytande över de insatser som erbjuds. I texten anges bl.a. följande.

> Bästa tillgängliga vilja innebär att utgå från att en persons vilja kan vara av olika kvalitet. Alla kan ge uttryck för sin vilja, men viljan kan när den uttrycks vara mer eller mindre stark. Hur stark viljan är kan bl.a. bero på hur bra eller dåligt underbyggd den är. Exempelvis kan viljan stärkas om personen får nya erfarenheter av en viss insats eller ny kunskap som övertygar personen. Det är viktigt att vara uppmärksam på viljans kvalitet. Om den inte upplevs som tillräckligt stark är det viktigt att ge stöd för att säkra viljan. Det kan handla om att följa upp eller stödja personen att utforska sin vilja.

För att uppnå bästa tillgängliga vilja listas sedan åtta steg:

1. Planera mötet eller tillfällena då personen ska erbjudas insatser och ge uttryck för sin vilja.
2. Skapa förutsättningar för personen att förbereda sig.
3. Skapa förutsättningar för personen att förstå informationen.
4. Skapa förutsättningar för personen att överväga vad han eller hon vill.
5. Skapa bra förutsättningar för personen att uttrycka sin vilja.
6. Ta ställning till om personen har gett uttryck för bästa tillgängliga vilja.
7. Dokumentera.
8. Uppföljning.

Vilja och samtycke

I kapitel 7 beskrivs ingående vad som gäller enligt svensk rätt i fråga om krav på samtycke till vård och omsorg. Redan här kan dock konstateras att begreppet samtycke vållar huvudbry i äldreomsorgen.

Rätten till självbestämmande inom socialtjänsten innebär att insatser ges på frivillighetens grund. Detta kan vålla problem om den enskilde inte alls har förmågan att ge något samtycke, t.ex. på grund av kognitiv svikt. Sedan den 1 januari 2015 finns ett tydligt formulerat krav på samtycke inom hälso- och sjukvården, vilket kommer till uttryck i 4 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Där anges att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. 3 § samma lag. Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till åtgärden. Samtycket kan när som helst återkallas.[20]

Samtycke till medicinsk vård och behandling kan ges på olika sätt. Det kan ges *uttryckligen* genom tal eller skrift. Det kan även uttryckas mer vagt genom handling, ett s.k. *konkludent* eller tyst samtycke. Alla dessa former av samtycke bygger på att den enskilde fått erforderlig information som denne kan processa tillräckligt för att kunna lämna ett giltigt samtycke och sedan manifesterar sitt medgivande på något sätt. Samtycket är då ”informerat” och uttryckt.

Ett *inre* samtycke innebär att den enskilde är fullt medveten om vad som händer och samtycker till de åtgärder som är aktuella. Dock manifesteras samtycket inte på något sätt, varför ett samtycke inte kan anses ha lämnats. I stället *presumerar* personalen att den enskilde samtycker till åtgärden. Det säger sig självt att det kan vara svårt att skilja ett inre samtycke från ett presumerat samtycke.

Ibland förekommer uttrycket *hypotetiskt samtycke*. Till skillnad från vid inre samtycke är den enskilde inte medveten om vilken åtgärd som saken gäller. Personalen antar, dvs. lägger fram en hypotes om, att personen skulle samtyckt om vederbörande haft möjlighet att sätta sig in i frågan och faktiskt lämna samtycke. Av detta förstår man att det inte är ett samtycke utan bara ett resonemang.

[20] Här förtjänar kanske påpekas att i praktiken har ett samtyckeskrav funnits inom vården redan före patientlagens tillkomst, vilket kunnat utläsas av bl.a. kraven på information, samråd och respekt samt uttalanden i förarbetena om att den enskilde i princip har en oinskränkt rätt att avstå från vård och behandling.

Presumerade samtycken av olika slag är inte en laglig grund för vård eftersom ordalydelsen i 4 kap. 2 § patientlagen kräver att samtycket på något sätt kommer till *uttryck*. I förarbetena nämns inga undantag då man skulle kunna godta ett presumerat samtycke.[21] [22] I nödsituationer kan vård ändå ges. Samtidigt är det ett bekymmer att det saknas en rättslig grund för vård till den som på grund av nedsatt beslutsförmåga inte kan lämna ett informerat samtycke, annat än i rena nödsituationer. Beträffande socialtjänsten torde alltjämt råda betydande osäkerhet kring olika samtycken, i synnerhet hos personalen.[23] Samtycke är inte ett krav enligt socialtjänstlagen, men någon grund för att ge omsorg mot den enskildes vilja finns inte.[24] När den enskilde inte kan ge uttryck för sin vilja uppstår därför problem.

I bilaga 4 till betänkandet *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:80) finns en särskild bakgrundsredogörelse för hur man kan ge stöd till personer med nedsatt förmåga att kunna fatta egna beslut och vara delaktiga. Nedan följer huvuddragen.

Beslutsförmåga

Att fatta beslut innebär att bestämma sig för en bland flera möjligheter. Man gör alltså ett val mellan olika handlingsalternativ. En persons beslutsförmåga – förstått som förmågan att förstå en situation, värdera risk och nytta och sedan välja alternativ samt kunna uttrycka ställningstagandet i en given fråga i en viss situation – beror på personens fysiska, psykiska och intellektuella tillstånd i den specifika situationen. Nedsättningen av beslutsförmågan kan vara tillfällig, mer eller mindre permanent och variera över tid. Beslutsförmågan kan också variera avsevärt beroende på vad som krävs för att kunna ta ställning i en viss fråga i den aktuella situationen. Därför är det viktigt att värdera beslutsförmåga utifrån varje unik situation.

Beslutsförmåga beror i första hand av intellektuell (kognitiv) förmåga, i vilket inbegrips förmåga att resonera, lösa problem, tänka abstrakt, förstå språk och orsakssammanhang samt förmåga till inlärning. Även andra mentala förmågor såsom kreativitet, personlig-

[21] SOU 2015:80 s. 409.
[22] Prop. 2013/14:106 s. 57och 119.
[23] Se t.ex. Ds 2003:47 s. 128; SOU 1984:64 s. 179; Socialstyrelsen, nr 12/2013, s. 5.
[24] Här bortses från särskild tvångslagstiftning som finns på socialtjänstområdet.

het och omdöme kan antas vara betydelsefulla, liksom kunskap och tidigare erfarenheter. Såväl beslut av större vikt som vardagliga beslut kan bli svåra när den intellektuella förmågan är nedsatt, men i vilken utsträckning beror på hur komplicerat ett ställningstagande är och hur beslutsfattandet arrangeras. Med rätt stöd kan en person som potentiellt skulle ha ansetts sakna förmåga att fatta beslut i en viss fråga i stället själv ta ställning i frågan, alternativt göras delaktig i större utsträckning än vad som annars hade varit fallet.

Eftersom framtida händelser per definition är hypotetiska är det nödvändigt att ha tillräcklig föreställningsförmåga men också förmåga till rationellt tänkande vid sitt beslutsfattande. Ett val mellan olika alternativ innebär en grad av osäkerhet och en förmåga att föreställa sig olika utfall av beslutet. Man behöver kunna sätta sig in i möjliga situationer, alltså tänka abstrakt. Om det gäller ett beslut som berör en framtida situation behöver personen kunna tänka sig själv i ett annat tillstånd, med andra personer inblandade och eventuellt på en annan plats. Osäkerheten om hur den hypotetiska situationen kan komma att se ut kan vara stor och svår att föreställa sig. Tidigare erfarenheter av situationer som liknar den hypotetiska kan vara svåra att bortse från och det är lätt att fastna i detta tänkande. Att fatta ett beslut förutsätter ett resonemang som man antingen kan föra inom sig, som ett samtal med sig själv, eller med andra verkliga eller tänkta personer. Samtal kan därför vara en nödvändig del av tänkandet inför ett beslutsfattande.

Människan är inte helt rationell. Grundläggande värderingar och önskemål är inte alltid stabila utan kan påverkas av nya erfarenheter och omständigheter i nya situationer. Därför måste hänsyn tas till personen i den givna situationen och man behöver vara medveten om det normala i att vara ologisk, ombytlig och att inte alltid se till sitt eget bästa. Studier med utgångspunkt i beslutsteori tyder på att människans val och beteende inte alltid kan förklaras av viljan att uppnå så mycket nytta som möjligt. Snarare är människan obenägen att ta risker. Kanske detta kan förstås som att människan strävar efter trygghet. Det är enkelt och energibesparande att göra på ett sätt som man känner igen. Vid beslutet utgår man från den kunskap som man redan har, men beslutet skulle kunna bli ett annat om man får nya erfarenheter. Beslut tenderar därför att vara föränderliga.

Att i en beslutssituation uppfatta information om fördelar och nackdelar eller risk och nytta, minnas dessa och överväga vad som är

viktigast innebär en hel del intellektuellt arbete. Såväl språkliga funktioner, abstrakt tänkande, minne och omdöme är involverade. Vid nedsättningar av intellektuella funktioner uppstår svårigheter med allt detta. Personer tenderar då att tänka konkret vilket kan vara otillräckligt när det gäller hypotetiska scenarier.

Det ingår också i en persons förmåga att ta ställning i en viss fråga att kunna uttrycka detta på ett begripligt sätt som dessutom står i rimlig överensstämmelse med hur risk och nytta sammanvägs. Förmågan att uttrycka sig med talat språk inbegriper många delar på olika språkliga nivåer; förmågan att minnas hur ord ska sägas, att hitta de ord som behövs och kunna formulera meningar samt att kunna uttrycka sig på ett sammanhängande sätt. I allmänhet drabbas den språkliga uttrycksförmågan som en konsekvens av den generella intellektuella nedsättningen men den kan också drabbas specifikt. Förmågan att uttrycka sig med skrivet språk följer oftast förmågan att uttrycka sig genom talspråk och på likartat sätt. Under livet ändrar sig den intellektuella och kommunikativa förmågan liksom omdömet av olika anledningar. Både mycket unga personer och mycket åldrade personer kan hamna i en situation där det är svårt att inse att man inte riktigt förstår eller kan göra sig förstådd.

Man kan inte lita på ett beslutsyttrande om det genast följs av ett annat som motsäger det första, eller om det motsägs av att personen handlar i en annan riktning än vad yttrandet pekar på. Av den anledningen är det av värde att fundera över kommunikation och språkförmåga i detta sammanhang, eftersom ord och avsikt inte alltid följs åt. När det gäller att bedöma en annan persons ställningstagande så som detta uttrycks, behöver man också veta hur väl genomtänkt det är och om det är grundat i en värdering av olika aspekter, såväl positiva som negativa. Man behöver bedöma personens resonemang och om det som personen säger stämmer med vad han eller hon uttrycker i övrigt. Även stabilitet är viktigt, t.ex. att den person som ska bestämma sig inte verkar tveksam. Ett beslut som är fattat i affekt kan vara instabilt, men det kan även ett beslut grundat enbart på rationella skäl visa sig vara. Ställningstaganden kräver ofta att hänsyn tas till både rationella skäl och den känslomässiga inställningen. Beslut är situationsbundna. Vid ett senare tillfälle kan en person uppleva situationen annorlunda och beslutet bli ett annat.

Det icke-verbala kroppsspråket står för den absolut största delen av den mänskliga kommunikationen. Människan använder mer eller

mindre medvetet olika rörelser för att visa en avsikt, t.ex. skaka på huvudet för att uttrycka ”nej”. Man visar också känslomässiga reaktioner på ett sätt som är direkt förståeligt och mer eller mindre spontant. Känslouttryck är en viktig del av kommunikationen. Detta sätt att kommunicera är oftast universellt. Känslouttryck och olika avsikter visas också under tal, t.ex. mjuknar rösten när man känner ömhet medan den blir entonig och svag vid depression. Eftersom kroppsspråket inte är inövat utan till stor del omedvetet och nära förbundet med känsloupplevelser kan det också användas av personer som inte längre kan använda det talade eller skrivna språket.

När det gäller förvärvade hjärnskador drabbas beslutsförmågan på olika sätt och det finns många olika aspekter att väga samman. Hjärnans funktion kan vara störd i lägre eller högre grad och en skada eller sjukdom kan vara lokaliserad till ett mer begränsat område eller i andra fall utbredd över stora delar av hjärnan. Skilda utbredningsområden för en sjukdom eller skada påverkar också intellektet och andra mentala funktioner på olika sätt. Generellt kan sägas att ju mer utbredd en skada eller sjukdom är, desto mer sannolikt är det att beslutsförmågan påverkas mer påtagligt. Detta beror på att de intellektuella funktioner som krävs för att kunna förstå och minnas information, bli medveten om aspekter av risk och nytta, göra en avvägning och sammantagen bedömning samt därefter på ett begripligt sätt uttrycka beslut, involverar mycket stora delar av hjärnan. För att kunna förstå det som sägs krävs en tillräckligt god språkförmåga; man måste känna igen ord och ords innebörd samt kunna förstå språkligt komplicerade yttranden. En aspekt av förståelse är förmågan att uppfatta och tolka abstrakta innebörder och dra slutsatser utifrån vad som är underförstått. Minnesfunktionerna spelar stor roll för förståelsen. Det hjälper inte att förstå enskilda ord eller satser när man har nedsatt förmåga att komma ihåg det man hört så länge som krävs för ett ställningstagande. Detsamma gäller vid skriftlig information, trots att denna inte är lika belastande för korttidsminnet.

Som en följd av antingen en hjärnskada som orsakat språkstörning (afasi) eller en demenssjukdom får många personer svårt att kontrollera sitt tal så att de säger det de avser eller tänker på. Detta innebär att de talar irrelevant, dvs. svarar eller säger sådant som är helt fel och missledande för den som lyssnar. Ett ja-svar kan bli ett nej, namn på personer eller objekt blandas ihop osv. Vid möten med

personer som man misstänker kan säga fel på detta sätt är det viktigt att söka extra bekräftelse på att det man har hört stämmer. Det kan vid vissa allvarliga minnesstörningar (demens, tillstånd efter alkoholförgiftning, infektioner, vissa hjärnskador) gå så långt att personen konfabulerar, dvs. oavsiktligt ”ljuger” eller med andra ord fyller i minnesluckor med yttranden som inte passar in i dialogen. Talet kan verka normalt och lyssnaren märker kanske inget.

Psykiska sjukdomar påverkar beslutsförmågan på olika sätt. Nedstämdhet, oro och ångest är psykiska störningar som ofta försvårar autonomt beslutsfattande. Det gäller egentlig depression, bipolär sjukdom, s.k. utmattningsdepression, posttraumatisk stress eller andra långvariga eller kroniska tillstånd. Det kan också vara så att en person har en krisreaktion i samband med den pågående situationen eller har gått igenom en svår livshändelse. Gemensamt för dessa sjukdomar och tillstånd är att personen känner sig ledsen, förlorar intresset för sig själv och omvärlden och ofta upplever skuld. Personen känner vanligen ambivalens i valsituationer och kan vara mycket passiv, ibland apatisk. Omdöme, uppmärksamhet och tankeförmåga kan svikta eller vara gravt nedsatt vilket påverkar förmågan att värdera och tolka information och göra val. Demenssjukdomar ger ofta depressioner och depression kan likna begynnande demenssjukdom, vilket gör att det kan vara svårt att bedöma beslutsförmågan. Långvariga eller traumatiska perioder med stress, kanske i kombination med hotande fara, påverkar de mentala funktionerna och ofta i kombination med svår ångest och depression.

Depression och ångest påverkar de delar i hjärnan som är avgörande för beslutsförmåga eftersom det vid beslutsfattande krävs en viss nivå av motivation och realistisk värdering av den egna förmågan och möjligheterna till förändring. En starkt negativ livssyn innebär en obalanserad värdering av risk och nytta, där det inte finns möjlighet att se situationen ur andra perspektiv. Det finns därför en risk att personen gör ställningstaganden som missgynnar honom eller henne och som vid en senare tidpunkt hade varit helt annorlunda. Schizofreni och liknande tillstånd ger tankestörningar, vanföreställningar och hallucinationer. Ofta kan personen då bedömas sakna beslutsförmåga under kortare eller längre perioder. Kommunikationen kan vara svårt nedsatt och beteendet avvikande. I kroniska fall ses också en allmän kognitiv svikt vilket i ett längre perspektiv kan leda till demenssjukdom. När sjukdomen är kronisk men debu-

terar i unga år innebär den ett långt liv med många beslutssituationer av olika karaktär. Det är då viktigt att poängtera att förmågan att fatta beslut är beroende av personens mentala tillstånd i den aktuella situationen och givetvis av vilken specifik fråga det rör sig om.

Vissa neurodegenerativa sjukdomar, t.ex. s.k. pannlobsdemens, ger som primärt symptom personlighetsförändringar vilket i hög grad påverkar förmågan att med gott omdöme fatta beslut. I fallet pannlobsdemens är tillståndet kroniskt och förvärras allteftersom. Nedsättningen av beslutsförmågan kan drabba såväl enkla vardagliga beslut som mer livsavgörande sådana. I dessa fall är av betydelse att göra personen delaktig, detta av respekt för personen och i syfte att ge honom eller henne möjlighet till så stor delaktighet som möjligt.

Autismspektrumstörningar ger begränsad förmåga att förstå och använda språket samt relatera till andra personer. Det kan i det typiska fallet bli svårt för personen att förstå den information som ligger till grund för ställningstagandet och föra en dialog om olika valmöjligheter. Att välja något okänt kan upplevas som särskilt besvärande för en person med denna typ av störning.

En del beslut måste fattas snabbt i akuta situationer och personen det gäller kan tillfälligtvis vara omtöcknad, traumatiserad eller förvirrad. Starkt lugnande medel kan i sig påverka kommunikations- och tankeförmågan. Detta gäller inte minst äldre sköra personer som är multisjuka, kanske med demenssjukdom eller på annat sätt nedsatt intellektuell funktion. Det kan vara svårt för personen att uppfatta vad som pågår och sägs. Det påverkade kroppsliga tillståndet kan ge bristande blodcirkulation med nedsatt medvetandenivå vilket gör att det är svårt att lyssna uppmärksamt, tänka, förstå och uttrycka sig tydligt. Förmågan att uttrycka sig, ställa frågor och tala om hur man vill ha det kan bli starkt nedsatt under en tillfällig eller mer varaktig period. Det kan även vara så att personens hörapparat, glasögon eller annat hjälpmedel inte finns tillgängligt.

När en person har grava flerfunktionsnedsättningar kan förmågan att fatta beslut påverkas i hög grad. En inte alltför ovanlig situation är att äldre personer som sedan tidigare har nedsatt syn och hörsel drabbas av hjärninfarkt (stroke), vilket bl.a. påverkar artikulationsförmågan. Personen har i ett sådant fall både svårt att använda skriftlig respektive muntlig information med hjälp av syn och hörsel samt att uttrycka ett beslut på ett förståeligt sätt. I vissa fall kan personen samtidigt också ha en kognitiv störning vilket då också på-

verkar beslutsförmågan i olika situationer. Bland personer med mycket hög ålder finns många som är multisjuka och vissa har flera funktionsnedsättningar, sjukdomar och allmänt sviktande förmåga vilket gör dem mer beroende av vård och omsorg. Perspektivet på och inställningar till olika livsfrågor som kanske har en existentiell grund kan ändras och frågor som gäller beslut om den egna vården och hälsan får kanske andra svar hos personer med mycket hög ålder än hos en yngre person med livet framför sig. Många äldre upplever ensamhet och oro vilket kan öka behovet av stöd i beslutssituationer.

Svårigheter som inte innebär nedsatt beslutsförmåga

Med fysiska funktionsnedsättningar avses t.ex. nedsatt syn, hörsel, känsel och motorik, inklusive talförmåga. Många personer med någon av dessa funktionsnedsättningar har inte nedsatt beslutsförmåga, men bristande tillgänglighet samt avsaknad av hjälpmedel kan begränsa individens möjlighet att uttrycka sina ställningstaganden. Det finns många typer av hjälpmedel, både låg- och högteknologiska, som kan kompensera funktionsnedsättningen. I vissa fall och beroende på typ av funktionsnedsättning kan förmågan att själv ta ställning ändå vara svår att bedöma, då personen kan ha stora begränsningar i sin förmåga att uttrycka sitt resonemang och sitt ställningstagande, trots stöd i form av hjälpmedel. Att kunna se handlar inte alltid om synskärpa utan även om hjärnskador som kan ge tolkningsproblem, t.ex. synfältsbortfall eller en specifik förvärvad uppmärksamhetsoförmåga (neglekt).

När en person har nedsatt hörsel kan det lätt uppstå missuppfattningar. Personen kan tro att ett budskap är rätt uppfattat. I andra fall så hör han eller hon inte alls vad som sägs men svarar ändå. En del personer med hörselnedsättning – särskilt personer som samtidigt har en psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning – kan ha en ökad misstänksamhet. Många personer med nedsatt hörsel har fått hjälpmedel men har svårt att använda dem på bästa sätt. I sådana fall kan en audionom konsulteras för att ge förslag om hur man kan kompensera för den nedsatta hörseln och på så sätt förbättra förutsättningarna för kommunikationen.

Nedsättning av förmågan att tala (alltså förmågan att kunna artikulera på ett sätt som gör att talet går att uppfatta av andra) är en form

av motorisk eller sensorisk nedsättning. Nedsatt förmåga att artikulera är en relativt vanlig följd av neurologiska sjukdomar och skador men kan också vara en följd av tidig skada som orsakar kroniskt störd muskelkontroll, med eller utan samtidig intellektuell utvecklingsstörning. Vid förvärvad artikulationsstörning utan tydlig intellektuell störning finns det hjälpmedel av olika slag. Det är då viktigt att tillhandahålla dessa och vid behov anlita expertis (t.ex. arbetsterapeut eller logoped) som kan ge stöd under användningen.

Stöd från samtalspartnern

Olika typer av beslut har olika kännetecken. Exempelvis måste beslut om samtycke till vård i akuta situationer ofta fattas vid ett visst tillfälle för att hindra allvarliga konsekvenser för personen. Dessa situationer kan därför vara svåra för de som är inblandade. Även när personen saknar förmåga att själv ta ställning i den uppkomna frågan är det viktigt att respektera hans eller hennes rätt att vara delaktig i möjligaste mån, t.ex. genom att informera och ställa frågor. Somliga andra beslut fattas också normalt endast vid ett tillfälle men är ändå inte alltid avgörande eller av större vikt för personens hälsa eller välbefinnande. Här finns i många fall på ett helt annat sätt än i akuta situationer (där personen snabbt behöver vård) möjlighet att ge individuellt anpassad information, annat lämpligt stöd och lämpliga förutsättningar i övrigt för att personen själv ska kunna ta ställning i frågan eller så långt som möjligt vara delaktig.

När man bedömer vilka förutsättningar som gäller för att kunna förbättra en persons beslutsförmåga genom olika stödåtgärder måste detta alltid utgå ifrån personen och hans eller hennes förutsättningar samt vilka möjligheter som finns för honom eller henne att fatta ett självständigt och grundat beslut i frågan det gäller. Som redan nämnts behöver man känna till personens allmänna kroppsliga tillstånd, hur det står till med grundläggande funktioner och om det finns några särskilda omständigheter man behöver ta hänsyn till.

En hel del kan observeras och bedömas utan specialistkunskap men i osäkra och speciella fall kan personal med specialkompetens på området behöva konsulteras eller anlitas för att undersöka tillståndet. Det kan t.ex. vara en neuropsykolog eller, när det gäller språk och kommunikation, en logoped. Det är viktigt att tänka på att det

kroppsliga och psykiska välbefinnandet spelar stor roll, kanske särskilt vid svår sjukdom, men också vid lindriga eller mer tillfälliga tillstånd av smärta, trötthet eller oro. Nedsatta funktioner kan ”hjälpas upp” på olika sätt för att en persons förmåga att ta ställning själv i en fråga ska bli så bra som möjligt. I somliga fall räcker det med eller finns bara tillgängligt sådant som kan göras för att förbättra personens allmänna tillstånd. Det är alltid bra att ha ett inledande förutsättningslöst samtal med personen för att kunna bilda sig en första uppfattning om hur det går att kommunicera.

Smärta, stress, vakenhet och kroppslig svaghet kan variera under dagen och det är angeläget att då söka efter ett tillfälle som kan ge en så god samtalssituation som möjligt. Att inte kommunicera på ett sätt som ökar oro eller stress är viktigt, särskilt när det rör sig om sköra personer. Lösningar som kan gynna en beslutsprocess är att som samtalspartner avvakta med beslutet, återkomma vid flera tillfällen och under samtal extra noga söka efter bekräftelse på att personen har förstått informationen och innebörden av beslutet. Med intellektuell nedsättning följer ofta ett långsammare mentalt tempo, något som också kan vara en följd av åldrande i sig. I flera miljöer inom vården är tidsbrist ett problem. Vid avgörande beslut och beslut av större vikt är dessa faktorer en ogynnsam kombination eftersom en person med nedsatt beslutsförmåga behöver mer tid både under samtal och under hela beslutsförloppet. Den avsatta tiden för samtal behöver därför anpassas individuellt utifrån personens förutsättningar, önskemål och behov. Omgivningen har också betydelse. Finns möjligheter till ett enskilt samtal i en trygg och välkänd miljö inför ett avgörande eller annars större beslut är det sannolikt gynnsamt för personens beslutsförmåga. I en akut situation kan tidsnöd uppstå. Att i det läget samtala noga med personen gällande beslutsfattandet angående den egna vården kan bli svårt. I sådana fall kan man återkomma och samtala med personen i senare skede, i syfte att göra personen så delaktig som möjligt. De vardagliga besluten fattas sannolikt på olika platser beroende av fråga och situation och man får då underlätta genom att ordna rummet så gynnsamt som möjligt i den uppkomna situationen. Av respekt för personen som ska ta ställning i frågan bör man givetvis ta sig tid att ta fram personens eventuella hjälpmedel och ordna med möjligheter att skriva och läsa, dvs. se till att det finns papper och penna, glasögon, hörapparat m.m. när så behövs. Behövs tolk så ordnas det. I mer akuta beslutssitua-

tioner finns inte alltid möjligheter att anpassa rummet. Då är det extra viktigt att kommunicera med personen på ett respektfullt sätt och att ansträngningar görs för att skapa en så rofylld situation som möjligt i den akuta situationen.

I dialoger med personer som har nedsatt beslutsförmåga räcker det i vardagliga situationer ofta med en kortare dialog och ibland kan en fråga formuleras kort och enkelt. När det gäller avgörande och mer komplicerade beslut behövs riklig information som ges både muntligt och skriftligt. Samtalspartnern kan behöva upprepa och förtydliga informationen samt återkomma med denna vid flera tillfällen för att slutligen formulera frågan om personens inställning. Motiv och redogörelser för fördelar och nackdelar kan redovisas och detta kan formuleras mer eller mindre objektivt. Den som formulerar informationen har här givetvis en viktig roll. Ibland deltar även närstående i samtalet. Samtalspartnern behöver försäkra sig om att göra sig förstådd och föra en dialog med stor respekt för personen. Det är givetvis också viktigt att underlätta för honom eller henne att uttrycka sig och att inte tolka det som sägs på oklara grunder. Att hjälpa till och strukturera ett resonemang är en annan viktig aspekt. Inom såväl vård och omsorg som forskning behövs god kunskap och utbredd medvetenhet om den roll och det ansvar man har som samtalspartner. Besluten kan vara av stor vikt för personens framtid. Samtalspartnern och hur denne tar sig an sin roll är avgörande.

När det gäller situationens påverkan kan det vara så att personen är desorienterad till tid och rum. Många olika tänkbara situationer kan vara aktuella och personen kanske talar om något annat än vad samtalspartnern gör. Risken finns att man pratar förbi varandra i samtalet och att ett ställningstagande görs på fel grunder. Om personen med nedsatt beslutsförmåga egentligen tänker på och talar om en annan situation än den som beslutet rör så kan hans eller hennes ställningstagande av naturliga skäl inte anses mycket värt. Den situation som samtalet äger rum i kan också missförstås på andra sätt. Vanföreställningar av olika slag, exempelvis visuella hallucinationer och upplevelser av att vara förföljd eller på andra sätt känna sig hotad, är inte ovanliga vid demenssjukdom och psykos. Det kan göra det omöjligt för personen att göra den bedömning som krävs för ett beslut. Vid psykisk störning kan affekten vara det som styr och ett önsketänkande med alltför positiva eller negativa föreställningar kan dominera över det rationella tänkandet.

Det gäller att ställa frågor på ett sätt som gör det lätt att svara. Öppna frågor bör undvikas. I stället bör man använda sig av frågor som går att besvara med enstaka ord och man kan även utnyttja möjligheten att peka på saker. Det är viktigt att vara medveten om att vid vissa typer av funktionsstörningar i hjärnan har personen svårt att hitta egna svar och i stället upprepar personen ofrivilligt ord eller yttranden han eller hon just hörts sägas. Vid beslutsfattande kan det vara bra att ha en enkel informationstext som stöd och med den som underlag gemensamt söka efter det ord personen tänker på. Den språkliga förståelsen kan förbättras av samtidig användning av kroppsspråk och/eller visuellt stöd såsom bilder eller skrivna ord.

När beslutet ska formuleras, kanske med ett ”ja” eller ”nej”, behöver detta ibland bekräftas. Detta eftersom det inte är ovanligt att personer som har nedsatt förmåga att uttrycka sig säger något annat än vad de egentligen avser. Ett nedskrivet ”ja/nej” eller tecken för detta kan vara bra att ha till hands. Det är lätt hänt att ”lägga ordet i munnen” på en person med nedsatt förmåga att uttrycka sig och man måste bemöda sig om att ställa frågor på ett sätt som inte förleder tanken. Man kan hjälpa personen genom att sammanfatta och be om bekräftelse på att man har förstått.

När det gäller det kortvariga minnet för vad man har hört eller läst finns det möjligheter att öka tillgängligheten över tid genom att skriva upp stödord eller genom att samtalspartnern upprepar det viktiga och återkommer med information vid flera tillfällen. Man kan också anpassa mängden information för att minska belastningen på korttidsminnet under beslutsprocessen. Information kan även antecknas och svåra ord kan skrivas med en tydlig förklaring. Om en person har haft en minnesstörning under en längre tid t.ex. på grund av hjärnskada eller demenssjukdom, innebär det att han eller hon kan ha svårt att minnas det som hänt under en lång tidsperiod. Personen lever då mentalt kvar i gamla tider och det blir svårt för honom eller henne att ta ställning med utgångspunkt i den aktuella situationen. Lösningen kan vara att använda en minnesbok, bildstöd eller s.k. samtalsmatta. Fokus kan fästas vid att tydligt skilja på olika tidpunkter och rum. Som samtalspartner får man hjälpa till att hålla fokus på frågan och inte spinna vidare på olika infall. Det är viktigt att inte öka påfrestningen med för mycket information.

Genom att på ett enkelt och lättförståeligt vis få nedtecknat och formulerat valmöjligheter, tankegångar, bedömning av risk och nytta,

frågor kan frågan bli mer konkret för den enskilde. Vid riktigt svåra fall kan det vara bra att rådgöra med en eller flera oberoende etiskt skolade personer, t.ex. en teolog eller en person inom vård eller omsorg som studerat klinisk etik. En person med specialkunskaper inom klinisk etik kan bidra som konsult eller handledare.

Under akuta fall av bristande verklighetsuppfattning, kan personen vara beslutsoförmögen i frågor av större vikt. Om det är möjligt får man då skjuta upp ställningstagandet till senare. Om inte, får kommunikativt stöd ges genom att förmedla trygghet och stabilitet och genom att ordna så att personen ändå känner sig delaktig i så hög grad som möjligt. Det är viktigt att inte argumentera och försöka forcera fram en annan uppfattning om verkligheten, eftersom personen i fråga sannolikt inte är mottaglig utan snarare blir extra orolig. I många fall av demensutveckling är desorientering ett påtagligt symptom. Det innebär att personen med demens talar om och upplever det som är möjligt för honom eller henne att minnas och förstå sedan förfluten tid. Vissa personer med demens kan t.ex. tala om sig själva som de unga personer de en gång var. Samtalspartnern måste vara medveten om det och om att ett svar från personen därför inte säkert gäller den situation som beslutet avser. Om personen med nedsatt beslutsförmåga får hjälp med att klargöra tid- och rumsmässiga förhållanden kan det underlätta beslutsfattandet eller i vart fall göra att samtalspartnern förstår hur personen tänker.

3.6 Tekniska förutsättningar för användningen av välfärdsteknik

3.6.1 Inledning

Flera tekniska förutsättningar behöver finnas på plats för att implementera digital teknik och upprätthålla teknisk stabilitet. Det rör sig både om teknisk infrastruktur i form av bredband och om informationssäkerhet, teknisk och semantisk interoperabilitet, frekvent funktionsövervakning och användbara it-system. Få välfärdsteknik-tjänster fungerar helt oberoende i en ”digital bubbla”.

All digitalisering är beroende av fungerande infrastruktur. Hård infrastruktur är bl.a. kablar, master och basstationer, som transporterar data. Mjuk infrastruktur är bl.a. lagar, standarder, begreppsanvändning och internetprotokoll som gör att data kan utbytas.

Krav på symmetri, dvs. samma hastighet i upp- och nedlänk, anses extra viktigt för tjänster som kräver möjlighet till interaktion, som digitala trygghetslarm, videokommunikation inom hälso- och sjukvården eller interaktivt deltagande i distansutbildning i realtid.[25]

Tillgängliga tjänster handlar också om robusthet. Tillhandahållare av kommunikationsnät och kommunikationstjänster är skyldiga att säkerställa att verksamheten, t.ex. bredband, uppfyller en grundläggande, rimlig nivå av driftsäkerhet. Statliga anslag bidrar till åtgärder som att operatörers centrala driftsledningar och knutpunkter byggs in i bergrum eller insatser som handlar om kraftförsörjning, reservel, redundans och kvalitet. Samhällsviktiga verksamheter som avser allmän ordning, säkerhet, hälsa och försvar har särskilt höga robusthetskrav.

3.6.2 Bredband

Tillgång till bredband håller på att bli en förutsättning för att kunna ta del av grundläggande samhällsservice och att fullt ut vara delaktig i samhället. I framtiden kommer många välfärdstjänster att bäras av den digitala infrastrukturen. Till exempel kommer sannolikt en stor del av vården att ges på distans.

Bredband är ett vanligt samlingsnamn för olika tekniker som gör det möjligt att ansluta till internet med hög överföringshastighet.[26] Det passiva nätet är själva fibertråden (svartfiber). Även byggnader och annan fysisk infrastruktur, t.ex. kanalisation, ingår i den passiva infrastrukturen. Genom att aktiv utrustning installeras i den fysiska förbindelsens båda ändar blir det möjligt att transportera data i nätet, dirigera trafik och upprätta en anslutning (svartfibern aktiveras). Den som innehar den aktiva utrustningen har ansvaret för drift och övervakning av själva nätet och dess utrustning för att förhindra och åtgärda fel. Denne svarar dock inte för tjänsterna i nätet.

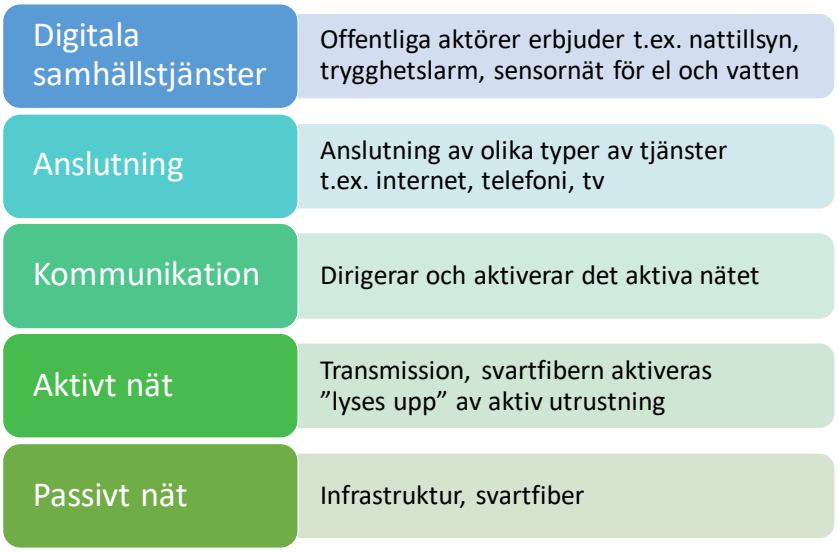
För att en tjänst ska kunna levereras till slutanvändaren behövs en anslutning mellan beställaren/tjänsteleverantören och slutkunden. Operatörer/nätägare erbjuder anslutningstjänster via sina och andras nät. Anslutningen kan tillhandahållas på olika sätt, t.ex. upp-

[25] Näringsdepartementet (2016). *Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi*, s. 42.
[26] Källa: PTS.

handlas separat, ingå i leveransen tillsammans med den digitala tjänsten eller att slutanvändarens egen anslutning används.

Figur 3.1 Bredbandsmarknadens förädlingsnivåer

Figuren nedan illustrerar värdekedjan för bredbandstjänster via fiber



Källa: Slutrapport från Bredbandsforums arbetsgrupp – Infrastruktur för digitalisering, juni 2019.

Det finns fast bredband och mobilt bredband. Mobilt bredband är en trådlös anslutning som gör det möjligt att vara uppkopplad via mobiltelefonnätet. Skillnaden mellan fast och mobil anslutning är att vid fast anslutning är användaren knuten till viss plats. Med mobilt bredband kan man oftast förflytta sig medan man är uppkopplad.

Jämfört med fast bredband via trådbundna accesstekniker kännetecknas bredband via mobilnätet i dagsläget av generellt lägre genomsnittliga faktiska hastigheter. Detta innebär att det kan gå långsammare för slutanvändare att ta emot och skicka filer. Fast bredband via mobilnätet har dessutom längre svarstider, vilket gör att vissa typer av internettjänster kan fungera sämre.[27]

För att kunna leverera ett bredbandsabonnemang (tjänster) till slutkund krävs att bredbandsoperatören antingen äger eller hyr infrastruktur och aktiv utrustning för transmission och kommunika-

[27] PTS (2017). *PTS mobiltäcknings- och bredbandskartläggning 2016.*

tion. Den hierarkiska nätstrukturen kan beskrivas i termer av stomnät, mellanortsnät och accessnät. Vilken kapacitet som kan levereras beror av flera faktorer. Det handlar om vilken teknik som används, hur näten är dimensionerade, hur hög belastningen i näten är samt vilken ändutrustning konsumenter respektive operatörer har.[28]

I Sverige delas ansvaret för bredbandsutbyggnad mellan flera aktörer. Statens roll är att skapa förutsättningar för aktörerna på bredbandsmarknaden genom att formulera politiska mål och undanröja hinder för utvecklingen och, i den mån konkurrensen inte snedvrids otillbörligt, använda de statliga infrastrukturerna för att främja utbyggnaden och rikta offentliga insatser dit marknadens aktörer inte bedöms investera. Staten har alltså ett ansvar på områden där allmänna intressen inte enbart kan tillgodoses av marknaden.[29]

Leveransen av digitala offentliga tjänster är inte särskilt reglerad i lag. Mellan aktörer i kedjan, som beställare och tjänsteleverantör, sluts kommersiella avtal för leverans av tjänster. Marknaden består av en stor mängd aktörer i samtliga led och med olika roller. I de flesta fall består leveranskedjan för en digital tjänst av flera aktörer som var för sig tar ansvar för sin verksamhet. Däremot hänger inte de olika delarna i kedjan nödvändigtvis ihop på ett sätt som garanterar tjänsteleveransen utifrån beställarens behov. Detta beror på att de olika aktörerna har olika tekniska lösningar, olika rutiner och olika affärsmodeller. Detta medför att det från ett robusthetsperspektiv är svårt för någon aktör att garantera leverans genom hela kedjan. Man behöver teckna avtal genom hela kedjan som definierar kraven och ibland även anpassa tjänsten för att möta de ställda kraven. Det stora antalet aktörer och den komplicerade kedjan gör det svårt att veta var den svagaste länken är. Insikten och förståelsen för var svagheterna finns är ojämn hos aktörerna som i sin tur skapar oklarhet om ansvar och kravställningen mot operatörerna. När aktörerna i kedjan inte förstår varandras behov eller inte omsätter dem i ändamålsenliga tjänster blir svagheterna svåra att rätta till.[30]

Ett stadsnät är ett bredbandsnät som är lokalt etablerat, vanligen inom en kommun. De svenska stadsnäten erbjuder ett så kallat öppet nät. Ett öppet nät är en infrastruktur som är tillgänglig för marknadens alla aktörer på likvärdiga villkor. Nätet är öppet för alla som

[28] Näringsdepartementet (2016), s. 40.
[29] Näringsdepartementet (2016), s. 36.
[30] Bredbandsforum. (2019). *Infrastruktur för digitalisering. Slutrapport från Bredbandsforums arbetsgrupp*, s. 22.

vill hyra fiber och för alla som vill erbjuda tjänster via en tjänsteportal. Stadsnätet byggs ofta baserat på fiberoptik. Enligt Svenska Stadsnätsföreningen finns stadsnät i 200 av Sveriges 290 kommuner. Över 85 procent av näten är kommunalt ägda, resterande ägs av privata aktörer.[31] De kommunala stadsnäten är i första hand nätägare och levererar inte slutkundstjänster, som internet, tv eller telefoni. Gemensamt för stadsnäten är att samtliga äger bredbandsinfrastruktur. Storleken på näten och bolagens verksamhet skiljer sig däremot åt. Enstaka stadsnät sammanbinder bara kommunens egna verksamheter medan andra också ansluter enskilda hushåll och företag.[32]

Byanät förekommer framför allt i landsbygd. Boende i ett område har då gått samman för att bygga ett fibernät till vilket de ansluter sina fastigheter. Byanäten har tillkommit som en följd av förekomsten av en serie statliga och EU-medel för bredbandsutbyggnad i områden där det saknas kommersiell investeringsvilja. I Sverige har fördelningen av medlen utgått från en så kallad nerifrån och upp-modell där ideella krafter bildat ekonomiska föreningar som i sin tur sökt medel från stödprogrammen. Bidragsdelen har i genomsnitt finansierat 40–60 procent av den totala byggkostnaden i dessa projekt och varit starkt bidragande till fiberutbyggnaden på landsbygden. Det finns också byanät som byggts utan stödmedel även om de är relativt få. Det finns i dag cirka 1 000 byanät spridda över landet. De skiljer sig åt tekniskt, organisatoriskt och ekonomiskt. De har byggts vid olika tidpunkter, av olika aktörer och på olika sätt, så de varierar i storlek både i antal anslutningar och geografiskt.[33] Byanäten omfattas inte av särskilda skyldigheter kring driftssäkerhet, då de i regel inte omfattas av reglerna i lagen (2003:389) om elektronisk kommunikation, förkortat LEK, eller av Post- och telestyrelsens (PTS) driftsäkerhetsföreskrifter (PTSFS 2015:2).

Fastighetsnät och områdesnät utgör den sista delen av den infrastruktur som krävs för att skapa en anslutning till en slutkund. Det finns ingen enhetlig definition av fastighetsnät, men generellt kan det sägas vara den del av nätet som ligger i en fastighet och är en del av den juridiska fastigheten. Fastighetsnät kan variera i storlek från flera tusen anslutningar i områden med flerfamiljshus till enskilda anslutningar i privata villor. I t.ex. flerfamiljshus ansluter fastighets-

[31] www.ssnf.org
[32] Myndigheten för delaktighet, (2017a) *Tekniska förutsättningar för digitala trygghetstjänster – Redovisning av ett regeringsuppdrag om nationell samordning*. s. 23.
[33] Bredbandsforum. (2019), s. 42.

nätet varje lägenhet till ett teknikutrymme i källaren där anslutning sker till det allmänna nätet som drivs av en operatör. Större fastighetsägare har ofta tecknat avtal med en operatör för t.ex. internetanslutningar och där drift och underhåll av fastighetsnätet ingår. Det finns dock många olika upplägg för hur avtal ser ut mellan fastighetsägare och övriga parter. Fastighetsnät omfattas inte av LEK och därmed inte heller PTS driftsäkerhetsföreskrifter. Det finns dock ett antal standarder och rekommendationer för anläggning och kvalitetssäkring av fastighetsnät. Svenska Stadsnätsföreningen har gav 2011 ut rekommendationer för Robusta Fastighetsnät som uppdaterats i början av 2019 och riktar sig till fastighetsägare och installatörer och kan anses utgöra en branschstandard.

Tjänsteleverantörer har ett åtagande att leverera sina tjänster till kundens anslutning (t.ex. inne i en lägenhet eller villa). Operatörerna däremot har ett ansvar att leverera fram till fastighetens överlämningspunkt, som kan vara vid tomtgränsen eller inne i fastigheten. Det kan alltså finnas ett glapp mellan tjänsteleverantörens och operatörens ansvar. Den sista sträckan från operatörens överlämningspunkt är en s.k. singelförbindelse utan redundans. Att skapa en redundant[34] förbindelse sker i dag enklast med en mobil lösning.

Det förekommer att mobila nät används för att koppla upp trygghetslarm även på orter där det finns fiberburet bredband, trots att de trådburna bredbanden som regel erbjuder högre kapacitet och större driftsäkerhet då de är mindre känsliga för vädervariationer och nedgång i kapaciteten på grund av överbelastning m.m. Förklaringarna som ges är att det är billigare att installera trygghetslarm med mobil anslutning, att det inte kräver särskild teknisk kompetens och att hemtjänstpersonalen därför klarar installationen själv. Att installera trygghetslarm via trådburet bredband kan kräva fiberdragning och installation av tekniskt utbildad personal. Ytterligare förklaringar till att mobil anslutning används är att kommunerna har större kontroll över hela larmkedjan, från den enskilda personens larmdosa till larmcentralen. Det handlar om att larmet levereras med ett mobilabonnemang som leverantören tecknar och i dessa ingår en högre grad av serviceåtagande från operatören.[35] Moderna digitala trygghetslarm

[34] Redundans handlar om reservkapacitet genom att delsystem finns i två exemplar som under normal drift kan dela arbetet mellan sig, men där den ena kan ta över arbetet om den andra går sönder eller behöver tas ur drift för planerat underhåll. Ingen extra funktionalitet tillförs i sak, men systemet blir mer robust och klarar störningar bättre.
[35] SLA, service level agreement.

med mobil anslutning har en batteribackup som räcker i minst två dygn, vilket gör att larmen fungerar även om strömmen går.

I intervjuer som Myndigheten för delaktighet gjort framkommer hur kommuner, både de som har kommit långt och de som inte har kommit lika långt i implementeringen, resonerar när det gäller det mobila nätet kontra det fasta nätet.[36] Någon kommun hade löst problemet med vita fläckar genom förstärkare och extraantenner. Flera framförde att det finns behov av att koppla på fler tjänster på samma plattform. Om trygghetslarmen är uppkopplade på det mobila nätet kanske inte kapaciteten räcker till för fler tjänster.

Behovet av att kunna upphandla en plattform som flera lösningar kan kopplas till framkommer också i Socialstyrelsens kartläggning från 2017. De regionala e-hälsosamordnarna framförde i Socialstyrelsens kartläggning att det finns en risk för inlåsningseffekter då trygghetslarmen ansluts till mobila nät. De mobila näten har inte kapacitet att ansluta andra tjänster som innebär bildöverföring och stora mängder datatrafik för hälsoövervakning. Socialstyrelsen konstaterade att det råder en diskrepans mellan att staten satsar på bredbandsutbyggnad och kommunerna bygger ut fibernät, samtidigt som kommunerna sedan väljer att inte använda dessa nät, t.ex. när socialtjänsten i kommuner som upphandlar trygghetslarm väljer att bortse från att kommunen själv äger och driver fibernät.[37]

Regeringen beslutade strategin *Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi* i slutet av 2016. Enligt denna bör hela Sverige ha tillgång till infrastruktur som medger snabbt bredband, stabila mobila tjänster och som stödjer digitalisering. Regeringens vision är ett helt uppkopplat Sverige. På kort sikt har målsättningen höjts till att 95 procent av alla hushåll och företag bör ha tillgång till bredband om minst 100 Mbit/s redan år 2020. På längre sikt bedömer regeringen att det behövs mål på två områden; tillgång till snabbt bredband i hela Sverige och till stabila mobila tjänster av god kvalitet – där ledordet är ”användning utan upplevd begränsning”. Målen är att 98 procent bör ha tillgång till bredband om minst 1 Gbit/s i hemmet och på arbetet, resterande 1,9 procent bör ha tillgång till minst 100 Mbit/s och 0,1 procent bör ha tillgång till minst 30 Mbit/s senast år 2025. Båda bredbandsmålen är teknikneutrala, vilket innebär att anslut-

[36] Myndigheten för delaktighet, (2017a), s. 31.
[37] Socialstyrelsen (2017b). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017*, s. 49.

ningen kan tillhandahållas genom fast eller trådlös teknik. Målen innebär också att alla bör ha tillgång till stabila mobila tjänster av god kvalitet där de normalt befinner sig senast år 2023.[38]

PTS mobiltäcknings- och bredbandskartläggning är en årlig rapport som kartlägger tillgången till och utbyggnaden av fast och mobil bredbandsinfrastruktur, dvs. tillgången till telefoni och bredband där vi bor och arbetar, samt tillgången till mobilt bredband och mobiltelefoni över Sveriges yta. År 2018 hade över 89 procent av alla hushåll och företag tillgång till it-infrastruktur som medger hastigheter om 1 Gbit/s, genom en anslutning eller genom att finnas i närheten av fibernät. Andelen hushåll i Sverige som har tillgång till minst 100 Mbit/s har stadigt ökat under de senaste åren som en följd av fiberutbyggnaden. PTS bedömer dock att denna ökning kommer att bromsa in snabbt de närmaste åren. Anledningen till detta är att många hushåll som fortfarande saknar tillgång till 100 Mbit/s av olika skäl är så kostsamma att ansluta med fiber att det är osäkert om de kommer att få någon fiberanslutning.

3.6.3 Tekniska förutsättningar vid implementering av välfärdsteknik

Välfärdsteknik genererar information som behöver filtreras och sorteras, ibland skapa alarm och i många fall dokumenteras i verksamhetssystemen. Genom användning av standarder och informationsmodeller kan produkter och integrationsplattformar fungera tillsammans, informationshanteringen ske automatiskt och beroenden till enskilda leverantörer undvikas.

Ofta talar man om ett ”ekosystem” bestående av olika tekniska lager som genererar, samlar in och sätter ihop data till information. Informationen genereras av händelser, incidenter och/eller larm. Dessa kan ha aktiverats av individen själv (aktiva larm) eller genom händelser och incidenter som aktiverats av någon form av avvikelse.

En förutsättning för att de olika tekniska lagren i ekosystemet ska kunna kommunicera med varandra är olika former av kommunikationsprotokoll. Det s.k. *första lagret* består av enheter som på något sätt samlar in data eller information. Det kan vara olika typer av sensorer, larmknappar och kameror. Dessa är antingen monterade i

[38] Näringsdepartementet (2016), s. 30.

bostaden eller bärs av individen. Enheterna kommunicerar med någon form av välfärdshubb, som kan liknas vid en router. Kommunikationsprotokollet är trådlöst och bygger ofta på radio (Z-Wave och ZigBee)[39] alternativt via Bluetooth eller WiFi. Dessa kommunikationsprotokoll är enligt uppgift välbeprövade säkra branschstandarder som används inom i princip alla smarta hemlösningar. Data eller information från enheterna kan även gå via en mobiltelefon som får agera som datainsamlingspunkt. Data som skickas vidare från första lagret kan t.ex. vara ev. rörelse mottagen av en rörelsesensor, ID på enhet, tidpunkt för händelse, batteristatus osv.

Bluetooth, blåtandsteknik, är en standard för trådlös, kortväga kommunikation mellan t.ex. headset och mobiltelefon eller mellan tangentbord och dator. I varje enhet (mobiltelefon, PC, tangentbord, mus etc.) monteras in en Bluetooth-krets med en antenn. Kretsen är en kombinerad sändare och mottagare, som kommunicerar med andra Bluetooth-enheter. När två enheter får kontakt med varandra, upprättas en förbindelse mellan enheterna.

Wi-Fi är en teknik för trådlösa nätverk.[40] Wi-Fi är den vanligaste tekniken för lokala trådlösa nät. Trådlösheten innebär att användare inte behöver dra och koppla kablar och enkelt kan flytta på sig utan att kontakten bryts. Med Wi-Fi kan även enheter som nyttjar nätverksåtkomsten röra sig mellan samordnade accesspunkter utan att förlora uppkoppling (roaming). Wi-Fi har längre räckvidd än Bluetooth och anses därmed lämpa sig bättre för allmän kommunikation. Genom att basstationen är nära har Wi-Fi större kapacitet än nätverk som bygger på mobiltelefonteknik. Datatrafiken är i allmänhet mycket billigare än om trafiken går via basstationer för mobiltelefoni. En

[39] Z-Wave är ett trådlöst kommunikationsprotokoll utvecklat för hemautomation i syfte att på ett stabilt och driftsäkert sätt kunna styra elektronik i bland annat hushåll och kontor. Kommunikationen mellan enheterna är utvecklad för att ha snabb responstid och stabilitet, vilket gör att signalerna är svåra att störa ut. Enheter med Z-Wave är strömsnåla och drivs antingen med direkt strömförsörjning eller batteridrift. I Sverige krävs inget tillstånd från Post- och telestyrelsen för att använda sig av Z-Wave. En konkurrerande teknik till Z-wave är den öppna tekniken Zigbee. Zigbee-produkter är kompatibla mellan olika marknader (till skillnad från Z-wave). En amerikansk Zigbee-produkt fungerar alltså i Europa och vice versa. Precis som med Z-wave är kommunikationen mellan Zigbee-noder dubbelriktad. Det innebär att alla tillbehör kvitterar att informationen har nått fram. Kommunikationen styrs med standardprofiler. Det finns profiler för till exempel hemautomation, lampor och energimätning. Trots att kommunikationen styrs av standardprofiler har kompatibiliteten mellan Zigbee-noder från olika tillverkare historiskt sett varit dålig. Det beror på att hårdvaran är standardiserad i profilerna, men mjukvaran har varierat mellan olika system. RISE (2020). *Plattform och Struktur för Styrning och Samverkan – Trygg och effektiv omsorg med stöd av välfärdsteknik och digitalisering.*

[40] Numera används ofta begreppet som ett mer populärt och slagkraftigt sätt att beteckna trådlöst LAN (”WLAN”) över IEEE 802.11-standarden. RISE (2020).

nackdel är behovet av en lokal basstation kopplad till internet med annan teknik (t.ex. ethernet, DSL eller 3G). Att kommunikationen sker med radiovågor betyder också större risk för störningar och att trafiken lätt kan avlyssnas. Krypterad kommunikation kan kanske inte avkodas, men kan lagras för senare försök till avkodning. Eftersom kommunikation över Wi-Fi är svårare att kryptera rekommenderas inte Wi-Fi vid överföring av persondata såsom vid användning av välfärdsteknik. Trådlös kommunikation kräver i allmänhet också mer energi, vilket förkortar batteritiden.

Det finns flera andra tekniker för trådlös datakommunikation, men hård- och mjukvaran för dessa är inte lika lättillgänglig som de nämnda och ofta är den dyrare och kräver specialkunskaper.

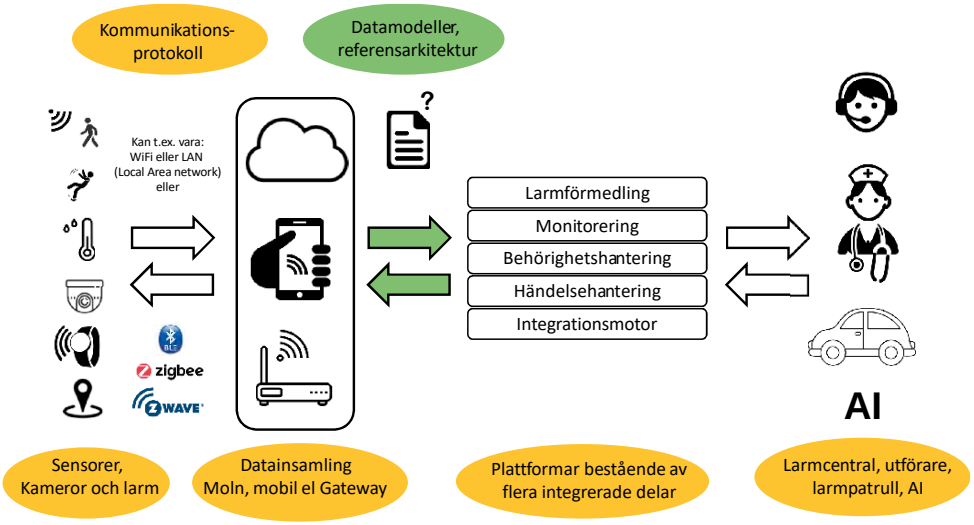
Andra lagret är insamlingspunkten för data och eller information som genererats av enheterna (välfärdshubb alt. mobiltelefon). I detta lager konfigureras data enligt standarder, referensarkitektur och ramverk. Här etableras även kontakten med välfärdsteknikplattform/system genom certifikat, kryptering och autentisering.

En välfärdsteknikplattform består av flera system som interagerar för att kunna vidarebeordra larm om händelser, incidenter eller aktivera tillsynstillfällen. Lite förenklat består en plattform av:

- Larmförmedling
- Monitorering av enheter (status, batteritid osv.)
- Behörighetshantering och användaruppgifter
- Uppgifter om den enskilde
- Händelsehantering (händelsekedjor som kan trigga larm)
- Videohantering
- Kryptering och certifikathantering
- Integrationsmotor.

Sist i kedjan finns ofta ett gränssnitt för larmmottagning. Där finns information om användaren, vilket typ av larm det gäller, anteckningar kopplade till den enskilde, möjlighet för hemtjänstutföraren att ta emot larmet, insatsregistrering, möjlighet att skicka larmet vidare och möjligheter att ringa upp och utföra digital tillsyn.

Figur 3.2 Ekosystemet kring välfärdstekniken



Källa: RISE (2020).

Transport Layer Security (TLS), ”transportlagersäkerhet”, är ett kryptografiskt kommunikationsprotokoll som är en öppen standard för säkert utbyte av krypterad information mellan datorsystem. Det finns olika krypteringsnivåer. SCAIP rekommenderar TLS V1.2 eller högre. Det innebär en krypteringsnyckel med minst 128 bit.

En vanligt förekommande standard är SCAIP (Social Care Alarm Internet Protocol).[41] [42] Genom SCAIP sätts upp en säker kommunikationssession där utbyte av data och information sker i krypterad form mellan plattform/system och välfärdshubb. När data når plattformen sätts den data som kommer från enheterna ihop med annan data som redan finns inlagt i plattformen som t.ex. personuppgifter som den enskildes namn, adress, telefonnummer och insats. Denna

[41] Enligt uppgift heter SCAIP numera SEK TS 50134-9.

[42] *Session Initiation Protocol (SIP)* är ett protokoll utvecklat av IETF och numera en godtagen standard för initiering, ändring och avslutning av interaktiva sessioner som innefattar multimedia såsom video, ljud, spel och virtuell verklighet, t.ex. vid telefoni och videosamtal. Protokollet tillhandahåller mekanismer för att etablera sessioner mellan avsändare och mottagare genom att meddela mottagaren om en inkommande session. SIP har en rad säkerhetsfunktioner. HTTP MD5 och SHA256 digest authentication används för autentisering. TLS används för att dölja kommunikation mellan olika enheter. Dock är informationen öppen i de servrar som hanterar den. S/MIME ger både autentisering, integritetsskydd och konfidentialitet mellan två klienter. SIP identity är tänkt att ge säkra identiteter mellan olika domäner, samtidigt som standarden ger meddelanden ett visst integritetsskydd.

data kan då sägas bli information. I plattformen läggs även användare upp och ges de behörigheter behöver för att kunna ta emot larm.

De flesta leverantörer av just digitala trygghetslarm använder någon form av dialekt av SCAIP. Vissa leverantörer använder flera olika dialekter på SCAIP-standard beroende på hur olika beställare har kravställt tjänsten. I Sverige är det vanligt att varje implementering av välfärdsteknik är unik och data levereras med olika definitioner och terminologi. Det innebär att det brister i interoperabilitet mellan system och enheter och att det är svårt och kostnadsdrivande att få in nya tjänster i redan upphandlad välfärdsteknikplattform. En framtidssäkrad öppen plattform med ett gemensamt gränssnitt är således svårt att upphandla. Enligt uppgift är dock de flesta leverantörer i grunden överens om att det är SCAIP-standarden som man bör utgå ifrån och utveckla.[43] Svensk Elstandard (SEK) förvaltar SCAIP. SIS (Svenska institutet för standarder) förvaltar den organisatoriska förvaltningsmodellen ”Trygghetskedjan för trygghetslarm” SIS/TK 574, dvs. hur organisation och förvaltning kring trygghetslarmen ser ut utifrån involverade intressenter så som leverantörer av hårdvara och tjänst, extern och intern larmcentral, kommunal verksamhet och trygghetsjour och användare.

I dag är den mesta välfärdstekniken uppkopplad på ett eller annat sätt eftersom data ska sändas till och från den plats där användaren befinner sig. Såväl inom fastigheter som ute i samhället finns det i dag goda möjligheter till en snabb och pålitlig trådlös kommunikation. Allt fler lösningar är mobila, vilket kräver trådlös kommunikation. Optimalt ur tillgänglighetssynpunkt är egentligen både och, med det trådlösa som backup. Ett exempel på det är att låta välfärdsteknik i ordinärt boende i första hand kommunicera över fast bredband, med mobilt bredband som backup vid driftstörningar. För anslutning av särskilda boenden mot internet och molntjänster, är en fiberanslutning bra. Även här kan mobilt bredband som backup vara ett alternativ, i synnerhet om det är kritiska tjänster (t.ex. trygghetsskapande tjänster) som är beroende av uppkoppling för att fungera.

[43] Enligt RISE är det dock många leverantörer som anser att SCAIP-standarden har luckor och problem som måste adresseras. Bland annat så skapas mycket överflödiga data vid användandet av Session Initiation Protocol, som är förutsättningen att utbyta data i SCAIP. Enligt RISE (2020) finns det andra enklare mer moderna sätt att utbyta data och information som t.ex. MQTT som är ett meddelandeprotokoll framtaget för M2M och IoT-applikationer. Oavsett vilket meddelandeprotokoll som används kan datamodellerna i SCAIP appliceras.

För att slippa driftstörningar vid avbrott i uppkopplingen finns ibland möjlighet att göra boendet till en egen ”bubbla”, med all funktionalitet i fastigheten och med uppkoppling endast för administration av systemet på distans. En sådan modell har dock nackdelar.[44]

Ingen digital utrustning fungerar utan strömförsörjning. Om denna tillgodoses genom batteridrift, nätanslutning eller både och varierar. Det finns fördelar med båda varianterna; batteridrift underlättar installation och fungerar även vid strömavbrott medan nätanslutning är oberoende av batteribyten som utgör både en tidskrävande arbetsinsats, en kostnad och medför risk för driftavbrott. Problem med strömförsörjningen kan inträffa inte bara vid strömavbrott i elnätet utan också t.ex. då en brukare i sitt eget hem drar ur sladden ur eluttaget, av oförstånd eller t.ex. för att sätta i dammsugaren. Att vilja stänga av välfärdstekniken för att spara ström är också en vanligt förekommande förklaring till att sladdar dras ur. Säkrast är lösningar som är nätanslutna med batteribackup.[45]

Enligt en svensk vägledning för implementering av välfärdsteknik är det viktigt att kartlägga hela den digitala kedjan och dess strömförsörjning. I ordinärt boende kan det inkludera eventuell aktiv utrustning för fiberanslutning, som i flerfamiljsboende kan finnas utanför den aktuella bostaden. I särskilt boende kan det omfatta accesspunkter för trådlöst nätverk. Ett sätt att öka tillgängligheten för accesspunkterna kan vara att strömförsörja dem via Power over Ethernet, PoE, som hämtar strömmen från den aktiva nätutrustningen, vilken i sin tur kan vara försedd med batteribackup, UPS.[46]

För mobil utrustning är batteridrift det enda alternativet, ofta då med laddbart batteri. För lösningar som brukaren själv ska ha på sig, till exempel fallarm eller gps-lösningar, är det viktigt med både en relevant kravställning på batteritid i upphandlingen och tydliga rutiner för vem som ansvarar för laddning.

Störningsfri tid, då en digital tjänst är tillgänglig för användning, kallas ibland ”upptid”. Fullständig tillgänglighet sägs vara antingen omöjligt eller väldigt kostnadsdrivande. Det är viktigt att tydligt avtala med leverantören om vilken tillgänglighet som ska gälla.[47] I arbetet med att upprätthålla en hög tillgänglighet, är det viktigt att beakta

[44] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018). *Vägledning för implementering av välfärdsteknik*, s. 36.
[45] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 39.
[46] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 39.
[47] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 37.

samtliga länkar i den kedja som upprätthåller driften av tjänsten. Det kan vara ett slag i luften att kräva hög tillgänglighet av en leverantör om det inte ställs motsvarande krav på t.ex. kommunens egen kommunikationslösning. I många kommuner går det för övrigt inte att felanmäla utanför kontorstid.

Här kan noteras att av enkätsvaren till Socialstyrelsen framgår att 94 procent av de digitala trygghetslarmen har anslutits via ett mobilnät och 3 procent via ett fast bredbandsnät. Andelen digitala trygghetslarm som är uppkopplade via mobila nät har ökat stort, från cirka 55 procent år 2014 till 94 procent år 2017.

För att larmen ska ge användarna trygghet och säkerhet måste de fungera alla dagar och tider på dygnet. De flesta kommunerna som svarade på Socialstyrelsens enkät 2017 hade system för att automatiskt testa trygghetslarmen, vilka testades dagligen i 95 procent av kommunerna. Testerna utgörs av en automatisk signal från larmenheten till larmmottagningen. Detta kallas för automatiskt testlarm. Frekvent funktionsövervakning avser den funktionalitet som med hjälp av datapaket skickas med ett frekvent intervall från den digitala trygghetstelefonen till larmmottagningen. Övervakningen gör att systemet för frekvent funktionsövervakning kan upptäcka störningar i kommunikationsvägar eller i funktioner i trygghetslarmet och underrätta kommunen om detta. Frekvent funktionsövervakning ska vara kopplad till en handlingsplan hos larmmottagningen, där det ska finnas rutiner för hur larmmottagningen ska agera på information från den frekventa funktionsövervakningen samt när och hur larm ska eskaleras till utförare. Frekvent funktionsövervakning ska också vara kopplat till ett grafiskt gränssnitt där utförare enkelt ska kunna se om trygghetslarm inte fungerar.[48]

Kommunerna behöver komplettera automatiska kontroller med tester för att försäkra sig om att alla delar i larmkedjan fungerar, från larmet som den enskilde bär till hemtjänstpersonalen som ska besvara larmet. Cirka 48 procent av kommunerna testar de digitala trygghetslarmen en gång i månaden medan 33 procent uppger att de aldrig gör tester, enligt Socialstyrelsens undersökning 2017.

För att den enskilde ska känna sig trygg med sitt larm är det också viktigt att larmet har hög tillförlitlighet. Det händer dock att kom-

[48] Myndigheten för delaktighet (2017a). *Tekniska förutsättningar för digitala trygghetstjänster. Redovisning av ett regeringsuppdrag om nationell samordning*, s. 16, med hänvisning till SKI:s avropsvägledning Trygghetslarm och larmmottagning. SKL Kommentus inköpscentral (SKI) (2015). *Trygghetslarm & larmmottagning Avropsvägledning.*

munikationen avbryts av olika orsaker. I Socialstyrelsens kartläggning anges att 58 procent av kommunerna hade någon form av teknisk automatisk backup för trygghetslarmen (oavsett typ).

Många välfärdstekniklösningar behöver en hårdvaruplattform för att fungera, vilket kan vara en mer generell utrustning som exempelvis en smartphone, surfplatta eller dator. Ibland finns valmöjligheten att få en viss funktion antingen i särskild hårdvara eller som en ”app” i den mer generella utrustningen. Såväl i ordinärt som i särskilt boende blir det alltmer vanligt att personalen utrustas med en smartphone i arbetet. Användningsområdena är många och det kan se ut som en lockande möjlighet att lägga till nya funktioner ”bara” genom att installera ytterligare en app i den. Det kan vara en lämplig väg att gå, men följande bör beaktas:[49]

- Hur säkerställs både en säker inloggning och en obruten tillgång till appen för till exempel avisering vid larm?
- Ska tvåfaktorsautentisering med t.ex. SITHS-kort göras? Ska det i så fall ske för åtkomst till telefonen eller appen eller både och?
- Kan utloggning vid inaktivitet kombineras med ständig åtkomst till aviseringar?
- Har varje anställd sin egen smartphone eller en ”stafettelefon” som hämtas ut när man går på sitt pass?
- Finns det risk att appar stör varandra? Kan tjänsteleverantören ta fullt driftansvar när de inte har kontroll över andra appar?
- Ska operativsystemet fjärrhanteras och begränsas, så att personalen inte kan installera appar på egen hand? Hur ska det hanteras?
- Vem ansvarar för att godkänna appar och hur ser den rutinen ut?
- På särskilt boende: Ska telefonen ha sim-kort även om den främst använder det trådlösa nätverket för kommunikationen? Behöver personalen kunna ringa telefonsamtal med den? Eftersträvas 3G/4G som backup till trådlöst nätverk?

Ett alternativ är att låta tjänsteleverantören svara också för personalens ”handenheter”, t.ex. en specialkonfigurerad smartphone som bara fungerar för den aktuella tjänsten. Många varnar dock för detta,

[49] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 40.

då det i förlängningen kan leda till olika enheter för olika tjänster (”batmanbältet”).[50] En bra kompromiss kan vara centralt upphandlade och konfigurerade telefoner där endast godkända appar kan installeras och användas. Apparna installeras genom att ”skjutas ut” från it-avdelningen. Förutsättningarna när det gäller typ av telefon, operativsystem, uppdateringar och liknande måste då tydliggöras väl för anbudsgivarna vid upphandling av tjänster.

De flesta funktioner är beroende av utrustning och tjänster som inte är en del av den aktuella leveransen. Som redan nämnts är det en utmaning att få samspelet att fungera optimalt när flera leverantörer är inblandade och en del teknik har andra syften än digitalisering av vård och omsorg. Det kan handla om fastighetsteknik, verksamhetssystem eller det generella trådlösa nätverket i kommunen.[51]

[50] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 40.
[51] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 35.

4 Digital teknik för vård och omsorg

4.1 Kapitlets innehåll

Allt fler kommuner inför olika slags digital teknik inom äldreomsorgen, men utvecklingen går inte lika fort i alla kommuner. Enskildas tillgång till välfärdsteknik är därmed inte likvärdig över landet. I det här kapitlet beskrivs, främst med utgångspunkt i Socialstyrelsens årliga undersökningar, hur digital teknik används inom svensk äldreomsorg i nuläget (avsnitt 4.1–4.4). I avsnitt 4.5 belyses informationssäkerheten inom äldreomsorgen. I avsnitt 4.6 tas upp frågor om upphandling av välfärdsteknik och i avsnitt 4.7 behandlas ytterligare några frågor med koppling till implementering av välfärdsteknik.

Därefter följer i avsnitt 4.8 några exempel på hur digital teknik har införts, i svenska kommuner och utomlands, för att effektivisera verksamheten, förbättra arbetsmiljön och underlätta för enskilda i vardagen. Exemplen innehåller ekonomiska beräkningar som visar att investeringarna varit lönsamma för verksamheter och samhället som helhet. De resurser som frigörs kan i stället läggas på arbetsuppgifter som inte kan automatiseras med bibehållen kvalitet. Det handlar om mobilt trygghetslarm (avsnitt 4.8.2), nyckelfri hemtjänst (avsnitt 4.8.3), digital tillsyn/trygghetskamera (avsnitt 4.8.4) och medicinpåminnare/läkemedelsrobot (avsnitt 4.8.5). Vård på distans (telemedicin) tas upp i avsnitt 4.8.6 och i kapitlets sista avsnitt beskrivs flera lösningar som implementerats i Norden.

4.2 Användningen av välfärdsteknik i omsorgen i dag

4.2.1 Allmänt

Socialstyrelsen har 2019 för sjätte året i rad kartlagt utvecklingen av e-hälsa i kommunerna.[1] Från och med 2016 är även välfärdsteknik inkluderat.[2] Mer övergripande konstateras att äldreomsorgen är det område där kommunerna dragit störst nytta av tekniken och det område där utvecklingen gått snabbast, men utvecklingen är ojämn. Visserligen inför allt fler kommuner välfärdsteknik, men det handlar fortfarande till stor del om test- och pilotverksamheter. Ökningen av antalet enskilda som får del av tekniken är inte lika tydlig. Liksom föregående år konstateras att endast en liten del av kommunerna har säkrat de av sina verksamhetssystem inom socialtjänsten där personuppgifter behandlas. Kommunerna försäkrar sig därmed inte om att enskildas, ofta känsliga, personuppgifter skyddas på ett säkert sätt.

4.2.2 Välfärdsteknik i ordinärt boende

Trygghetslarm är den absolut vanligaste formen av välfärdsteknik för enskilda och de har använts i alla kommuner i årtionden. Antalet användare av trygghetslarm ligger stadigt på drygt 200 000. I hemtjänsten och hemsjukvården har också s.k. *passiva larm*, eller sensorer, dvs. larmmattor, dörrlarm, rörelselarm etc. varit i bruk i många år. Det är 86 procent av kommunerna som använder denna typ av utrustning för personer som bor i sina egna bostäder.

I enkäten för 2019 redovisade 58 procent av kommunerna att de använder *nattillsyn via kamera* i hemtjänsten och att 1 308 personer har detta. Vidare angav 62 procent av kommunerna att de har utrustat 1 030 personer i ordinärt boende med *gps-larm*. Det är intressant att notera att det var endast tre kommuner (2 procent) som hade utrustat fler än 100 personer med gps-larm. Dessa tre kommuner

[1] Socialstyrelsen (2019c). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.*

[2] Rapporterna bygger på nyckeltal som Socialstyrelsen tagit fram i samarbete med de regionala e-hälsosamordnarna och i samråd med SKR, Digitaliseringskommissionen och Myndigheten för delaktighet. Dessa nyckeltal är baserade på intentionerna i e-hälsostrategin *Nationell e-Hälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* från 2010 och de mål som uttrycktes i överenskommelsen 2013 mellan staten och SKR om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet i socialtjänsten.

hade tillsammans nästan 600 gps-larm, alltså nästan 60 procent av alla gps-larm i de kommuner som besvarat enkäten. Resterande 430 var fördelade på 119 kommuner.[3]

Det var 35 procent av kommunerna som tillhandahåller utrustning som kan påminna den enskilde om att ta sin medicin, *medicinpåminnare* eller läkemedelsrobot. Denna typ av utrustning kan också portionera ut medicinen enligt ett förinställt schema.

När det gäller stöd för personalen finns flera elektroniska verktyg med stor spridning. Elektroniska *planeringsverktyg* i form av mobilappar fanns i 88 procent av kommunerna. Med dessa kan hemtjänsten lägga schema för hemtjänstpersonalens arbete, registrera besöken och göra anteckningar om besöken hos hemtjänstkunderna. I apparna finns också adresser, portkoder och annan viktig information som underlättar hemtjänstpersonalens arbete.

Vårdplanering med hjälp av video fanns i 83 procent av kommunerna. Inför utskrivning från sjukhus kan den enskilde, tillsammans med personal på sjukhuset möta biståndshandläggare, omsorgs- eller vårdgivare och närstående via video/webbkamera.

Elektroniska lås till enskilda hemtjänstmottagares bostäder fanns i cirka 56 procent av kommunerna. Med sådana lås behöver hemtjänsten inte hantera nycklar, vilket underlättar personalens arbete och minskar risken att nycklar hamnar på villovägar.

Totalt 26 procent av kommunerna angav att de har tillgång till andra typer av välfärdsteknik än de som Socialstyrelsen hade frågat om, t.ex. e-signering av läkemedel, digitala medicinskåp, robotkatter, inkontinenssensorer, äthjälpmedel i form av en robot och upplevelsecykel. Flera kommuner sade sig planera för att införa trygghetskameror, gps-larm, vårdplanering med stöd av video samt utrustning för påminnelse och fördelning av medicin under 2019.[4]

Flera välfärdstekniker har ökat stort sedan 2016. Exempelvis har vårdplanering med stöd av video ökat från 38 procent av kommunerna 2016 till 83 procent 2019. Nattillsyn via kamera kan 2019 erbjudas av mer än dubbelt så stor andel kommuner som 2016 (58 procent jämfört med 23 procent 2016). Antalet kameror i kommunerna har också ökat från 382 stycken 2016 till 1 308 stycken 2019. Vad gäller gps-larmen, har andelen kommuner med sådana ökat från 26 procent

[3] Snittet var då 3,6 gps-larm per kommun. Ytterligare 39 kommuner (dvs. 20 procent) uppgav att de visserligen hade gps-larm men att ingen person vid mättillfället hade ett sådant.
[4] Socialstyrelsen (2019c), s. 21.

2016 till 62 procent 2019. Antalet personer med gps-larm har också ökat (1 030 personer 2019 jämfört med 707 år 2018).

Socialstyrelsens företagsenkät som gjordes år 2018 visade att i ordinärt boende var det vanligast med elektroniska planeringsverktyg för personalen (40 procent), elektroniska lås (26 procent) och gps-larm (23 procent). Svarsfrekvensen på enkäten var dock låg.

4.2.3 Välfärdsteknik i särskilt boende inom äldreomsorgen

I särskilda boenden för äldre personer är den vanligaste tekniken passiva larm, dvs. sensorer såsom dörrlarm, fall-larm och rörelsedetektorer. En övervägande majoritet av kommunerna, 97 procent, har passiva larm.[5] I 37 procent av kommunerna finns avvikelselarm.

Omkring 74 procent av kommunerna kan erbjuda internetanslutning för de boende i minst ett särskilt boende i kommunen. Flera angav att bostadsbolaget dragit fram fiber till varje lägenhet och att det är upp till varje individ att beställa och bekosta uppkopplingen. Några kommuner planerar internetuppkoppling i särskilt boende.

Totalt 71 procent av kommunerna uppgav att de erbjuder vårdplanering med stöd av video. Vidare var det 42 procent av kommunerna som har elektroniska planeringsverktyg för personalen. Det är 32 procent av kommunerna som använder nattillsyn med digital teknik för tillsyn under natten. Majoriteten (57 procent) av kommunerna kan också erbjuda gps-larm i särskilt boende.

Av de svarande kommunerna är det 18 procent som också har andra typer av välfärdsteknik i särskilda boenden för äldre. De vanligaste svaren är digitala lås (hotell-lås) till de boendes lägenheter, elektronisk signering av mediciner, elektroniska medicinskåp, läsplattor, robotkatter, virtuella spel för stimulans och träning för personer med demens samt virtuella cyklar. Andra produkter som nämns är musikdockor, duschrobotar och inkontinenssensorer.

Socialstyrelsens företagsenkät 2018 visade att i särskilda boenden för äldre var det vanligt med passiva larm (95 procent), gps-larm (52 procent) och elektroniska planeringsverktyg (33 procent). I 81 procent av de särskilda boendena fanns tillgång till internet.

[5] Socialstyrelsen (2019c), s. 22.

4.2.4 Välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården

I den kommunala hälso- och sjukvården är de vanligast förekommande formerna av välfärdsteknik elektroniska planeringsverktyg för personalen (55 procent av kommunerna), utrustning för läkarkonsultation via video (24 procent) och digital medicinsignering (32 procent). Cirka 15 procent hade också andra former av digital teknik: vårdplanering via video, läkemedelsautomater, inkontinenssensorer och nyckelfria lås. Jämfört med 2018 hade användningen av välfärdsteknik ökat 2019, framför allt användningen av digital medicinsignering.[6] Sex kommuner angav att de planerar att införa digital medicinsignering under 2019. Andra planerade för elektroniska planeringsverktyg och utrustning för videokonsultationer.

4.2.5 Socialstyrelsens undersökning av 12 kommuner

Allmänt

Socialstyrelsen gjorde en intervjuundersökning i 12 kommuner[7] under 2017 för att se vad trygghetskameror och gps-larm innebär för enskilda, anhöriga, personal och kommuner. Intervjuer genomfördes med enskilda, anhöriga, omsorgspersonal, handläggare och beslutsfattare, företrädesvis socialchefer och äldreomsorgschefer.[8]

Studien visade att trygghetskameror upplevs positivt av enskilda och anhöriga, att personalens arbetssituation förbättras och att kommunen gör effektivitetsvinster. Socialstyrelsen noterade dock att organisationen och arbetssätten fortfarande verkade vara under utveckling i flera kommuner. Vissa lösningar för att hantera larm ansågs inte hållbara i längden. En annan brist var att kommunerna inte alltid hade tydliga rutiner för hur de försäkrar sig om att den enskilde förstår vad insatsen innebär och ger sitt samtycke. Viktiga aspekter av samtycke är att användaren förstår tekniken, får förutsättningar att värdera konsekvenser av tekniken och kan visa att han eller hon vill använda tekniken. Det ställer höga krav på biståndsbedömare, förskrivare och personal att informera, stödja, prova och ompröva

[6] Socialstyrelsen (2019c), s. 27.
[7] Örebro, Järfälla, Karlskrona, Norrtälje, Östersund, Kramfors, Falun, Linköping, Malmö, Karlstad, Göteborg och Halmstad.
[8] Socialstyrelsen (2018b). *Välfärdsteknik. En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner.*

insatserna. Dessutom krävs i många fall träning innan det går att ta ställning till tekniken. Det krävs stöd, tålamod och lyhördhet för att kontinuerligt säkerställa samtycke till insatsen. Samtycke från den enskilde är en pågående process som behöver säkras i alla led – vid handläggningen, vid införandet och i det dagliga arbetet.

Trygghetskameror enligt Socialstyrelsens undersökning

Med trygghetskamera eller tillsynskamera avsågs i studien en tjänst som gör det möjligt för vård- eller omsorgsgivaren att utöva fjärrtillsyn nattetid över en person i ordinärt boende eller särskilt boende för äldre. En videokamera monteras då upp i sovrummet hos den enskilde. Ibland kan mer än en kamera monteras i bostaden. Den typiska videokameran har en fast placering och kan inte panorera eller zooma. Därför är det viktigt att man vid installationen hittar rätt vinkel och avstånd till sängen. Kamerorna har som regel inte sådan kvalitet att de kan avgöra den äldre personens hälsostatus, t.ex. andningsfrekvens, puls, kroppstemperatur, blodtryck eller liknande. Den kan bara avgöra om den enskilde ligger i sin säng eller inte.

I varje enskilt fall gör biståndsbedömaren en överenskommelse med personen om hur många gånger tillsyn ska göras, t.ex. tre gånger per natt.[9] De flesta kommuner avtalar om kameratillsyn med samma frekvens som den fysiska tillsynen skulle ha gjorts.[10] Tillsynen görs genom att personalen på larmcentralen, eller annan personal, aktiverar kameran under en kort tidsintervall, ofta en minut. Oftast är ambitionen att se att personen ligger i sin säng, men i vissa kommuner vill de också avgöra personens tillstånd, t.ex. genom att undersöka att personen andas. I de flesta fall tar kameran inte upp ljud. Tillsynen loggas i systemet, men inga bilder sparas. I de flesta kommuner har leverantören begränsat möjligheten att titta i kameran. Om tillsyn ska göras vid ett visst klockslag är kameran då öppen en timme för att ge en viss flexibilitet, eftersom personalen kan behöva skjuta på den regelbundna tillsynen, t.ex. om någon annan larmar eller det är flera tillsynsbesök vid samma tillfälle.[11]

[9] De flesta kommuner använder kamerorna endast under natten. Dagtid har de flesta enskilda annan kontakt med hemtjänsten, varför kamerorna inte behövs. I någon kommun fanns en enstaka person med kameratillsyn även dagtid.
[10] Det fysiska besöket är normen. Man verkar inte ha övervägt någon annan modell.
[11] Kameran använder krypterad trafik för bilderna.

Om den enskilde inte är i sin säng avvaktar man i 10–15 minuter och försöker sedan på nytt (den enskilde kanske är på toaletten eller liknande). Om den enskilde inte är tillbaka då heller kan larmcentralen ringa upp den enskilde för att få kontakt eller skicka en signal till nattpatrullen som då gör ett fysiskt besök.[12]

Avvikelser sker kontinuerligt som beror på att den enskilde har ett behov som behöver mötas med ett fysiskt besök eller att tekniken fallerar. Det finns också tillfällen då enskilda eller anhöriga satt kameran ur funktion, medvetet eller omedvetet. De kan dragit ur sladden eller flyttat på den så att den inte fyller sin funktion.[13] Kommunerna i studien uppgav att det är 1,5–10 procent av kameratillsynen som resulterar i ett larm till nattpatrullen.[14]

Några kommuner hade upphandlat larmcentralstjänsten från externa aktörer, ofta samma företag som levererat utrustningen. Några kommuner har egna larmcentraler där det sitter personal. De kommuner som har en egen larmcentral beskriver detta som en nyckelfaktor för att arbetet ska fungera bra. Det är lättare för en lokal larmcentral att bedöma larm och avvikelser och lämna uppgifter till nattpatrullen. Den egna centralen kan också lättare få feedback från nattpatrullen. I de större kommunerna kan det finnas särskild personal som ska ansvara för trygghetslarm, kameratillsyn och gps-larm. De egna larmfunktionerna är bemannade med allt ifrån en ensam sjuksköterska som också har andra uppgifter till larmcentraler med hög säkerhet och ett större antal personal. Nattpatruller som gör den ordinarie tillsynen och insatser under natten får som regel också ta larm. Detta innebär att schemat kan spricka. I en större kommun finns en jourpatrull som tar larmen från trygghetslarmen och kamerorna medan ordinarie nattpatruller kan köra enligt sina egna scheman med insatser och tillsyn.

Kommunerna använder egen personal som installatörer av trygghetslarm och kameror. Oftast handlar det om undersköterskor som har ett särskilt intresse av teknik. Vid installationen kan personalen visa den enskilde och anhöriga direkt i en bärbar dator hur kamerabilden ser ut, vilket också kan vara en trygghet för den enskilde. Flera kommuner hade prövat att larmföretaget gör installationerna, men de enskilda kan bli oroliga av att främmande människor kommer in

[12] Hur och när personal ska agera om den enskilde inte är i sin säng (överenskommen plats) sker enligt överenskommelse med individen.
[13] Socialstyrelsen, (2018b), s. 19.
[14] Socialstyrelsen, (2018b), s. 29.

i deras bostäder. Den egna personalen har kompetens att möta äldre och människor med demens, vilket gör installationsprocessen mer förutsägbar. De kan förklara vad som händer och vara uppmärksamma på om den enskilde ger samtycke. Den enskilde kan ibland ha gett samtycke till kameratillsyn vid mötet med biståndshandläggaren, men sedan glömt det vid installationen.

Det rådde konsensus i personalgrupperna om att kamerorna är bra[15]. Kamerorna gör att de äldres nattsömn blir bättre, då de får sova ostört. Därmed får de mer ork och funktionsförmåga dagtid. I vissa fall kan behovet av medicinering minska. Ett annat resultat var att många upplever en stärkt integritet, då det inte längre kommer personal mitt i natten. Nattpatrullen har ingen annan kontakt med den enskilde, så för den enskilde är det okända personer som kommer in i bostaden vid ett fysiskt tillsynsbesök. Ibland händer det att personer som blivit väckta och blivit oroliga av ett fysiskt tillsynsbesök larmar strax efter att nattpatrullen varit där. Särskilt personer med demens kan bli oroliga och gå upp och lämna bostaden, ofta utan att ha anpassat sin klädsel. Det blir även färre störningar för anhöriga i samma bostad och i vissa fall för grannar som blir störda av nattpatrullens bil som kör och dörrar som öppnas och stängs.

De flesta i personalgrupperna var positiva till välfärdsteknik och kameratillsyn. Några uttryckte dock att det är viktigt att det inte blir för mycket teknik så att den enskilde går miste om mänsklig kontakt. Någon uttryckte också oro för att jobben kan försvinna; ”om det inte fanns kameror skulle det finnas fler jobb i omsorgen”.[16] Andra uttryckte att de hade haft farhågor att integriteten skulle bli lidande när de införde kameror i tillsynen av de äldre. De intervjuade menade dock att dessa farhågor inte har besannats. De risker som nämns är att det inte finns utrymme för oväntade händelser, t.ex. om en eller flera kameror inte fungerar. Om problemet upptäcks eller uppstår under natten är det svårt att ringa in extra personal. Detta leder till att nattpatrullen tvingas att prioritera bland tillsynerna. Det var också mycket strul med kamerorna inledningsvis och i någon kommun är det fortfarande stora problem med tekniken. Personalen nämnde också att biståndsbesluten sällan omprövas. Detta leder bl.a. till att personer som skulle vara betjänta av att få kameratillsyn i stället för fysisk tillsyn inte får detta.

[15] Socialstyrelsen, (2018b), s. 22.
[16] Socialstyrelsen, (2018b), s. 20.

Personalens arbete blev effektivare, då man slapp göra nattlig rutintillsyn och kunde ägna sig mer åt de som verkligen behövde ett personligt besök. I samtliga personalgrupper framkom att det hade blivit färre långa tillsynsresor till dem som bara har behov av tillsyn. I flera kommuner kunde det handla om flera mil för ett enda tillsynsbesök. Det beskrevs som positivt att de kunnat skära ner på långa resor enbart för ett enda besök i syfte att konstatera att en person ligger och sover. Själva besöket kan vara avklarat på någon minut. En arbetsledare uttryckte att kameratillsyn är positivt för nattpatrullen, eftersom risken för viltolyckor i trafiken minskar.[17]

De flesta personalgrupper beskrev att de har lika mycket arbete som förut, trots att många enskilda får tillsyn via kamera. Detta beror på att antalet personer som beviljats nattillsyn har ökat. Nattpatrullerna har ändå ofta fulla scheman med personer som bedöms ha behov av ett fysiskt tillsynsbesök eller andra insatser.

De kommuner som har en egen larmcentral för trygghetslarmen har i regel förlagt kameratillsynen till denna. Larmcentralerna hade utökats med personal för att också klara av kameratillsynen. Personalen där var positiv till de nya arbetsuppgifterna. Arbetet i larmcentralerna upplevs som mer omväxlande än annars.

Flera personalgrupper uppgav att de nu funderar på hur de kan utveckla användningsområdet för kamerorna. Det råder konsensus om att kamerorna är bra och personalen tycker att de kan utveckla detta ”hur mycket som helst”. Dock anser de sig sakna möjlighet att delta i utvecklingsarbetet. De har få möjligheter att ge återkoppling på den teknik som används. De ville gärna bli inbjudna till diskussioner om utvecklingen av välfärdstekniken i kommunen.[18]

Utvärderingar har annars visat att det kan finnas negativa attityder hos personal, mot kameratillsyn och annan teknik. Ibland handlar det mer om osäkerhet i hur de hanterar tekniken än vilken roll den har i förhållande till den äldre. Personal kan t.ex. vara väldigt osäkra på datoranvändning och då vänder de detta till att teknik inte är bra för den äldre och att de äldre inte är mogna, eller anger etiska argument mot ny teknik som kameror.[19] En kommun framhöll att biståndshandläggarna är en nyckelgrupp. De har inte varit redo för

[17] Socialstyrelsen (2018b), s. 18.
[18] Socialstyrelsen (2018b), s. 22 f.
[19] Socialstyrelsen (2018b), s. 53.

att ta biståndsbeslut om kameror. Det behövs fortlöpande utbildning eftersom handläggarna byts ut. I några kommuner finns en eftersläpning hos biståndshandläggarna, som inte gärna beviljar kameratillsyn även om den enskilde ställt sig positiv till detta.[20]

De intervjuade biståndshandläggarna menade att det finns risker med kameratillsyn. Det passar inte för personer med stora hälsoproblem. Om den enskilde är orolig och behöver prata med någon är det inte heller lämpligt med kamera. Det finns dock inga riktlinjer för hur dessa bedömningar ska göras, utan besluten tas av den enskilde handläggaren eller gemensamt i handläggargruppen. När kamerorna kom var många handläggare tveksamma eller skeptiska. Då fanns en diskussion om att den enskilde kunde gå miste om social kontakt. Det har dock skett en förändring och i dag har handläggarna en mer öppen attityd till digital teknik i omsorgen.[21]

Både de enskilda och deras anhöriga ansåg att trygghetskamerorna är mindre integritetskränkande än fysisk tillsyn. En kommun framhöll att ingen av de enskilda har valt bort kameran när de väl fått den. Flera av de intervjuade äldre beskrev att de hade varit tveksamma eller negativa till tekniken innan de hade prövat. Tveksamheten handlade om att de (felaktigt) trodde att kameran filmade hela tiden och att bilderna sparades.[22] De lät sig dock övertygas att testa, av personalen eller av anhöriga, kanske inom ramen för ett pilotprojekt. Ingen av de enskilda hade efterfrågat kameran. Det var alltid handläggare, nattpersonal eller anhöriga som förde det på tal. De flesta menade också att de inte har behov av social kontakt nattetid. De träffar anhöriga, vänner och hemtjänstpersonal dagtid och det ”kan räcka”.[23] Det var heller ingen anhörig som ansåg att den enskilde hade förlorat möjligheten till social kontakt genom att fysisk tillsyn nattetid ersatts av kameratillsyn. ”På natten förväntas man ju sova”.[24]

I rapporten nämns ett exempel med kameratillsyn där en enskild skulle beviljas tillsyn efter en sjukhusvistelse. Anhöriga ville att personen skulle ha tillsyn på natten då det var långt till toaletten och fanns en fallrisk. Handläggaren föreslog då att de skulle ställa in en toaletthink i sovrummet. Den enskilde ville inte detta och ville inte

[20] Socialstyrelsen (2018b), s. 16.
[21] Socialstyrelsen (2018b), s. 25.
[22] Socialstyrelsen (2018b), s. 26.
[23] Socialstyrelsen (2018b), s. 27.
[24] Socialstyrelsen (2018b), s. 28.

heller ha någon fysisk tillsyn. Den enskilde beviljades då i stället kameratillsyn och vågade då gå på toaletten nattetid på egen hand.[25]

Socialstyrelsen ansåg för sin del att för personer som blir störda och oroliga av ett fysiskt tillsynsbesök är kameratillsyn att föredra. Den ger en nivå av trygghet som ofta räcker och den skapar inte oro eller stör nattsömnen. I synnerhet personer med demens kan bli särskilt oroliga om de blir väckta under natten. Detta kan leda till att de går upp och ibland lämnar bostaden. Det finns dock situationer där trygghetskameran ger en sämre trygghet, eller en falsk trygghet. Det är när systemet inte fungerar, när kameran har slutat att fungera eller larmcentralen ligger nere t.ex. på grund av strömavbrott.[26]

Gps-larm enligt Socialstyrelsens undersökning

När ett gps-larm aktiveras kan larmcentral, personal eller anhöriga se var enheten befinner sig och följa hur personen rör sig i det system som är kopplat till larmet, på en smartphone, dator eller surfplatta. Till skillnad från ett trygghetslarm fungerar ett gps-larm även utanför bostaden. Gps:en får kontakt med satelliter som kan positionera larmet. I dag finns teknik (t.ex. Bluetooth) som gör att gps-larmen också kan fungera inomhus. Det finns olika typer av gps-larm: mobiltelefoner, skosulor, dosor att ha i fickan eller runt halsen eller klockor. För att gps-larmet ska fungera måste det laddas med jämna mellanrum, ofta varannan eller var tredje dag. Batteritiden påverkas av hur ofta positionen uppdateras. En förutsättning för att tekniken ska bidra till trygghet är att den enskilde har enheten med sig.[27]

Det finns tre huvudsakliga sätt att använda gps-larmen:

1. **Geofence**
   Ett sätt att använda gps-larm är att programmera ett elektroniskt staket, ett så kallat geofence, i den larmenhet den enskilde bär med sig. Området ”innanför staketet” blir en trygghetszon där vederbörande kan röra sig fritt. Om den enskilde går utanför trygghetszonen aktiveras larmet. Det går att ställa in trygghetszonens storlek och att ha olika stora zoner för olika tider på dygnet.

[25] Socialstyrelsen (2018b), s. 25.
[26] Socialstyrelsen (2018b), s. 56.
[27] Socialstyrelsen (2018b), s. 31.

2. **Larma själv**
   Ett annat sätt att aktivera ett gps-larm är att den enskilde trycker på en knapp och larmar. Hur knappen ser ut skiljer sig åt mellan olika tillverkare och modeller. Den kan vara tydligt utmärkt i avvikande färg på en dosa, sitta diskret integrerad i ett armbandsur eller vara en inbyggd funktion i en mobiltelefon. En förutsättning för detta användningssätt är att användaren förstår och kan aktivera larmet.

3. **Aktiv eftersökning**
   Ett tredje sätt är att närstående eller personal tar ett aktivt beslut att söka efter användaren och tar reda på dennes position. Det går att organisera på olika sätt. Det kan göras av boendepersonal enligt en rutin, exempelvis om användaren inte har kommit hem vid en viss tidpunkt. Positionering kan då ske via en larmcentral som meddelar var gps-enheten befinner sig. Det kan också göras av anhörig eller personal som då direkt kan se var personen befinner sig.

Vid sidan av dessa finns fler funktioner som kan kombineras med larmet. En funktion är möjligheten att ringa till och från larmet. En annan funktion kan vara att den enskilde själv kan prata i larmet.

Gps-larm förskrivs som hjälpmedel eller ges som bistånd till personer med nedsatt kognitiv förmåga, minnesproblematik, orienteringssvårigheter eller demenssjukdom som vill kunna gå ut på egen hand. Gps-larm kan också ges som bistånd till personer i behov av extra trygghet när de är ute på egen hand, exempelvis på grund av fallrisk.

Kommunerna har valt olika vägar i fråga om huruvida gps-larmen ska vara en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453). Det finns exempel där kommunerna väljer olika lagrum beroende på målgrupp. Ett par kommuner använder gps för att kunna ha öppna dörrar på demensboenden.[28] gps-larm ges ibland också som anhörigstöd.[29]

Larmkedjan kan organiseras på olika sätt. Som ett exempel nämns en kommun där larmen förskrivs av t.ex. en sjuksköterska till personer med nedsatt kognitiv förmåga eller demens som vill gå ut själva, efter att andra åtgärder har testats men inte har fungerat. Majoriteten av larmen är programmerade med geografiska trygghetszoner. Kommunen har med tanke på målgruppen valt att inte använda funk-

[28] Socialstyrelsen (2018b), s. 35.
[29] Socialstyrelsen (2018b), s. 32.

tionen där den enskilde själv kan larma. Ett larm går till en larmcentral som positionerar den enskilde. Larmcentralen tar kontakt med den larmpatrull eller boendepersonal som enligt rutin ska leta efter och hämta den enskilde. Om den enskilde bor i ordinärt boende kontrolleras alltid hemmet först (då måste patrullen hämta nyckel först innan de kan börja leta). Larmcentralen informerar om den enskildes position fram till dess att den enskilde är återfunnen.

Ett annat exempel på organisering är som följer. Larmen förskrivs av sjuksköterska med stöd av demenssjuksköterska till personer med nedsatt kognitiv förmåga eller demens som är vana att vara ute och röra på sig på egen hand. Eftersökning initieras enbart av anhörig eller personal enligt individuell rutin, exempelvis när den enskilde varit borta en viss tid eller vid ett visst klockslag. Anhörig eller personal ringer då larmcentralen som därefter positionerar den gps-enhet som ska hittas. Den som initierat sökningen har kontakt med larmcentralen tills dess att personen hittats. I första hand är det anhörig eller boendepersonal som letar efter och hämtar personen.

I en tredje kommun används larmen som mobila trygghetslarm i ordinärt boende, efter biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen. Larmen ges inte till personer med demens, en förändring jämfört med ett tidigare pilotprojekt. Den enskilde behöver därför själv kunna ladda enheten, ta den med sig och förstå hur de ska larma.[30]

Flera kommuner uppgav att de behöver lösa flera stora utmaningar för att kunna öka antalet gps-larm. Den största utmaningen handlar om hur kommunen ska organisera hämtningen av användare. Medan de flesta kommuner valt att samtliga larm ska gå via en larmcentral som utför positioneringen, återstår fortfarande frågan om vem som ska leta efter och hämta den saknade personen. Det finns samtidigt exempel där kommuner valt bort vissa larmfunktioner eller målgrupper på grund av att det inte finns någon säker organisation för att hämta hem personen som gått vilse. De menar att det kan ge en falsk trygghet att utrusta en person med ett gps-larm när de inte har en organisation för att hämta personer som gått vilse. Intervjupersonerna menar att det är lättare att införa gps-larm i särskilda boenden än i hemtjänsten. På särskilda boenden finns personal dygnet runt som kan kontrollera att gps:en är laddad och att användaren har den med sig. Där finns dessutom alltid personal som kan hämta någon som har gått vilse. I vissa kommuner finns en särskild

[30] Socialstyrelsen (2018b), s. 34.

larmgrupp som åker på samtliga larm i hemtjänsten. Samtliga kommuner uppger att polisen hämtar den enskilde som en sista åtgärd om det inte går att lösa på annat sätt. Ibland finns en anhörig i hemmet som kan ha en roll i att positionera eller hämta. Flera kommuner har dock valt att inte engagera anhöriga i larmkedjan.[31]

Användningen av gps-larm har tillskapat två nya dagliga uppgifter för personalen: att säkerställa att larmet laddas regelbundet och att användaren har larmet med sig varje gång användaren går ut. Flertalet intervjuade berättar om tillfällen då de har glömt att sätta larmet på laddning, att det saknas rutiner för vem som ansvarar för laddningen, att de rutiner som finns glöms bort eller att ny personal och vikarier inte får information om rutinerna. För att få den enskilde att ta med sig gps-larmet arbetar personalen med att påminna, motivera, övertyga och övertala i varierande grad och ibland ljuga om vad gps-larmet är för något (t.ex. en mobiltelefon).[32]

I flera kommuner har inte bemanningen anpassats för situationer när det kommer ett larm. Personalen förväntas prioritera larm från gps och släppa andra uppgifter som de har för händer. I flera personalgrupper beskrivs detta som ett orosmoment. Andra enskilda på särskilda boenden blir lidande när personalen plötsligt lämnar avdelningen för att gå ut för att hjälpa en annan boende tillbaka till boendet.[33] I andra kommuner och i vissa boenden är dock frågan om rutiner vid larm tydlig och personalen upplever att det fungerar bra. I dessa fall är det tydligt hur och av vem larm initieras, vem som hämtar och att den som hämtar vet vem den enskilde är alternativt har ett foto för identifiering.[34] Vikten av att veta vem som gör vad och att det finns rutiner kring detta understryks av de intervjuade.

Fördelen med gps-larmen från personalens synpunkt är att de bidrar till minskad stress och ökad trygghet för personalen när man vet att de kan ta reda på var de enskilda är. I demensboenden har det blivit lugnare när dörrarna kan vara öppna och de boende får gå ut själva. Personalen behöver inte längre vakta vid dörren.[35] De som tidigare ville komma ut har antingen kommit till ro när de märker att

[31] En kommun hade aktivt valt bort möjligheten för anhöriga att ringa till eller söka efter ett gps-larm av etiska och integritetsskäl, Socialstyrelsen (2018b), s. 36 f.
[32] Socialstyrelsen (2018b), s. 38.
[33] Socialstyrelsen (2018b), s. 38.
[34] Socialstyrelsen (2018b), s. 39.
[35] Socialstyrelsen (2018b), s. 39.

de har möjligheten att gå ut eller så har de faktiskt gått ut på egen hand och ibland visat att de kan klara en promenad på egen hand. Andra har gått ut och personalen har kunnat hjälpa dem tillbaka då de har positionerats med hjälp av gps-larmet.[36] Personalen beskriver enskilda med gps-larm som lugnare än tidigare och stämningen i boendet som mer harmonisk. Personalen beskriver också att flera av de personer som utrustats med gps-larm älskar utevistelse och att larmen ger dem frihet att gå ut när och hur ofta de vill, utan att vara beroende av någon annan. Larmen möjliggör sålunda promenader utan hänsyn till bemanningen i hemtjänsten eller i boendet.

En risk är om beslut om gps-larm inte omprövas, något personalen tror kan påverka säkerheten. En person kan ha fått larmet i ett tidigt stadium av sin demenssjukdom och hade då full förståelse för hur larmet fungerade. I takt med att sjukdomen utvecklas förlorar dock personen förmågan att hantera larmet. Det är då viktigt att man byter ut gps-larmet mot andra insatser. Exempelvis måste den enskilde kunna larma själv om larmet fungerar så. Gps-larmet som insats måste stämma överens med den enskildes faktiska behov.

Socialstyrelsen frågade om personalen fört några etiska resonemang när det gäller införandet och hanteringen av gps-larmen. Personalgrupperna uppgav att de inte har diskuterat och reflekterat över etik i någon större utsträckning. Frågan om hur personalen får den enskilde att ta med sig sitt gps-larm återkom i samtliga gruppdiskussioner. Utifrån situationen gör personalen på olika sätt. Exempelvis kan de förklara och motivera den enskilde. Om de inte kan få ett uttryckligt samtycke kan de acceptera ett tyst samtycke. I vissa fall stämmer de av med anhöriga. Någon beskriver att de ”lirkar och trixar” och menar att nyttan med gps-larmet överväger trots att den enskilde egentligen inte vill ha larmet på sig.

En kommun har löst frågan om samtycke genom att avgränsa målgruppen till personer som inte har någon kognitiv nedsättning och vill ut och promenera själva. Då kan det vara den enskilde själv som upplever ett behov av gps-larm. I andra personalgrupper är utgångspunkten att den enskilde sagt ja vid något tillfälle, exempelvis i samtal med förskrivare eller biståndsbedömare. Många gånger är det en anhörig som har gett samtycket. Personalen berättar att det ofta är anhöriga som vill att den enskilde ska ha gps-larmet.[37]

[36] Socialstyrelsen (2018b), s. 53.
[37] Socialstyrelsen (2018b), s. 40.

De enskilda användare som Socialstyrelsen intervjuade berättade att innan de hade fått gps-larmet hade de gått vilse, gått fel väg eller inte hittat hem. Någon berättade om en rädsla att gå ut på egen hand. Två av personerna hade ingen orienteringsproblematik, men en av dem hade ramlat flera gånger och slagit sig svårt. Flertalet berättade att de vill fortsätta gå ut på egen hand. Personerna med demens eller begynnande demens har fått ett gps-larm genom att en anhörig, handläggare eller god man har föreslagit detta och hjälpt dem att få ett larm.[38] Flera uttryckte att de är nöjda med sitt larm och att det får dem att känna sig trygga när de går ut. Andra var mer neutrala, men skulle inte vilja byta bort larmet mot promenad med ledsagning.

Hälften av de intervjuade förstod hur gps-larmet fungerar, kan larma själva och vet vad som händer om de larmar. Den andra hälften kände till att de kan bli hittade om de går vilse, men kunde inte berätta vad som händer när de larmar. Några personer mindes att de har fått information men kom inte ihåg vad som sades. De som bor i ordinärt boende ansvarar själva för att ladda gps-larmet och ta den med sig när de går ut. De upplevde att det fungerar bra. Bland berättelserna finns endast en berättelse om ett skarpt läge. Personen hade då varit borta från sitt särskilda boende under en längre tid och personalen initierade en eftersökning enligt rutin. Larmkedjan fungerade och personalen på boendet kunde snabbt möta upp den enskilde vid den position som larmcentralen uppgav.[39]

De som var mest positiva till gps-larm var anhöriga, som upplevde ökad trygghet i vissheten att personen kan hittas om han eller hon gått vilse. De intervjuade (samtliga anhöriga till användare med demenssjukdom) berättade om en situation som präglades av stor oro och ständig uppsikt över den enskilde vid tiden innan de fick ett larm. Alla hade erfarenhet av tillfällen där personen gått vilse eller ramlat illa under promenader på egen hand. Det finns också berättelser om tillfällen där den enskilde plötsligt försvunnit under gemensamma resor och utflykter. Några intervjupersoner berättade om hur viktig den dagliga promenaden eller resan på egen hand är för att den enskilde ska må bra. För andra hade problemet uppstått på senare tid när den enskilde börjat avvika från platser, exempelvis lämna affären när de handlar tillsammans. De anhöriga hade alla erfarenhet av att

[38] Socialstyrelsen (2018b), s. 41.
[39] Socialstyrelsen (2018b), s. 42.

själva vara ute och leta efter personen som gått vilse, och av att involvera grannar, barn, vänner och polisen.

De anhöriga som intervjuades hade själva tagit initiativ till att skaffa ett gps-larm. Ingen av de aktuella användarna förstod vad gps-larmet är för något. De anhöriga och personalen får varje gång motivera, övertyga och övertala den enskilde att ha med sig larmet. Det händer att gps-larmen göms i fickor, bak i byxlinningen eller sätts fast runt foten. Några användare tror att larmen är en klocka eller en mobiltelefon och går därför med på att ha larmet med sig. En intervjuperson säger till sin make att ta med sig larmet för att minska den egna oron, och det går han med på.[40]

Enligt de anhöriga är den största skillnaden jämfört med tiden före gps-larmet en ökad trygghet, detta då de vet var användaren befinner sig eller lätt kan ta reda på det utan att behöva hålla ständig uppsikt eller själv ge sig ut att leta. Intervjupersonerna berättade att de nu kan få en lugn stund för sig själva. Vetskapen om att det lätt går att hitta användaren har också bidragit till att den enskilde kan fortsätta ta promenader eller åka på utflykt när han eller hon vill. De anhöriga beskriver det som en förbättring både för dem själva och den sjuke vad gäller frihet och självständighet.

Socialstyrelsen noterade bl.a. att då demens är en sjukdom som utvecklas över tid är det viktigt att regelbundet följa upp förskrivningar och biståndsbeslut som avser gps-larm till personer med demens. Funktionsförmågan försämras över tid och när gps-larmet inte fyller sin funktion längre är det viktigt att andra insatser sätts in. För att besluta om gps-larm till enskilda med demenssjukdom, och sedan göra uppföljningar, krävs personal med särskild kompetens inom området demenssjukdomar, framhöll Socialstyrelsen.[41]

Effektiviseringar

Socialstyrelsen gjorde en enkät bland de sex kommuner i studien som hade trygghetskameror. I bilaga 1 till rapporten finns redovisat vilka effekter som kommunerna uppnått. Under 2017 gjorde de mellan 91 och 393 fysiska tillsynsbesök per natt i snitt. Av dessa var mellan 10 och 118 av besöken tillsyn utan annan åtgärd än själva till-

[40] Socialstyrelsen (2018b), s. 43.
[41] Socialstyrelsen (2018b), s. 49.

synen. Dessa fysiska besök lades till grund för jämförelsen med kameratillsyn i analysen. Kommunerna gjorde i snitt mellan 21 och 268 tillsynsbesök via kamera per natt. I tabell 4.1 syns antalet timmar som fyra kommuner sparade in genom minskad bilkörning.

Tabell 4.1 Uppskattade effekter av kameratillsyn för tid i bil samt mil som inte körs under 2017

	Falun	Kramfors	Norrtälje	Karlstad
Uppskattat tid i bil som kameran ersätter per natt, timmar*	6,9	5,8	11,3	
Uppskattat tid i bil som kameran ersätter per år, timmar	2 516,0	2 118,0	4 270,0	
Uppskattat antal mil som inte körs tack vare kameran per natt	9,3	17,3		9,77
Uppskattat antal mil som inte körs tack vare kameran per år	3 406,0	6 308,0		3 566,0

* Beräkningen är gjord utifrån att det i normalfallet sitter två personer i varje bil.

Källa: Socialstyrelsen (2018b). Välfärdsteknik. En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner.

Här ska framhållas att med flera utförare av hemtjänst är det inte längre möjligt att koncentrera arbetet för en hemtjänstgrupp till en viss stadsdel. Kunderna finns över hela staden och personalen måste ibland förflytta sig långa sträckor även i städer. Om det är långt mellan omsorgstagarna går en större del av tiden till förflyttningar.

Två kommuner lämnade fullständiga uppgifter så att en beräkning av skillnaderna i kostnader och inbesparingar kunde göras (se tabell 4.2). Resultaten visade att kameratillsynen gav en inbesparing om 191 000 kronor respektive 440 000 kronor årligen för de två kommunerna. Per person blev inbesparingen 9 900 kronor respektive 30 800 kronor årligen för de två kommunerna (tabell 4.2). Skillnaderna i utfall beror delvis på antalet timmar i bil som kameran ersätter men också kostnadsstrukturen för kameratillsynen, dvs. om de köper in tjänsten eller har egen personal som utför tillsynen.[42]

[42] Socialstyrelsen (2018b), s. 29.

Tabell 4.2 Kostnadsberäkningar av kameratillsyn

Ekonomiska beräkningar för 2017	Falun totalt	Falun per person	Kramfors totalt	Kramfors per person
Besparing löner helår	703 192	36 372	593 546	41 652
Besparing bilkostnad helår	63 014	3 259	116 702	8 190
Summa besparingar före avdrag för kostnader	766 206	39 631	710 250	49 842
Kostnad kameror helår	306 549	15 856	215 250	15 105
Kostnad larmoperatör helår	268 272	13 876	55 986	3 929
Summa kostnader 2017	574 821	29 732	271 236	19 034
Summa besparingar för kommunen	**191 385**	**9 899**	**439 014**	**30 808**

Källa: Socialstyrelsen (2018b). Välfärdsteknik En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner.

Socialstyrelsen framhåller att samtidigt som kommunerna gör effektivitetsvinster blir de negativa effekterna stora vid avbrott. Detta medför att det måste finnas en beredskap i kommunen för att ersätta den tänkta kameratillsynen med fysisk tillsyn. Det finns inte alltid kapacitet att ersätta kameratillsyn med fysisk tillsyn vid oväntade avbrott och nattpatrullerna får då ibland på egen hand omprioritera arbetet. Detta kan innebära kvalitetsbrister i tillsynen.[43]

I diskussionen om kameratillsyn är det också viktigt att ha i åtanke att det är en mindre andel av samtliga tillsynsbesök som kommunen har bedömt lämpliga för kameratillsyn. I de intervjuade kommunerna var det mindre än hälften av tillsynsbesöken som gjordes med kamera. Ofta har en person ytterligare besök under natten för andra insatser än ren tillsyn.[44]

Alla kommuner menade att de infört kameratillsyn för att öka kvaliteten för de enskilda (bättre nattsömn och bättre integritet). Efter hand har kommunerna märkt att det också inneburit arbetsmiljömässiga förbättringar för personalen. De får mindre tid i bil för att göra rutinmässiga ”nattillsyner” hos personer som bara behöver tittas till. Ingen kommun sade sig ha infört kameratillsyn av miljöskäl eller ekonomiska skäl. Några menade dock att de efter hand har noterat att de också gör besparingar när det gäller personalresurser.

[43] Socialstyrelsen (2018b), s. 30.
[44] Socialstyrelsen (2018b), s. 52.

Ekonomin har på så vis blivit ett incitament att fortsätta med att införa välfärdsteknik där det förefaller lämpligt.[45]

Det var olika om kommunerna hade räknat på lönsamheten med att införa gps-larm. Ingen av kommunerna angav att de gör några inbesparingar eller vinster med anledning av gps-larmen.[46] Det fanns en samstämmighet kring att ekonomin inte är det primära när gps-larm erbjuds och att det är svårt att räkna på vinster i termer av ökad livskvalitet och trygghet. Några menade att de får tillbaka de pengar som har investerats i gps-larmen, medan andra kommuner inte kan se några ekonomiska vinster. Enstaka kommuner nämnde ett större samhällsekonomiskt perspektiv, som minskade kostnader för stora sökinsatser där polis och hemvärn är inblandade eller minskade kostnader på grund av fördröjd flytt till särskilt boende.[47] En kommun framhöll att varje dygn som den enskilde kan bo kvar hemma är en vinst jämfört med kostnaden för särskilt boende.

På frågan om varför det inte finns fler gps-larm i kommunerna var det vanligaste svaret från kommunerna att man inte informerar om att det finns. Ibland är det till och med uttalat att personalen inte får informera om gps-larmen. En annan anledning är de svårigheter som kommunerna upplever rörande organisationen kring larmen.[48]

Kommunernas verksamhetsutveckling

Alla kommuner som hade infört trygghetskameror beskrev att man bedriver ett aktivt utvecklingsarbete när det gäller välfärdsteknik. De testar olika tekniker, befinner sig ofta i olika faser av en upphandlingsprocess och har flera tekniker i bruk i sin ordinarie verksamhet. Trygghetskameran är inte den första välfärdsteknik som de inför. Flera av dem har ingått i pilotprojekt eller ingår fortfarande i projekt där olika former av välfärdsteknik testas. Det handlar dels om hjälpmedel för personalen, t.ex. elektroniska lås till enskildas bostäder, mobil dokumentation eller digital insatsregistrering, dels trygghetsskapande åtgärder som trygghetslarm, trygghetskameror, olika for-

[45] Socialstyrelsen (2018b), s. 14.
[46] Socialstyrelsen (2018b), s. 60.
[47] Socialstyrelsen (2018b), s. 35.
[48] Socialstyrelsen (2018b), s. 34.

mer av sensorer och passiva larm.[49] Alla kommunerna beskrev att de har eller har för avsikt att införa teknik för kommunikation, t.ex. Giraffen, dvs. en surfplatta som sitter på en pelare med hjul, eller teknik som gör den enskilde mer självständig (t.ex. en duschrobot).

Flera kommuner hade deltagit i SKR:s projekt *LEDA för smartare välfärd*.[50] I de flesta fall pågick regional samverkan kring exempelvis upphandling, larmcentral och kompetensutbyte. Det varierade om det fanns något samarbete med andra delar av kommunen, t.ex. med it-enheten.

Ett par av kommunerna hade styrande dokument eller planer på en övergripande nivå. Övriga hade rutiner för hur arbetet med trygghetskameror ska gå till, avtalsmallar och informationsmaterial till enskilda. De kommuner som hade besvarat frågan uppgav dock att de inte hade fört in beskrivningar av processer och rutiner avseende trygghetskamerorna i ledningssystemet.[51] Inga kommuner hade skriftliga rutiner för daglig användning eller för avvikelser och situationer som kräver hjälp, t.ex. om kameran inte fungerar.

Tre kommuner uppgav att de har skriftliga rutiner för att inhämta den enskildes samtycke till kameratillsynen. Någon kommun uppgav att rutinen består av en blankett som den enskilde skriver under och på så vis samtycker till kameratillsynen. En kommun hade muntliga rutiner medan två kommuner uppgav att de inte har några rutiner för samtycke. En av dessa uppgav dock att de alltid inhämtar samtycke även om det inte finns några rutiner för detta.

Ingen kommun beskrev att man hade sett över eller ändrat sin organisation eller arbetssätt i grunden med anledning av införandet av kameratillsyn.[52] Kommunerna hade ändrat sin organisation bara så till vida att de lagt till installation av kamerorna. I regel fick befintliga arbetsgrupper detta utökade uppdrag – samma som installerar trygghetslarm. I någon kommun hade tillsynsansvaret lagts på personalen i ett särskilt boende.[53] I en annan var det nattpatrullen som

[49] Rörelsesensorer med AI kan vara ett armband med inbyggd teknik som ”lär sig” den enskildes rörelsemönster. Om rörelsemönstret avviker från det normala, t.ex. att personen ramlar och inte kommer upp igen så går ett larm till omsorgsgivaren.
[50] https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/digitaliseringinomsocialtjansten/valfardstekniksocialomsorg/ledaforsmartarevalfard.10398.html
[51] Socialstyrelsen (2018b), s. 15.
[52] Socialstyrelsen (2018b), s. 15.
[53] Personalen hade då fått neddragningar på andra arbetsuppgifter.

skulle utöva kameratillsynen parallellt med ordinarie tillsyn. I ytterligare en kommun hade nattsjuksköterskan tillsynsansvaret.

4.2.6 Kommunals undersökning av välfärdsteknik

Fackförbundet Kommunal publicerade 2019 skriften *Välfärdsteknik. För trygghet, hälsa och utveckling i arbetet*[54], som innehåller resultatet av flera undersökningar, bl.a. en medlemsundersökning.[55] Medlemsundersökningen visade bl.a. att nära 80 procent av undersköterskor och vårdbiträden använder digitala lösningar, inbegripet välfärdsteknik, varje dag. Andelen varierade dock över landet. Många hade deltagit i utbildning gällande digital planering, larm, schemaläggning och signering under det senaste året.

Dator är det vanligaste digitala redskapet.[56] Bland medlemmarna inom hälso- och sjukvård använder nästan alla datorer. Vanliga användningsområden är schemaläggning av arbetstid och journalhantering. Datorer är även vanligt inom äldreomsorgen. Liksom mobiltelefonen används datorer för schemaläggning av arbetstid och journalhantering. Andra vanliga former av digital teknik är personlarm, läkemedelshantering och elektroniska lås/nyckelfritt.

Dator och mobiltelefon ansågs ha bidragit till större möjligheter att kommunicera och dokumentera information. Många medlemmar lyfte fram att kraven på dokumentation har ökat i verksamheten. Tillgång till digital information om individens genomförandeplan upplevs som positivt när det ersätter papper och ger en bättre översikt för hela arbetsgruppen.[57] Många medlemmar upplevde dock att de inte fått mer tid för att utföra dessa arbetsuppgifter, vilket resulterar i att tid för journalhantering och insatsredovisning tas från den tid som är avsatt för omsorgstagarna. Många svarande upplevde att det förändrade arbetssättet med digitala lösningar har inneburit ”mycket administrativt i stället för att lägga tiden hos patienterna”.

[54] Kommunal (2019).
[55] Den första var Kommunals medlemsundersökning 2017 som innehöll frågor om användningen av digital teknik och arbetstekniska hjälpmedel inom bl.a. äldreomsorg. Totalt intervjuades 9 900 medlemmar, varav 6 600 inom äldreomsorgen. Den andra undersökningen var en webbenkät riktad till huvudskyddsombud (HSO) och regionala skyddsombud (RSO) som innehöll frågor om arbetsmiljö och digital teknik i alla Kommunals branscher. Den tredje var en webbenkät med frågor om inflytande på lokal nivå och riktad till medlemmar i branscherna äldreomsorg, hälso- och sjukvård samt funktionshinderomsorg. Kommunal, 2019 s. 21 f.
[56] Kommunal, 2019 s. 26.
[57] Kommunal, 2019 s. 28.

I dag är det vanligt att medlemmarna kan schemalägga arbetstiden via mobiltelefonen eller datorn, i stället för som tidigare på en gemensam tavla i personalrummet. Det är uppskattat. Det är enklare att planera och fördela insatserna mellan medarbetarna i arbetsgruppen när man ser tillgängliga timmar. Det blir ”lättare att se hur mycket tid man är hos omsorgstagaren, då man stämplar in och ut. Chefen kan se tiden, det är inte alltid lätt att passa tiden”.

Ett organisatoriskt problem inom framför allt äldreomsorgen är att det numera är vanligt med två telefoner som arbetsverktyg. Det är dels en telefon som innehåller planeringen av insatser med tidsangivelser, dels en larmtelefon. När larmtelefonen ringer måste medarbetaren lämna sina uppdrag och inom en viss tidsangivelse ta sig till angiven plats. Medlemmarna upplevde att larmtelefonen tar mycket tid och att larmen inte finns med i planeringen.[58]

När det gäller digital teknik i övrigt upplevde många medlemmar att tekniken underlättar arbetet. ”Vi slipper numera att ha med en massa nycklar in och ut och vi använder surfplatta vid sociala aktiviteter samt inköp”. Samtidigt ser man en risk för falsk trygghet när t.ex. sensorer inte larmar om tekniken strular. Medlemmarna är mer positiva till nyckelfritt än till mobillås; ”Det har blivit mer effektivt då vi exempelvis inte behöver åka och hämta nycklar”, ”Slipper nycklar så jag har en lättare handväska till och från jobbet”. Det blir också mycket lättare att hjälpa varandra och snabbare komma in i boendet vid larm. Ur de boendes perspektiv bidrar den tekniska lösningen till större trygghet när de slipper möta någon som gått in på fel rum, vilket resulterar i färre konflikter och minskad oro.

Möjligheten att få tekniskt stöd för läkemedelshantering upplevs som positiv. Ett exempel är att kunna öppna medicinskåpet med mobiltelefonen, vilket innebär att medarbetarna inte behöver ta en omväg för att hämta en nyckel. Medicinpåminnare och digital signering gör det både enklare att ge medicin i tid och att beställa behovsmedicin. De bidrar också till en ökad patientsäkerhet.

Än så länge är trygghetskameror ovanligt i hemmen. Medlemmarna har varit med om tekniska problem, både vid installation och vid användning. Initialt är trygghetskameran tidsödande, både för natt- och dagpersonalen, då det ställer krav på extra resurser vid implementeringen av det nya arbetssättet. Det kan vara svårt för omsorgstagaren att förstå varför kameran ska ersätta hembesök.

[58] Kommunal, 2019 s. 29.

Efter implementeringen av nya rutiner och organisering av arbetet blir inställningen mer positiv, på grund av det minskade behovet av bilkörning. Omsorgstagarna rapporteras ofta vara nöjda när de får sova hela natten. Insatsen kan dock leda till en falsk känsla av säkerhet om t.ex. individer med demens drar ur sladdarna till kameran.[59]

Införandet av digital teknik har inneburit att många arbetsplatser har förändrat sitt arbetssätt samtidigt som få medlemmar och skyddsombud har varit delaktiga i valet av digitala lösningar.[60] [61] För många medlemmar har den tekniska utvecklingen medfört både positiva och negativa förändringar i arbetet. Medlemmar pekade på att tekniken har bidragit med positiva förändringar och lyfte fram en digital infrastruktur som är anpassad utifrån verksamhetens behov. På motsvarande sätt medför teknikstrul, liksom gamla och tröga datorer med köbildning negativa konsekvenser för verksamheten.

Medlemmarna måste vara med från början av processen när arbetsgivaren börjar fundera över vilka behov som tekniken kan lösa. En dialog med tid för uppföljningar och avstämningar ökar förståelsen för och ger möjligheter att påverka under utvecklingsarbetet. Här ingår även krav på att arbetsgivarna måste tydliggöra syftet för övervakning oavsett om det gäller körjournaler, kontroll av utförda insatser eller lagring av personuppgifter. En ökad detaljstyrning i kombination med minskad tillit och självständighet för medarbetarna löser inte organisatoriska problem, lika lite som dagens teknik kan ersätta alla insatser utförda av undersköterskor.[62] Teknik ska bidra till att göra arbetsuppgifterna enklare, öka kontinuitet och kvalitet i insatserna samt skapa trygghet och säkerhet för invånarna. Digitala lösningar ska underlätta arbetet genom att göra det enklare att dokumentera, att skriva direkt i journalen och läsa rapporter. De ska även förbättra organisering och schemaläggning av arbetet, vilket frigör

[59] Kommunal, 2019 s. 30.
[60] Enligt Kommunals undersökning är det få medlemmar som har möjlighet att påverka valet av digitala lösningar. Inom äldreomsorg är det endast 10 procent av de svarande som har fått vara med och påverka valet av digitala lösningar. Möjligheten att påverka är något större inom hälso- och sjukvård. Majoriteten inom äldreomsorg (70 procent) och hälften inom hälso- och sjukvård (50 procent) hade inte fått vara med och påverkat valet av digitala lösningar, se s. 25.
[61] Kommunals HSO och RSO med skyddsområde äldreomsorg respektive hälso- och sjukvård bekräftar bilden att de anställda inte kunnat påverka valet av digital lösning. Av dem är det endast cirka 20 procent inom äldreomsorg respektive cirka 15 procent inom hälso- och sjukvård som har varit involverade i planeringen och behovsanalysen i samband med valet av och inköp av ny digital teknik i verksamheten. Den övervägande majoriteten, 70 procent, hade inte haft något inflytande över processen, se Kommunal, 2019 s. 26.
[62] Kommunal, 2019 s. 31.

arbetstid för sociala insatser. När utvecklingsprocessen startar är utbildningsinsatser och särskilt avsatta resurser avgörande för framgång. Riskbedömningar och konsekvensanalyser kan förebygga felaktiga investeringar i icke verksamhetsanpassad teknik som leder till stora kostnader för medborgare, medarbetare och arbetsgivarna.

Slutligen konstaterar Kommunal att fokuseringen på välfärdsteknik i form av digitala hjälpmedel inte bidragit till en framgångsrik utveckling av investeringar i nya arbetstekniska hjälpmedel.[63] Befintliga hjälpmedel är starkt kopplade till omsorgstagarens behov av säkra förflyttningar, vilket oftast får en positiv inverkan på medarbetarna. Däremot är det betydligt färre hjälpmedel som är avsedda att förebygga skador och stärka medarbetarnas muskulära förmågor i samband med olika arbetsmoment. Det har resulterat i att medlemmar dagligen utför många fysiskt och psykiskt tunga arbetsmoment som bidrar till dålig arbetsmiljö och ohälsa.[64] Beträffande arbetstekniska hjälpmedel verkar det finnas skillnader mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Det är också stora skillnader mellan de två typerna av verksamhet när det gäller möjligheterna att anpassa arbetsplatsen. Arbetsplatserna inom hälso- och sjukvård är ofta en offentlig miljö där det går att anpassa lokalerna och bygga in hjälpmedel till en säker arbetsmiljö, t.ex. inbyggd taklyft med sele. Inom äldreomsorgen är det större fokus på flexibla lösningar med begränsade bostadsanpassning utifrån behovet av en säker arbetsmiljö.[65] [66]

4.3 Läsa och dokumentera mobilt

När hemtjänstens och hemsjukvårdens personal besöker enskilda i hemmet kan de behöva få tillgång till information i kommunens verksamhetssystem, kommunens hälso- och sjukvårdsdokumentation eller nationella system som NPÖ och Pascal.[67] Vidare kan personalen be-

[63] Socialstyrelsens termbank definierar arbetstekniska hjälpmedel som den utrustning som anställda behöver för att förebygga arbetsskador i arbetet eller för att förkorta en sjukskrivning.
[64] Socialstyrelsen (2019c), s. 33.
[65] Socialstyrelsen (2019c), s. 35.
[66] Inom både äldreomsorg och hälso- och sjukvård är justerbara vårdsängar det vanligaste hjälpmedlet. Inom äldreomsorgen är det lika vanligt att arbeta med golvlyft (82 procent). Andra vanliga hjälpmedel för säker förflyttning i hemmet är mobildusch/toasits, stödbälte, taklyft, vridplatta, glidbräda/dyna/matta/lakan samt förflyttningsplattform. Det är mindre vanligt att arbeta med hjälpmedel vars främsta syfte är att öka omsorgstagarens självständighet. Jfr Kommunal (2019).
[67] Pascal är en webbapplikation för vårdpersonal främst för att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar, så kallade dospatienter.

höva dokumentera vad som kommit fram vid besöket. För att läsa och dokumentera mobilt finns olika lösningar, såsom mobiltelefoner, surfplattor, digitala pennor och bärbara datorer.

Det är en begränsad andel av den mobila legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen som har möjlighet att läsa mobilt. Sedan 2015 har det dock skett en markant positiv utveckling, från 5 procent till 34 procent av den aktuella personalen. Även när det gäller att dokumentera mobilt har det skett en positiv utveckling sedan 2015, från 5 procent till 32 procent av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Det har också skett en positiv utveckling när det gäller användningen av mobil utrustning för att läsa i nationella system. År 2015 hade all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i 5 procent av kommunerna möjlighet att läsa i nationella system. År 2019 var det 31 procent. Den mobila hälso- och sjukvårdspersonalen kan också behöva föra in uppgifter och dokumentera i nationella system. I 27 procent av kommunerna har all mobil legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal denna möjlighet. I 42 procent av kommunerna har dock ingen mobil personal den möjligheten.

När det gäller socialtjänstpersonalen har också skett en ökning. I 50 procent av de kommuner som besvarat Socialstyrelsens enkät 2019 har all hemtjänstpersonal möjlighet att dokumentera mobilt.[68] På andra verksamhetsområden är andelen betydligt mindre.

I avtalen med privata hemtjänstföretag ställer kommunerna krav på företagen att dokumentera i kommunernas verksamhetssystem.[69] Det är kommunerna som tillhandahåller systemen och ger utbildning och support. För att företagens personal ska kunna läsa och dokumentera mobilt behöver kommunen ha kravställt detta i avtalen med företagen. Hemtjänstföretag som är verksamma i mer än en kommun måste dokumentera i flera verksamhetssystem, om kommunerna använder olika system. Ofta har företagen egna lösningar för den digitala planeringen av arbetet. I vissa fall kan den integreras med verksamhetssystemet, men inte alltid. För att kunna använda systemen, mobila lösningar och applikationer krävs att företagen har datorer

[68] Socialstyrelsen (2019c), s. 36 f.

[69] I intervjuerna framkommer två undantag från kravet på dokumentation i kommunens system. En kommun hade inte gjort verksamhetssystemet tillgängligt för privata utförare. I stället kan företaget välja vilket system de använder för dokumentationen. I en annan kommun hade kommunen avslutat alla privata utförarnas tillgång till verksamhetssystemet. I nuläget dokumenterar personalen i stället i låsta Excel-dokument.

och mobiltelefoner som är kompatibla med programvaran och de licenser som krävs. Företag som använder flera olika verksamhetssystem måste säkerställa den tekniska utrustningens kompatibilitet med de olika systemen.

De företag som kan läsa och dokumentera mobilt uppger att det sparar mycket tid och underlättar arbetet.[70] Den digitala dokumentationen ger en större säkerhet och rättssäkerhet och mer trygghet för kunderna. Det är mindre papper och inte samma risker att personalen ska tappa bort papper som är sekretessbelagda.

Tillgången till privata utförares dokumentation varierar. Det vanligaste är att kommunens handläggare kan ta del av all social dokumentation från de privata utförarna. När kommun och företag dokumenterar i olika system är det svårare att dela information.

De företag som driver särskilda boenden uppgav att de dokumenterar i kommunens verksamhetssystem när de utför verksamhet på entreprenad men i egna system när de utför verksamhet enligt LOV eller i egen regi. När dokumentationen sker i egna system kan kommunerna inte ta del av uppgifterna. Till skillnad från hemtjänstföretagen ansåg de företag som drev särskilda boenden inte att skilda verksamhetssystem var problematiskt, detta eftersom de har mindre behov av att dela information med kommunen regelbundet. I stället framhölls fördelar med ett helhetsansvar för verksamhetssystemet. Däremot fanns önskemål om att journalanteckningar från regionens hälso- och sjukvård integreras i den digitala dokumentationen.[71]

4.4 Strukturerad information

En allt större andel av kommunerna använder sig av strukturerad dokumentation i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Ökningen har varit särskilt markant i äldreomsorgen, där andelen har sjudubblats sedan 2014.[72] Det finns ingen allmängiltig definition av begreppet strukturerad dokumentation, men det handlar om behovet av att på ett systematiskt sätt kunna återanvända information som dokumenterats om en viss individ. Strukturerad dokumentation är en förutsättning för semantisk interoperabilitet. En insats eller åtgärd kan t.ex. uttryckas med en kod, men också kopplas

[70] Socialstyrelsen (2019c), s. 49 f.
[71] Socialstyrelsen (2019c), s. 50.
[72] Socialstyrelsen (2019c), s. 65.

till en process med information om när den genomfördes, i vilket syfte och vilken utförare som genomförde den (dvs. ett sammanhang). Strukturerad dokumentation förutsätter ett digitalt verksamhetssystem. I dag har alla landets kommuner digitala verksamhetssystem för sin myndighetsutövning men det finns inte i alla utförarverksamheter. Detta innebär att förutsättningarna delvis är olika för handläggningen och för utförarverksamheterna.[73]

Cirka 71 procent av kommunerna använder numera strukturerad dokumentation i sin myndighetsutövning inom äldreomsorgen. Utvecklingen på området har som nämnts gått i positiv riktning och en delförklaring till detta kan vara att Socialstyrelsen har haft ett särskilt uppdrag sedan 2013, att implementera arbetssätten Äldres behov i centrum (ÄBIC) och sedan 2016 Individens behov i centrum (IBIC) i kommunerna.

I utförarledet är det färre kommuner som använder strukturerad dokumentation än i myndighetsutövningen. En förklaring till en relativt kraftig uppgång mellan 2018 och 2019 kan vara att allt fler kommuner har verksamhetssystem som ger möjlighet till mobil dokumentation och i dessa finns möjligheter att dokumentera med stöd av ICF och Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI).[74] Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) innebär ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Klassifikationen kan användas som verktyg vid bedömning av behov, rehabilitering och habilitering. IBIC bygger till stor del på ICF. På äldreområdet har användningen av ICF inom myndighetsutövningen på kort tid ökat från 14 till 58 procent.

I utförarledet i kommunala verksamheter används ICF framför allt inom hälso- och sjukvården. I hemsjukvården i ordinärt boende och i hälso- och sjukvård i särskilda boenden är det 82 procent av kommunerna som använder ICF. Inom socialtjänstverksamheterna är det dock färre kommuner som använder ICF (cirka 45 procent).

Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI) gör det möjligt att på ett enhetligt och jämförbart sätt benämna och beskriva de insatser och aktiviteter inom socialtjänsten som utförs enligt bl.a. socialtjänstlagen. KSI publicerades 2015. KSI gör det lättare att dela, jämföra och följa upp de aktiviteter och insatser som beslu-

[73] Socialstyrelsen (2019c), s. 40.
[74] Socialstyrelsen (2019c), s. 42.

tas, planeras och genomförs inom socialtjänsten. Cirka 19 procent av kommunerna har infört KSI i sin dokumentation inom myndighetsutövning på området äldreomsorg. Inom utförarverksamheterna använder kommunerna KSI i mindre utsträckning än inom myndighetsutövningen, men användningen ökar.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) anger hur man klassificerar en utförd åtgärd, dvs. vilken kategori och grupp som åtgärden eller stödinsatsen ska tillhöra i en hierarkisk struktur. Klassifikationen anger vilken kodbeteckning, åtgärdskod, som ska användas vid dokumentation. Det är 79 procent av de svarande kommunerna som använder KVÅ i hemsjukvård och inom hälso- och sjukvård i särskilda boenden, en kraftig ökning sedan 2015. En förklaring till ökningen tros vara att Socialstyrelsen sedan den 1 januari 2019 kräver användning av KVÅ vid inrapportering av hälso- och sjukvårdsstatistik, jfr Socialstyrelsens föreskrift (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Föreskrifterna innebär bl.a. att kommunerna ska lämna uppgifter på detaljerad nivå om vårdåtgärder som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den utökade uppgiftsskyldigheten gäller dock bara inte för privata vårdgivare.[75]

Bland de hemtjänstföretag som Socialstyrelsen intervjuade 2019 var det ungefär hälften som kände till, och använde, strukturerad dokumentation som IBIC och KSI. Samtliga respondenter uppgav att det är för att kommunen kräver det.[76] De två företag som hade flera särskilda boenden dokumenterade med bl.a. IBIC och ICF och betonade den ökade rättssäkerhet och professionalitet som kommer med ett strukturerat sätt att dokumentera. De andra två företagen dokumenterade inte strukturerat med stöd av IBIC, ICF eller KSI.[77]

4.5 Om informationssäkerhet i kommunerna

4.5.1 Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är grundläggande vid all användning av digital teknik. Informationssäkerhet omfattar både administrativa rutiner och tekniskt skydd. Information behöver skyddas så att

[75] Socialstyrelsen (2019c), s. 45.
[76] Socialstyrelsen (2019c), s. 50.
[77] Socialstyrelsen (2019c), s. 50.

– den är åtkomlig och användbar när den behövs (tillgänglighet),
– den går att lita på, är korrekt och inte manipulerad eller förstörd (riktighet) och
– så att endast behöriga personer får ta del av den (konfidentialitet).

För att kunna påvisa och övervaka dessa tre säkerhetsaspekter måste man också kunna följa hur och när informationen har hanterats och kommunicerats (spårbarhet).[78]

Enligt Datainspektionen handlar informationssäkerhet framför allt om att hindra information från att läcka ut, förvanskas och förstöras. Det handlar också om att rätt information ska finnas tillgänglig för rätt personer i rätt tid. Information ska inte kunna hamna i orätta händer och missbrukas. Registrerade ska veta vem som använder deras personuppgifter och för vilka syften.[79]

Den som olovligen bereder sig tillgång till uppgifter som är avsedda för automatisk behandling gör sig skyldig till dataintrång.[80] Även om någon samtyckt eller uppmanat en användare att kontrollera något om personen i ett verksamhetssystem kan det resultera i ansvar för dataintrång för den som berett sig tillgång till uppgifterna. Utrednings- och anmälningsskyldighet enligt 7 kap. 6 § och 14 kap. 6–7 §§ socialtjänstlagen (lex Sarah) aktualiseras också.

Utgångspunkten är att behörigheten ska begränsas till vad som behövs för att användaren ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Ju bredare behörighet en anställd har desto viktigare är det att ha tydliga riktlinjer för när det är tillåtet att ta del av information i verksamhetssystemet. Behörighetstilldelning blir beroende av flera faktorer, som hur arbetsuppgifterna ser ut, hur många personer det är som har samma arbetsuppgifter och hur socialtjänsten är organiserad. Det är sällan möjligt att ge en exakt behörighet och ges en för låg behörighet riskerar den anställde att inte kunna utföra sina arbetsuppgifter. En för hög behörighet kan dock medföra att personer får

[78] www.informationssakerhet.se (dvs. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap).
[79] Se även Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), skäl 47.
[80] 4 kap. 9 c § brottsbalken.

tillgång till personuppgifter och personliga förhållanden som de inte behöver ha tillgång till. Det gäller att hitta en lagom nivå.[81]

Datainspektionen har kritiserat en nämnd som hade gett anställda behörighet till fler personuppgifter än vad som var nödvändigt för att kunna utföra arbetet inom socialtjänsten. Datainspektionen ansåg det rimligt att hemtjänstpersonal har teknisk tillgång till uppgifter om kunder inom olika geografiska områden, men för att minska risken för intrång var det nödvändigt att ge personalen anvisning om hur verksamhetssystemet fick användas så att både sekretess- och dataskyddsreglerna följdes.[82]

Autentisering innebär att kontrollera identitet vid kommunikation mellan två system. Ett begrepp som används i det sammanhanget är säker roll- och behörighetsidentifikation. Med det avses i de flesta fall en stark autentisering där inloggningen även kopplas till en roll. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd[83] definieras stark autentisering som kontroll av uppgiven identitet på två olika sätt.

Datainspektionen har i sin tillsyn beskrivit stark autentisering som att åtkomst till uppgifterna föregås av en autentisering med två faktorer. Datainspektionen har uttalat att om känsliga eller integritetskänsliga personuppgifter får lämnas ut över öppet nät, t.ex. internet, ska användarnas identitet säkerställas med en teknisk funktion som ger en stark autentisering. I beslutet framgår att önskvärda egenskaper hos starka autentiseringslösningar innefattar att användare ska kunna förlora kontrollen över en faktor utan att säkerheten för skyddsobjektet helt går förlorad samt att det ska gå att upptäcka och vidta åtgärder om det händer.[84]

I kommunerna finns system där personuppgifter behandlas, främst lokala verksamhetssystem för socialtjänstens personakter och patientjournaler i den kommunala hälso- och sjukvården. Utöver detta brukar hälso- och sjukvårdspersonal ha tillgång till vissa nationella system, t.ex. kvalitetsregister inom äldreomsorgen, Nationella patientöversikten (NPÖ) eller Pascal.[85] Personal som arbetar ute i verksam-

[81] Socialstyrelsen (2019a). Säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten. Rättsläge och utgångspunkter, s. 29.
[82] Socialstyrelsen (2019a), s. 29.
[83] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. (HSLF-FS 2016:40)
[84] Datainspektionens beslut 2015-07-03, dnr 643-2015. Datainspektionens beslut 2016-02-17, dnr 1805-2015.
[85] Pascal ordinationsverktyg är ett nationellt verktyg för ordination av dosläkemedel, där patienten får sina mediciner fördelade i påsar.

heterna behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete. Samtidigt skyddas personuppgifter i systemen av sekretess. Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna. För åtkomst till personuppgifter i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården krävs som nämnts stark autentisering. Med detta avses i de flesta fall en e-legitimation som är kopplad till en katalog där rollerna finns angivna. Medarbetaren använder e-legitimationen vid inloggning till systemen tillsammans med en personlig pinkod eller ett engångslösenord.

Vidare har Datainspektionen i sin tidigare tillsyn ansett att det är viktigt att genomföra logguppföljning (loggning) för att på förekommen anledning eller genom stickprover kontrollera om det förekommer obehöriga slagningar. För att obehörig åtkomst ska upptäckas och för att logguppföljningar ska få en preventiv effekt behövs rutiner för logguppföljningar och tydlig information till personalen. Behovet av logguppföljning följer av säkerhetskraven i artikel 5.1 f och artikel 32 i dataskyddsförordningen, då personuppgiftsansvariga ska vidta tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda behandlade uppgifter.

För att kunna kontrollera åtkomsten av olika uppgifter behöver det finnas behandlingshistorik. När historik över personuppgiftsbehandling förs är en grundläggande utgångspunkt att det behöver finnas möjligheter att utreda vem som har gjort vad med vilka uppgifter och när. Av Datainspektionens inte längre gällande, men till viss del alltjämt relevanta, allmänna råd om säkerhet för personuppgifter framgår att för att åtkomst ska kunna kontrolleras bör det, beroende på känsligheten hos personuppgifterna, finnas en behandlingshistorik som sparas en viss tid och skyddas mot otillåtna ändringar. Den bör normalt vara så detaljerad att den kan användas för att utreda felaktig eller obehörig användning av personuppgifter. Behandlingshistoriken bör, beroende på känsligheten hos uppgifterna, ange t.ex. läsning, ändring, utplåning eller kopiering. I de allmänna råden framgick också att en behandlingshistorik har en förebyggande funktion om användarna informeras om att det förs en behandlingshistorik och känner till att den kontrolleras.

Klassificering är en grundläggande aktivitet för att skydda information. Genom att klassa information kan kommunen avgöra vilka åtgärder som behöver genomföras för att säkra riktigheten och hur

man bäst ska göra informationen tillgänglig för behöriga personer. Vidare identifieras vilken information som behöver skyddas på grund av personuppgifts- och sekretessregler. I samband med en uppföljning av kommunernas informationssäkerhetsarbete rekommenderade Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB):[86]

- Identifiera vilken information som hanteras i verksamheten. Klassa sedan informationen efter hur allvarliga konsekvenserna skulle bli av bristande informationssäkerhet. Fokusera på den mest kritiska informationen/känsliga informationen.
- Etablera och implementera en process för riskhantering och se till att den är spridd inom kommunen.
- Identifiera informationssäkerhetsrisker och bedöm dessa.
- Se till att omsätta riskanalysens resultat i beslut och konkreta åtgärder. Dessa beslut samt åtgärder bör vara dokumenterade. Detta är särskilt viktigt för de kritiska processerna i kommunen!
- Kommunledningen bör ”säkra upp” så att den blir kontinuerligt informerad om informationssäkerhetsriskerna och hanteringen av dessa, särskilt vad avser samhällsviktig verksamhet.
- Genomför riskanalys vid varje förändring i kritiska system.[87]

Över 200 kommuner och sex regioner använder sig av SKR:s verktyg ”Klassa”.[88] I verktyget informationssäkerhetsklassas information i ett verksamhetssystem utifrån vilka konsekvenser som uppstår om t.ex. informationen inte kan nås, om den förvanskas eller om det finns brister i vem som får komma åt informationen. En del av arbetet med informationsklassning innebär att fastställa säkerhetsnivåer för dessa konsekvenser utifrån ”försumbar” till ”synnerligen allvarlig” från tre olika perspektiv: konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Socialtjänstens information om individer som är aktuella hos socialtjänsten hamnar i likhet med hälso- och sjukvårdens patientinformation oftast i den högsta säkerhetsnivån i Klassa.

[86] MSB (2016). *Informationssäkerheten i Sveriges kommuner – Analys och rekommendationer utifrån MSB:s kommunenkät*. Se även MSB (2015). *En bild av kommunernas informationssäkerhetsarbete 2015*.
[87] MSB har ett metodstöd för systematiskt informationssäkerhetsarbete oavsett verksamhetsområde och storlek på organisation. I metodstödet finns vägledningar, verktyg och exempel med mera. Metodstödet finns på webbplatsen informationssäkerhet.se
[88] https://klassa-info.skl.se/

I verktyget finns handlingsplaner för autentisering, behörighetsstyrning och åtkomstkontroll. I den handlingsplan som klassningen resulterar i finns förslag på åtgärder som verksamheten ska vidta för att uppnå rätt säkerhet i förhållande till den klassade nivån. I verktyget finns referenser till dataskyddsförordningen, ISO-standarder m.m. Säkerhetskraven kan tas ut i form av upphandlingskrav.[89]

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har publicerat ett *Metodstöd för systematiskt informationssäkerhetsarbete*[90] som riktar sig till den som arbetar med informationssäkerhet, oavsett organisationens verksamhetsområde och storlek. Metodstödet bygger på standarden SS-EN ISO/IEC 27001 Ledningssystem för informationssäkerhet.[91] MSB har också tagit fram flera vägledningar som riktar sig till medarbetare och chefer i kommuner och regioner samt kommunala och regionägda organisationer som arbetar med samhällsviktiga verksamheter, upphandling eller krisberedskap. *Upphandla informationssäkert – en vägledning* beskriver ett arbetssätt för att identifiera säkerhetskrav vid olika typer av upphandlingar. *Upphandling till samhällsviktig verksamhet – en vägledning* utgör ett stöd för hur kontinuitet, funktionalitet och leveransförmåga kan säkerställas vid upphandling till samhällsviktig verksamhet.

4.5.2 Brister i socialtjänstens informationssäkerhet

I samband med en undersökning av Socialstyrelsen om säker personuppgiftsbehandling inom socialtjänsten uppgav SKR bl.a. följande.[92] Kommuner lägger upp sitt informationssäkerhetsarbete på olika sätt. Det kan finnas en central informationssäkerhetssamordnare på kommunledningsnivå som arbetar gentemot alla nämnderna i kommunen. Det förekommer dock att de olika nämnderna i stället har informationssäkerhetssamordnare i sina respektive förvaltningar och dessa fungerar då mer självständigt och fokuserar på ”sin” för-

[89] Att genomföra en klassificeringsworkshop enligt Klassa tar enligt uppgift en halv dag.
[90] MSB. (2019). Metodstöd för systematiskt informationssäkerhetsarbete. www.informationssakerhet.se/metodstodet/
[91] År 2011 lanserades det första metodstödet för systematiskt informationssäkerhetsarbete, då under namnet metodstöd för LIS (ledningssystem för informationssäkerhet). Det reviderade Metodstödet är textmässigt avskalat och innehållsmässigt strukturerat på ett delvis annat sätt. Den stora skillnaden är enligt MSB att 2011 års version fokuserar mer på införandet av ett systematiskt informationssäkerhetsarbete och att detta är upplagt som ett projekt. Det finns inga motsättningar mellan 2011 års version och den reviderade versionen som lanserades 2018.
[92] Socialstyrelsen (2019a). *Säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten*, s. 17.

valtning. Olikheterna kan bero på kommunens storlek men även på nämndindelningen. Arbetet med dataskydd och rutiner för säker personuppgiftsbehandling har normalt sett hanterats nära informationssäkerhetsarbetet, men även här finns det variationer. Genom dataskyddsförordningen finns nu en mer tydlig beskrivning av arbetsuppgifterna. För kommuner kan det ändå finnas behov av vägledning på en mer praktisk nivå, framhöll SKR.

När en person påbörjar en tjänst behöver personen få tillgång till de system som behövs för att personen ska kunna utföra sina arbetsuppgifter. Det är i regel en enhetschef eller motsvarande som beslutar om behörighet för en anställd och en systemförvaltare eller motsvarande som ser till att den anställde får den beslutade behörigheten i ett visst verksamhetssystem. Det märks av naturliga skäl om en anställd inte har tillgång till ett verksamhetssystem i tillräcklig stor utsträckning för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Det finns emellertid en risk att det inte märks på samma sätt när en person byter tjänst inom en och samma kommun eller nämnd och behörigheten inte längre motsvarar personens arbetsuppgifter. Liksom vid beslut om att en person ska tilldelas en viss behörighet när en tjänst tillträds så är det också viktigt att se till att behörigheten till aktuella verksamhetssystem upphör när personen avslutar en tjänst som inneburit behov av tillgång till viss information. Det är förstås problematiskt om den tekniska möjligheten att styra behörigheter inte svarar mot behovet av styrning. En åsikt som kommer fram i samtal med verksamhetsföreträdare är att verksamhetskunskap är nödvändig för att kunna analysera roll- och behörighetstilldelning – arbete med att definiera rollerna och koppla dessa till en behörighet är alltså en verksamhetsfråga och inte en it-fråga.[93]

Enligt regionala e-hälsosamordnare som Socialstyrelsen varit i kontakt med förekommer inom socialtjänsten att anställda använder sitt personliga mobila Bank-ID. En del tycker att det är smidigare än annan säker inloggning. En sådan lösning säger emellertid inte något om användarens roll på arbetsplatsen. Det förekommer att personal inom hemtjänsten har en personlig inloggning men där utrustningen delas; exempelvis kan personligt Bank-ID finnas på en smart telefon eller surfplatta som används av flera. Att använda en privat e-legitimation i tjänsten strider mot principen om att skilja mellan det som görs privat och i tjänsten. Det kan också behövas en e-legitimation

[93] Socialstyrelsen (2019a), s. 28.

som inte exponerar den anställdes personuppgifter. Det förekommer alltjämt missuppfattningar om att tvåfaktorsinloggning kan vara detsamma som att en användare har ett användarnamn och ett lösenord, vilket alltså inte är korrekt. En lösning på behovet av säker inloggning är att arbetsgivaren förser sina anställda med e-legitimationer i tjänsten. Detta förenklar även samarbetet mellan olika förvaltningar och myndigheter.

Ett grundläggande sätt att upprätthålla informationssäkerhet är att göra regelbundna uppföljningar av risker och behov av utveckling. Socialstyrelsen ställde i sin enkät om e-hälsa och välfärdsteknik för 2019 frågan om kommunen regelbundet (dvs. minst en gång per år) följer upp risker och behov av utveckling av informationssäkerheten i socialtjänsten. Det var 55 procent av kommunerna som uppgav att de gör sådana uppföljningar. Bara ett mindre antal kommuner uppgav att de bedriver ett systematiskt informationssäkerhetsarbete sedan flera år tillbaka. Många kommuner hade dock påbörjat ett systematiskt arbete under just 2018 med hänvisning till GDPR.[94] [95]

Vidare kan konstateras att i Socialstyrelsens undersökning av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018 var det bara 16 procent av kommunerna som uppgav att de hade informationsklassat alla objekt, medan 54 procent hade klassat delar. Det var dock 30 procent av kommunerna som inte hade gjort någon säkerhetsklassning alls.[96]

De flesta omsorgsföretag som Socialstyrelsen intervjuade gjorde inte några informationsklassningar och riskbedömningar alls. På frågan om arbetet med informationssäkerhet nämnde de flesta att de sett över hanteringen av personuppgifter i samband med att GDPR trädde i kraft 2018. Det nämndes också att man använder krypterad kommunikation, automatisk utloggning ur system (och mobiler) vid en viss tids inaktivitet och att man tagit fram en informationssäkerhetspolicy. Ett företag uppgav att de har genomfört en informationsklassning eftersom kommunen hade krävt detta. I övrigt hade företagen inte arbetat med informationsklassning eller uppföljning av några risker som är kopplade till informationssäkerheten.[97]

[94] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.
[95] (2016/679/EU), s. 28 f.
[96] Av de som hade gjort någon klassning var det 65 procent som använt sig av KLASSA. Fem kommuner hade gjort klassning utifrån MSB:s modell. Andra kommuner hade egna modeller.
[97] Socialstyrelsen (2019a), s. 51.

Nationella system som kvalitetsregister, NPÖ och Pascal kräver säker roll- och behörighetsidentifikation men många lokala verksamhetssystem gör det inte. I 80 procent av kommunerna kräver en del system stark autentisering för inloggning, men bara i 13 procent av kommunerna gällde det för alla system (2019). I flera kommuner krävs stark autentisering för att komma åt verksamhetssystemet utifrån, t.ex. via mobila enheter, men däremot inte när personalen använder stationära datorer inom kommunens nätverk.

Olika personalgruppers möjligheter att logga in på ett säkert sätt skiljer sig åt. Hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation i större omfattning än socialtjänstpersonal. I en majoritet av kommunerna (93 procent) använder all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal en stark autentisering vid inloggning i verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas. Lite anmärkningsvärt har dock andelen minskat från 96 procent till 93 procent, vilket skulle kunna bero på att kommunerna installerar fler system som inte kräver säker inloggning.[98]

Socialtjänstpersonal använder inte stark autentisering i lika hög utsträckning som hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns dessutom skillnader mellan myndighetsutövningen och utförare.[99] När det gäller utförande verksamheter ökar andelen kommuner där all personal använder stark autentisering. Det är dock en minoritet av kommunerna där all personal använder stark autentisering, vilket gäller på alla verksamhetsområden. Flera kommuner som tillämpar säkra inloggningar beskriver dessutom att vikarier och timanställda inte har tillgång till sådan inloggning och därmed inte heller har tillgång till verksamhetssystem och andra system.

Liksom kommunernas socialtjänst hanterar vård- och omsorgsföretag information om enskilda personer. Användningen av säkra inloggningar varierar, visar de intervjuer som Socialstyrelsen har gjort inför 2019 års undersökning. Personalen loggar som regel in i verksamhetssystemen med användarnamn och ett personligt lösenord som byts med jämna mellanrum. Det förekommer också att personal använder inloggning med stark autentisering genom exempelvis lösenord på ett lösenordskort, en kod som skickas via sms eller

[98] Socialstyrelsen (2019a), s. 31.
[99] Inom äldreomsorgen är det 78 procent av kommunerna där all handläggande personal använder stark autentisering.

s.k. SITHS-kort. Det förekommer att enbart hälso- och sjukvårdspersonalen använder stark autentisering. I flera företag finns olika sätt att logga in beroende på behörigheter. Det innebär ofta att chefer med högre behörighet använder stark autentisering.[100]

Socialstyrelsens samlade bild är dessvärre att det systematiska informationssäkerhetsarbetet hos kommuner och andra utförare inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst uppvisar vissa brister. En förklaring till att kommunerna inte säkrar verksamhetssystemen och andra system kan vara att arbetet med att säkra roll- och behörighetsidentifikationen är en process som berör flera förvaltningar och arbetet är därmed omfattande, komplext och förknippat med kostnader. Dagens lösningar för stark autentisering upplevs dessutom ofta som stela och svåra att applicera i alla situationer, t.ex. i mobila lösningar.[101] Det tillkommer ibland appar som inte är säkrade med en stark autentisering. Leverantörerna har gjort bedömningen att en sådan inte är nödvändig och kommunerna litar till stor del på leverantörerna när de köper in välfärdsteknik.

Socialstyrelsen ansåg att den svaga utvecklingen när det gäller stark autentisering beror på att kommunerna, och delvis leverantörerna, saknar kunskap om att man behöver det för inloggning i de system där personuppgifter behandlas. Bristen på utveckling handlar åtminstone delvis om att socialtjänsten inte själva äger frågan om informationssäkerheten för sina verksamheter. Kommunerna har många verksamheter som behandlar uppgifter med olika krav på säkerhet. Socialtjänstens behov beaktas inte alltid i de kommungemensamma lösningarna. Det finns säkra lösningar, men de är svåra att använda i alla delar av socialtjänstens verksamheter. Leverantörer har ofta egna lösningar, vilket medför att personalen behöver förhålla sig till olika inloggningsrutiner i olika appar.[102]

I rapporten konstaterades att det saknas en nationell reglering av säkerhetsåtgärder som är specifik för socialtjänstens personuppgiftsbehandling. Socialtjänsten behandlar personuppgifter som är känsliga på samma nivå som de personuppgifter som behandlas inom hälso- och sjukvården. Därför kan man när man överväger säkerhets-

[100] Socialstyrelsen (2019a), s. 51.
[101] Enligt Socialstyrelsen bygger den vanligaste lösningen på Ineras SITHS-kort som är kopplade till en HSA-katalog där roller och behörigheter finns definierade. SITHS-korten är anpassade för hälso- och sjukvårdens personalgrupper och det finns inga generella alternativ som ger samma nivå på säkerheten. Det finns kommuner som väljer att låta personalen använda sin personliga e-legitimation (Bank-ID) för att uppnå stark autentisering.
[102] Socialstyrelsen (2019a), s. 63.

åtgärder för personuppgiftsbehandling inom socialtjänsten jämföra med vad som gäller för hälso- och sjukvården, ansåg Socialstyrelsen.

Enligt Integritetskommittén är en uppförandekod en möjlighet för sammanslutningar som företräder personuppgiftsansvariga eller personuppgiftsbiträden att inom en viss bransch eller sektor specificera hur man i praktiken ska tillämpa dataskyddsförordningens bestämmelser. Ett samarbete mellan personuppgiftsansvariga inom hälso- och sjukvård och socialtjänst om gemensamma uppförandekoder skulle kunna vara ett sätt att lösa tillämpningsproblemen, menade kommittén.[103] Enligt Socialstyrelsen finns i dagsläget inte några godkända uppförandekoder eller certifieringsmekanismer som är av direkt och fullständig relevans för socialtjänstens arbete med just säker personuppgiftsbehandling.[104] Det finns dock ISO-standarder i 27000-serien för informationssäkerhet. I dessa finns detaljerade krav för exempelvis behörighetsstyrning.[105]

4.6 Upphandling upplevs som problematiskt

Allmänt

Upphandling pekas ofta ut som ett av de största hindren för ett snabbare och bättre införande av välfärdsteknik i vård och omsorg. Det finns visserligen flera utmaningar i upphandlingsprocessen, men i stor utsträckning beror hindren på kommunernas brist på övergripande strategier för genomförande av upphandlingar snarare än på begränsningar i lagen. Upphandling är en verksamhetsöverskridande och specialiserad uppgift som kräver tid och resurser.

Kommunerna anser sig ofta sakna information om olika e-hälsolösningar och effekterna av dessa. Framgångsrika pilotprojekt som genomförs med tjänster från en särskild leverantör, blir oftast problematiska att breddinföra när regelverket om upphandling kräver att

[103] SOU 2017:52 s. 114.
[104] Socialstyrelsen (2019a), s. 13.
[105] DIGG granskar och godkänner e-legitimationer för kvalitetsmärket Svensk e-legitimation. Företag och myndigheter som behöver e-legitimering i sina digitala tjänster har möjlighet att ställa krav på att eID-leverantören ska leverera lösningar som är godkända enligt tillitsramverket för svensk e-legitimation. På sikt är det tänkt att kännetecknet ska hjälpa användare och ansvariga för digitala tjänster att veta vilka inloggningsmetoder som det finns anledning att hysa tillit för. En vanlig lösning för säker roll- och behörighetsidentifikation i kommunerna är de s.k. SITHS-korten som innehåller en personlig legitimation och ett tjänstecertifikat. Inera och Försäkringskassan har ett samverkansprojekt som rör utvecklandet av e-identitet för offentlig sektor, Efos, som ska ersätta SITHS.

andra leverantörer ska ges möjlighet att delta i upphandlingen, framhåller E-hälsomyndigheten. Stora upphandlingar som löper under en längre tid anses problematiska. Det är både tids- och resurskrävande och intresset i organisationen kan svalna. Vissa kommuner upplever svårigheter vid upphandling om vad som bör finnas med i kravspecifikationen, vilket gör att krav kan missas och införandet bli mer kostsamt än beräknat. Det finns många leverantörer och lösningarna är inte alltid framtagna enligt standarder.

Det nationella stöd som efterfrågats handlar dels om stöd i upphandling av trygghetslarm, dels generellt stöd vid upphandling av digital teknik samt olika upphandlingsformer som innovations- och funktionsupphandlingar. Efterfrågan på nationellt stöd framkom även i fråga om informationssäkerhet, funktionalitet, kravspecifikationer, standarder, lagstiftning och termer och begrepp.[106] Kommuner har efterfrågat tydligare krav från nationella aktörer i fråga om vad som borde upphandlas, tillgång till kravspecifikationer samt juridisk hjälp. Det stöd som kommunerna får regionalt och nationellt anses inte tillräckligt eller anpassat till kommunens förutsättningar. Många vill ha information om goda exempel.

Upphandlingsmyndigheten har tagit fram en beskrivning av inköpsprocessen som utvidgar begreppet upphandling till en kontinuerlig process med sex faser i tre zoner, där själva upphandlingen endast utgör en av faserna. Inköpsprocessen behöver hållas ihop till en enhetlig process med god kontinuitet, där t.ex. förvaltningen förbereds redan i Zon 1. Den egentliga upphandlingen med annonsering och tilldelning utgör endast en mindre del av inköpsprocessen. Arbetet med upphandling behöver därför vara en integrerad del av införandeprocessen för välfärdsteknik genom alla faser.

Upphandlingsmyndigheten också gett ut en vägledning[107] och en kartläggning[108] gällande upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik. Även MSB har tagit fram vägledningar om upphandling, med sikte på informationssäkerhet och samhällsnyttig verksamhet.

Som stöd för upphandling av digitala trygghetslarm har SKL Kommentus Inköpscentral (SKI) tagit fram ett ramavtal för upphandling av trygghetslarm. Från och med oktober 2016 finns det ett nytt ramavtal på plats där 274 kommuner är avropsberättigade. Detta innebär

[106] MFD (2017a), s. 33.
[107] Upphandlingsmyndigheten (2017). *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik.*
[108] Upphandlingsmyndigheten (2016a) *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning* (2016:1).

att nästan samtliga kommuner kan göra avrop för att genomföra digitalisering av trygghetslarm. Kopplat till det nuvarande ramavtalet har SKI också utökat sitt verksamhetsstöd till kommunerna genom en mer aktiv avtalsförvaltning samt stöd vid avrop och leveransverifiering i samband med implementering.[109]

SKI har vidare inlett ett arbete med en upphandling av trygghetsskapande teknik för användning i både särskilt och ordinärt boende, *Trygghetsskapande teknik 2018*. Upphandlingen ska tillgodose upphandlande myndigheters behov att utan dröjsmål kunna uppmärksamma brukares behov av stöd och hjälp och att kunna utföra tillsyn på distans. Tekniken ska bidra till den enskildes trygghet, bibehållen integritet och självständighet. Ramavtalet förväntas vara klart för avrop i juni 2020. Upphandlingen omfattar följande funktioner:

- för att utförare (den/de som utför vård och omsorg hos brukare) ska upptäcka brukares behov av stöd och hjälp vid omedelbar fara,
- för att utförare ska upptäcka brukares behov av stöd och hjälp utan omedelbar fara,
- för att utförare ska kunna utföra tillsyn på distans, och
- för att brukare aktivt ska kunna påkalla stöd och hjälp.

Behovsanalys och funktionskrav

Ett traditionellt sätt att upphandla är inte alltid den bästa lösningen när det kommer till välfärdsteknik. Det går för långsamt och är för oflexibelt på en snabbt föränderlig teknikmarknad. Särskilt behöver man fundera över hur innovation kan främjas, både i och efter upphandlingen.

Funktionskrav innebär att kraven inte formuleras i detalj utan att leverantören ska erbjuda en lösning som ger en viss funktion. Det gör att leverantörerna blir fria att erbjuda nya innovativa lösningar som motsvarar behovet, även om den upphandlande myndigheten kanske inte känner till dessa nya lösningar. Att använda standarder vid upphandling när nya lösningar tas fram kan underlätta implementering och användning av ny teknik. Det gäller att inte låsa sig

[109] MFD (2017a), s. 26.

till en specifik lösning som snabbt blir föråldrad. Med få undantag bör det eftersträvas att formulera så många krav som möjligt som funktionskrav och inte som lösningskrav eller specifikationskrav.[110]

Vid utformning av funktionskrav är det viktigt att tydligt beskriva hur de ska prövas och utvärderas. Det är också viktigt att undvika att bli för vag och generell i sin funktionsbeskrivning, så att den snarare liknar en behovsbeskrivning. Dels kan det bli svårt att jämföra inkomna anbud, dels kan det komma in anbud som i och för sig uppfyller kraven, men som inte levererar det som var tänkt. Ett förslag är att undersöka om andra formulerat användbara funktionskrav för samma område eller föra en dialog med flera olika leverantörer om hur funktionskraven skulle kunna se ut. Det är lätt att fastna i hur tjänster erbjuds i dag och tro att det är att likställa med behov. Risken är då att de nya arbetssätten med välfärdsteknik alltför mycket kommer att likna de gamla. Att ”bli tilltittad tre gånger per natt” är inte ett behov, exempelvis. Den individ som hittills fått tre tillsynsbesök per natt har snarare behov av trygg och ostörd nattsömn. Formuleringsskillnaden kommer att påverka analysen av vilka tekniska funktioner som ska användas.[111] Genom att aktivt involvera dem som ska använda tekniken i utvecklingsprocessen, ökar förutsättningarna för att den tekniska lösningen blir ändamålsenlig och lätt att använda samtidigt som den utgår från de äldres behov.

Att upprätta en marknadsdialog före upphandlingen, eventuellt med hjälp av specialiserade företag, är ett sätt att minska riskerna för ett misslyckande med upphandlingen.[112] En kontinuerligt pågående leverantörsdialog anses omistlig som ett led i implementeringen av välfärdsteknik.[113] Det gäller i alla inköpsprocesser men är extra viktigt när det handlar om nya lösningar på en dynamisk marknad.[114]

Marknadsanalysen är tätt kopplad till behovsanalysen. Marknadsanalysen kan både vara en grundlig undersökning av den befintliga marknaden för att se om en tjänst på aktuell marknad kan tillgodose ett identifierat behov, men den kan också vara en kontinuerlig process i vilken en organisation håller sig uppdaterad och till och med

[110] Upphandlingsmyndigheten (2017), s. 53.
[111] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 44.
[112] Jfr vad som sägs om upphandling i NVC:s Connect. Nordens välfärdscenter (2017).
[113] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 47.
[114] Många drar sig för detta, kanske på grund av oro för konkurrensneutraliteten. Upphandlingsmyndigheten har publicerat foldern *6 myter om dialog i offentlig upphandling* som visar hur leverantörsdialog kan fungera. Upphandlingsmyndigheten (2016b). 6 myter om dialog.

inspireras av nya innovativa tjänster.[115] Om möjligt bör man integrera marknadsundersökningar i vardagsarbetet med välfärdsteknik. Det rekommenderas att skapa ett nätverk för kunskapsdelning med likasinnade kommuner och andra partners, som sjukhus eller universitet. Att dela information om nya tjänster och deras användbarhet och lönsamhet kan spara värdefulla resurser. Vare sig marknadsanalysen sker som en integrerad del av det dagliga arbetet eller i en mer intensiv studie, kan det generellt vara bra att först fundera på vilka standarder och regelverk företag och tjänster ska efterleva för att få samarbeta med aktuell verksamhet. Det kan handla om interoperabilitet och regler om datasäkerhet.

Ett annat återkommande tips är att kontrollera om andra har utvärderat den specifika tjänsten eller något liknande. Även om en befintlig utvärdering inte är direkt applicerbar i en annan kommun kan den fungera som inspiration och spara tid och resurser.

Ett funktionsavtal ger leverantören ett heltäckande ansvar att upprätthålla en funktion, förutsatt att de i upphandlingsdokumenten beskrivna förutsättningarna inte ändras. Ett funktionsavtal för trygghetslarm kan innebära att leverantören själv ska driftövervaka larmen och åtgärda eventuella störningar, oavsett om de beror på tekniska fel, handhavandefel, strömavbrott, kommunikationsstörningar eller annat. Ett funktionsavtal kan bidra till ökade kostnader i anbuden, eftersom leverantören ska ta höjd för oväntade händelser. På sikt leder det emellertid många gånger till lägre totalkostnad, och till att tvister om vems fel det är när det inte fungerar kan undvikas.[116]

Hundra procent tillgänglighet sägs ofta vara antingen omöjligt eller väldigt kostnadsdrivande. Därför är det viktigt att avtala med leverantören vad som ska gälla. En analys av hur höga tillgänglighetskrav som är relevanta att ställa kan utgå från dessa frågor:

– Hur kritisk är tjänsten, dvs. hur allvarliga kan konsekvenserna bli om den inte fungerar?
– Hur svårt är det att gå över till manuella rutiner vid driftavbrott?
– Hur snart blir konsekvenserna allvarliga vid ett driftavbrott?

[115] Nordens välfärdscenter (2017), s. 39.
[116] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 54.

– Går det att följa upp tillgänglighetskraven under avtalet? Finns det en frekvent funktionsövervakning med loggar tillgängliga för kommunen så att det går att kontrollera uppfyllelse?
– Går det att i förväg informera användarna om att driftavbrott ibland kan ske och på så vis ”friskriva” sig från konsekvenser?
– Går det att jämföra med hur det var innan digitaliseringen? Fungerade motsvarigheten till tjänsten till 100 procent då?
– Blir det skillnad om tjänsten underrättar personalen vid driftavbrott, så att risken för falsk trygghet elimineras?
– Går det att göra sig en bild av hur kostnaderna påverkas för varje ytterligare procents tillgänglighet som begärs?
– Vad är ett relevant mått på tillgänglighet? För traditionella it-system är det vanligt att kräva 98 procent per månad. Det innebär att ett driftavbrott på 14 timmar under en månad är ”godkänt”. Skulle avbrottet löpa över ett månadsskifte, kan det vara 28 timmar utan att leverantören brutit mot kravet.

Man bör göra en riskanalys som omfattar sannolikhet och konsekvens av driftavbrott på grund av störningar i strömförsörjningen. Gör den för olika långa strömavbrott och bedöm vilka möjligheter som finns att gå över till manuella rutiner eller annan reservplan. Därefter anpassas kraven i upphandlingen från den riskanalysen.[117]

När det gäller valet mellan att kommunen eller tjänsteleverantören ska stå för datakommunikationen, rekommenderas att ta reda på vilka förutsättningarna är för att kommunen svarar för kommunikationen. Därefter jämför man det med eventuella vinster som uppstår om teknikleverantören gör det i stället. En mellanväg är att avtala med en särskild leverantör för kommunikationen för välfärdstekniken (open service provider eller trusted open service provider.) Man bör tänka långsiktigt och förbereda för fler digitala tjänster.[118]

[117] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 39.
[118] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 38 f.

Förvaltning

Upphandling ska inte ses som en enskild aktivitet begränsad i tid. I stället bör upphandlingen ses som startpunkten i en längre relation som innehåller bl.a. en lång förvaltningsfas. Erfarenheter visar tydligt att förvaltning är det steg i inköpsprocessen som får minst uppmärksamhet. Välfärdsteknik har hittills inte varit något undantag. Detta borde göra att ännu större resurser läggs på förvaltningen för att säkerställa de leveranser som avtalats.[119] Nya digitala tjänster behöver förvaltas, både när det gäller leverantörsavtal och it-system. Ett vanligt misstag är att börja tänka på dessa delar först efter att avtalen ingåtts och tjänsterna införts. Förutsättningarna för framgångsrik avtals- och systemförvaltning ökar om hela införandet och den kommande driften ses som en sammanhållen process.

Tydliga villkor i avtalet kring leveransen när det gäller t.ex. tillgänglighet, leveranstider, support, utvecklingsoptioner och utbildning, är nyckelfaktorer för en god relation över tid med leverantören. Ju tydligare avtalet är på de här punkterna, desto mindre anledning till meningsskiljaktigheter och tvister. Även villkoren vid olika typer av fel i tjänsten ska vara tydligt reglerade. Här rekommenderas i förväg väl kända ekonomiska sanktioner av måttlig storlek som faller ut redan vid mindre fel i tjänsten. Detta skapar ett ekonomiskt incitament för leverantören att upprätthålla en god kvalitet i leveransen och förebygger att man hamnar i ett läge där det enda som finns att ta till är ett skyhögt vite.[120]

4.7 Juridiska svårigheter vid implementering

Även om biståndsutredningar, social dokumentation och verksamhetssystem länge varit digitala innebär välfärdstekniken att nya juridiska frågeställningar uppstår och måste besvaras. Fortfarande saknas här praxis på flera områden och det blir upp till kommunerna att göra tolkningar av vad som gäller. Viss vägledning kan fås från SKR, Socialstyrelsen och Datainspektionen.

En juridisk aspekt som ibland diskuteras är vilket lagrum som ska användas för individbeslut. Positioneringslarm (mobila trygghetslarm/gps-larm) är ett exempel på en välfärdstekniklösning där olika

[119] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 28.
[120] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 28.

kommuner har valt olika lagrum för individbeslutet. Samtliga tre nedan beskrivna sätt förekommer. Det förekommer också att det i en och samma kommun finns olika funktioner inom välfärdsteknik som hanteras under olika lagrum enligt ovan, utan att det finns en underliggande tanke eller förklaring.[121] Det finns minst tre sätt:

– Biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen eller LSS
– Som en del av genomförandeplanen kopplad till biståndsbeslutet
– Som en förskrivning av hjälpmedel för det dagliga livet.

Biståndsbeslut är ett myndighetsbeslut som kan bli föremål för överklagande. Om metoden med biståndsbeslut används finns möjligheten att ta ut en avgift enligt socialtjänstlagen, t.ex. en månadsavgift för trygghetslarm. Enligt en del bedömare behöver kommunen fatta beslut om riktlinjer rörande vilka som ska kunna få tillgång till tjänsten (om inte alla ska kunna få tillgång till tjänsten), detta på grund av den kommunala likställighetsprincipen.

När tillhandahållandet sker som en del av genomförandet (verkställigheten) av ett biståndsbeslut innebär det att verksamheten tillsammans med individen kommer överens om användning av välfärdstekniken, både *att* den ska användas och *hur* det ska ske. Genomförandeplanen är inte ett myndighetsbeslut och kan inte överprövas i domstol. Enligt vissa experter kan det innebära problem i förhållande till likställighetsprincipen när en invånare som önskar få tjänsten, t.ex. ett positioneringslarm, inte blir beviljad det trots att en annan invånare får det. Det finns inte laglig möjlighet att ta ut en avgift för den digitala tjänsten om individbeslutet utgör en del av genomförandeplanen. Avgiften som individen betalar är i så fall för grundinsatsen. Vem som beslutar om utformningen kan variera, t.ex. verksamhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal eller någon i teamet.

Den tredje varianten innebär att en förskrivare, exempelvis en legitimerad arbetsterapeut, efter utprovning fattar beslut om att individen får den digitala lösningen som ett personligt förskrivet hjälpmedel. Beslutet dokumenteras i patientjournalen. Det är inte ett myndighetsbeslut och heller inte överprövningsbart.[122] I samband med förskrivning av hjälpmedel för det dagliga livet tar hjälpmedels-

[121] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 30 f.
[122] Individen kan dock anmäla förskrivaren till patientnämnden eller till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd vid missnöje med avslag.

verksamheten ofta ut en avgift av patienten. När det gäller lösningar för stöd vid medicinering, såsom digitala dosetter, medicinpåminnelser, uppkopplade medicindispensers och lösningar för medicinsignering, måste en bedömning göras av vilket lagrum som blir aktuellt utifrån om användningen utgör stöd för egenvård eller ett led i sjuksköterskans ansvar för medicineringen.

I en vägledning om implementering av välfärdsteknik rekommenderas att man gör en analys av konsekvenserna av att förlägga individbeslutet på olika sätt och säkerställer enhetlig reglering eller åtminstone en reglering som grundar sig på dokumenterade skäl.[123] Man ska vara tydlig med vilka lagrum som är aktuella när man tar fram sina rutiner samt säkerställa att dokumentation hamnar i rätt dokumentationssystem.

Om välfärdstekniken medför en mer allmän nytta för individen än vad som motiveras av insatsen är det tveksamt om likställighetsprincipen kan anses uppfylld utan att ett myndighetsbeslut eller ett förskrivarbeslut finns som grund för insatsen. Som exempel nämns att välfärdstekniktjänsten ger åtkomst till internet, möjlighet till videosamtal med anhöriga eller tillgång till ip-tv, dvs. sådant som andra invånare betalar för att få. I så fall rekommenderas i den nämnda vägledningen att individbeslutet tas som ett biståndsbeslut eller som en hjälpmedelsförskrivning.[124] Med hänsyn till likställighetsprincipen förespråkas också att om kommunen ska stå för anslutning till internet för digitala tjänster i hemmet, bör anslutningen göras via s.k. välfärdsbredband, där uppkopplingen begränsats till att endast omfatta välfärdstekniklösningarna. Om ett trådlöst nätverk i bostaden är åtkomligt också med en privat surfplatta, skulle det kunna komma i konflikt med likställighetsprincipen.

I vägledningen tas också upp frågan om CE-märkning:[125]

> Av tradition har hjälpmedelscentralerna som regel krävt att de hjälpmedel som upphandlas ska vara CE-märkta enligt det medicintekniska direktivet, och därför klassas som medicintekniska produkter, MTP. Samtidigt har kommunerna av tradition, mycket baserat på en lång användning av trygghetslarm, inte krävt samma sak vid upphandling av välfärdsteknik. Här saknas i stort underbyggda skäl till skillnaden i synsätt, något som återigen blir tydligt vid analys av hur positioneringslarm hanterats runt

[123] Enligt vad utredningen erfar förekommer att samma kommun använder hjälpmedelsvarianten när personen som ska erbjudas tekniken lider av kognitiv svikt, medan biståndsbeslut tillämpas för biståndssökande utan kognitiv svikt.
[124] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 33.
[125] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 32.

> om i Sverige. I kommuner där hjälpmedelscentralen fått upphandla positioneringslarmen har kravställningen ofta omfattat CE-märkning som MTP, medan flertalet kommuner som själva upphandlat larmen inte krävt det.

Vägledningen ger inget uttalat stöd för det ena eller det andra synsättet.[126] Uppmaningen är att göra en översiktlig bedömning och ta ställning, så att vägvalet åtminstone görs medvetet och inte bara baserat på tradition. ”Förhoppningsvis kan frågan belysas mer ordentligt på nationell nivå i någorlunda närtid”, sägs det på s. 32.

Beträffande samtycke, varmed man menar frågan kring samtycke under vård- och omsorgslagstiftningen och inte den som kan gälla under dataskyddsförordningen, anges bl.a. att grunden är att all vård och omsorg ska ges efter samtycke av individen. Det gäller självklart också när välfärdsteknik är en del av insatsen. När någon motsätter sig användning av digitala lösningar ska det självklart respekteras (om det inte finns stöd i relevant tvångslagstiftning).

> Den stora utmaningen gäller individer med nedsatt beslutsförmåga, som kan ha svårt att lämna sitt samtycke även om de inte motsätter sig. Det är en grupp, ofta med kognitiva funktionsnedsättningar, som generellt har mycket att vinna på ökad användning av digitala lösningar för trygghet och självständighet. Att exempelvis slippa integritetskränkande fysiska tillsynsbesök på natten, låsta dörrar eller behovet att ha anhörig eller ledsagare med sig vid promenader utomhus kan betyda enormt mycket för många individer.
>
> Tidigare har Socialstyrelsen och IVO haft synen att bl.a. kameror, sensorer och positioneringslösningar varit att betrakta som tvångs- och begränsningsåtgärder och att de därför krävt ett uttryckligt informerat samtycke av individen för att användningen ska vara tillåten. Glädjande är att IVO på senare tid har börjat byta uppfattning och nu hävdar att en samlad bedömning måste göras, där nyttan för individen vägs mot den eventuella integritetskränkningen. Undantag gäller än så länge för kameror, där IVO hänvisar till Datainspektionen (DI) som tillsynsmyndighet … DI har hittills varit mer restriktiv i sin syn på användning utan uttryckligt samtycke.

Vidare anges att flera kommuner har fattat beslut om riktlinjer för användning av välfärdsteknik för individer med nedsatt beslutsförmåga. Här regleras såväl hur samtycke ska eftersträvas som hur beslut om användning utan samtycke kan fattas, och hur det dokumen-

[126] Man konstaterar att det skulle bli för omfattande att fullt ut reda ut konsekvenserna av de båda synsätten.

teras. Bedömningen är att tillsynsmyndigheterna kommer att ha en mer tillåtande syn om kommunen varit tydlig med hur resonemanget har varit och om det finns väl kända rutiner som används.[127]

En annan juridisk fråga, som lyftes fram vid MFD:s intervjuer med kommunföreträdare, oavsett hur långt de hade kommit i teknikarbetet, var ”ansvarsfrågan”. Det finns en osäkerhet kring var ansvaret ligger för den teknik som ska införas, dvs. om det är kommunen, regionen, den enskilde eller utförarsidan som har ansvaret. Det efterfrågades tydligare regelverk och riktlinjer om detta.

4.8 Teknikens potential att effektivisera äldreomsorgen

4.8.1 Uppskattningar från SKR

I flera studier har undersökts möjligheten att automatisera yrken och arbetsmoment. En sammanställning av resultat från flera olika studier visar på stora variationer i resultat beroende på beräkningsmodell och förväntningar om framtiden.[128] Arbetsuppgifter som lämpar sig för automatisering kännetecknas av en hög grad av rutinarbete, standardiserat eller digitalt innehåll, begränsade mellanmänskliga kontakter, enkel problemlösning och fysiskt exakta arbetsmoment. Potentialen när det gäller omvårdnadsarbete framstår därmed som mindre framträdande. I en svensk studie har uppskattats att digitalisering/automatisering kan leda till en minskning av personalen inom vård- och omsorg med 7 procent.[129]

I SKR:s ekonomirapport beskrivs dock några tjänster med en betydande effektiviseringspotential, med utgångspunkt i en studie av bl.a. RISE.[130] [131] Tjänsterna är digital nattillsyn, digital dagtillsyn, medicinpåminnare och digital nyckelhantering.

I tabellen nedan redovisas en uppskattning av den nationella potentialen för respektive tjänst utifrån studien från RISE. Som framgår

[127] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 33.
[128] Kommunal (2018). *Digitalisering och arbetstillfällen, Hur kommer automatisering att påverka antalet arbetstillfällen inom Kommunals yrkesområden?*
[129] Fölster, S. (2015). *De nya jobben i automatiseringens tidevarv.* Stiftelsen för Strategisk Forskning.
[130] Sveriges kommuner och regioner (SKR). (2018c). *Ekonomirapporten, maj 2018. Om kommunernas och landstingens ekonomi*, s. 57 f.
[131] Slutrapport – Modell för beräkning av nyttan av bredband och digitalisering. Stelacon och RISE, juni 2018.

kan potentialen bli betydande, närmare 4,5 miljarder kronor för riket som helhet, bara för dessa tjänster. Men förutsättningarna skiljer sig mellan olika kommuner beroende på olika faktorer, såsom bebyggelsestruktur, andel användare av den digitala lösningen, kostnader för de analoga motsvarigheterna i utgångsläget, hur väl man lyckas anpassa arbetssätt etc.[132] I vissa fall kan potentialen vara större, t.ex. för glesbygdskommuner med hög andel äldre och långa restider i hemtjänsten. Beräkningen nedan för hemtjänst bygger på att fem procent av de enskilda har digital nattillsyn. Om den siffran ökas ökar potentialen i motsvarande mån, framhåller SKR.

Tabell 4.3 Uppskattning av nationell potential av några digitala tjänster

Miljoner kronor och kronor per invånare

Digital tjänst	Mnkr potential och kr/invånare
Tillsyn dag	40 040
Tillsyn natt	1 400 140
Medicinpåminnare	70 070
Nyckelhanterare	70 070
Summa hemtjänst	3 200 320
Ekonomiskt bistånd	60 060
Bygglov m.m.	60 060

Nästa tabell visar resultatet av kalkylen avseende digital nattillsyn för tre olika exempelkommuner, med olika förutsättningar framför allt avseende gleshet. Ju längre avstånd mellan användarna desto större blir vinsten med digitalt stöd i hemtjänsten. Effektiviseringspotentialen består av mellanskillnaden mellan vad tillsynen kostar i dag och vad tillsyn med stöd av nattkameror kostar. I kalkylen antas andelen av hemtjänsttagarna med digital nattillsyn vara 5 procent. Kostnaden för den digitala tillsynen består av kostnader för utrustning, bredbandsuppkoppling, driftskostnader, licenser och personalkostnader. Kostnader för förändringsarbete ingår inte, då detta kan se olika ut, t.ex. vad gäller behov av utbildning och projektledning.

Till grund för kalkylen ligger värden som är hämtade från eller beräknade utifrån officiell statistik. I beräkningsverktyget går det att

[132] Med hjälp av ett beräkningsverktyg är det möjligt att göra beräkningar utifrån kommunens egna förutsättningar, står det med hänvisning till en fotnot där det anges att verktyget har utvecklats av RISE/AB Stelacon på uppdrag av Post- och telestyrelsen (PTS) och finns på PTS webbplats (2019). https://digitaliseringssnurran.se/

ändra dessa värden. Verktyget kan också användas för känslighetsanalyser. Man kan t.ex. undersöka vad som händer om man kan öka andelen som använder den digitala tjänsten.

Tabell 4.4 Effektiviseringspotential – digital nattillsyn

Miljoner kronor om inte annat anges

Exempel	Större kommun/stad	Landsbygd/ pendlingskommun	Stad/kommun nära storstad
Kostnad för fysisk tillsyn	25,6	1,4	4,8
Digital tillsyn	4,8	0,1	1,3
Effektiviseringspotential	20,8	1,3	3,5
Potential kr/invånare	151,0	454,0	71,0

Källa: RISE.

4.8.2 Exempel 1: Mobilt trygghetslarm/gps

Cirka 60 procent av alla kommuner i Sverige använder någon form av gps-larm eller gps-klockor och Östersunds kommun är ett bra exempel. Kommunen har många års erfarenhet av att använda denna typ av teknik och har för närvarande cirka 350 gps-klockor i drift. Antalet klockor ökar varje vecka. Till en början användes klockorna mest för personer som diagnostiserats med kognitiva nedsättningar eller demenssjukdom. Nu används de av alla som vill vara mer rörliga men ändå behöver känna sig trygga. Kommunen har 1 650 vanliga trygghetslarm och man uppskattar att mer än hälften av dem skulle kunna ersättas med gps-klockor. Användare som inte förväntas komma att lämna hemmet på egen hand bör dock fortsätta med vanligt trygghetslarm, eftersom detta inte behöver laddas.[133]

En rapport som Hjälpmedelsinstitutet publicerat 2013 med en nyttokostnadsbedömning visar tydligt att mobila trygghetslarm är samhällsekonomiskt lönsamma.[134] Den samhällsekonomiska kalkylen visar att tjänsten uppnår lönsamhet redan efter fyra månaders användning. För varje satsad krona får man 3,1 kronor tillbaka. Överskottet efter tre år beräknades till 53 000 kronor. För kommunen blir tjänsten lönsam efter 3,5 månader. Överskottet under en treårs-

[133] Nordens välfärdscenter (NVC) (2019). *Vård och omsorg på distans – 24 praktiska exempel från Norden*, s. 56.
[134] Hjälpmedelsinstitutet (HI) (2013). *Nyttokostnadsanalys vid införande av välfärdsteknologi – exemplet Posifon.*

period beräknades till 36 000 kronor. Mycket talar dessutom för att de ekonomiska antagandena i studien är i underkant.

I studien följdes ett 80-tal personer med demenssjukdom som alla var fysiskt aktiva. Var tredje önskade kunna gå ut på egen hand. Fler än hälften var oroliga för att gå vilse och var fjärde var rädd för att ramla. Dessa andelar stämde rätt väl överens med de andelar som rent faktiskt hade gått vilse eller ramlat när de var ute. Samtliga bodde i ordinärt boende med någon form av anhörigomsorg. Testperioden pågick i cirka nio månader under 2012. Vid studiens slut hade många användare fallit bort, främst på grund av tilltagande demens. I snitt hade personerna använt det mobila trygghetslarmet i fem månader.

Kostnaderna utgick från att ett larmabonnemang för privatpersoner kostar 895 kronor i startavgift och därefter 395 kronor per månad, dvs. 5 600 kronor år och 4 700 kronor kommande år.[135] Kostnaden för utbildning (åtta timmar för varje personalenhet, åtta timmar för anhöriga) skrevs av på tre år. Löpande stöd till användare och anhöriga beräknades handla om tre timmar per år. För mottagning av larm uppskattades åtta timmar per enhet och år, cirka 6 500 kronor för kommunen. I en dansk studie från 2011 hade motsvarande kostnad uppskattats till 5 000 DKK, cirka 6 000 kronor.[136]

Det förekommer ofta att anhöriga involveras vid mottagning av larm, vilket har både för- och nackdelar.[137] När användare har en anhörig som vill och kan svara för bevakningen antas de kommunala resurserna kunna dras ned till en fjärdedel.[138] I den aktuella studien var det 80 procent som hade anhöriga som skulle sköta bevakningen.

När det gäller samhällsnyttan dominerar två kostnadsposter: minskade sökkostnader för försvunna personer (som framför allt gynnar staten) samt minskade kostnader för särskilt boende för personer med demens, eftersom tjänsten kan fördröja flytten till sådant boende (vilket framför allt gynnar kommunen). Varje år är det ungefär 300 ärenden med försvunna personer som leder till en regelrätt räddningsinsats. Av dessa personer är det 75–80 personer som är äldre eller har en demenssjukdom. I genomsnitt pågår en räddningsinsats i knappt 12 timmar och omfattar minst 10 poliser, Hemvärnet, personer från orienteringsklubbar o. dyl. Totalt deltar i genomsnitt

[135] HI (2013), s. 23.
[136] ABT-fonden (2011). *Demonstrationsprojekt med bruk af gps-system i eget hjem.*
[137] Det kan vara en fördel att personen som gått vilse möts av en anhörig som man känner igen. Socialtjänsten kan dock inte lagligen avhända sig ansvaret för personen om något går fel.
[138] HI (2013), s. 23.

50 personer. Dessutom sätts ofta helikopter in. Den totala kostnaden för en sökinsats som klassas som räddningstjänst uppgår till 390 000–500 000 kronor.

Här ska dock sägas att det bara är en mindre del av de som går vilse som eftersöks på detta sätt. I många fall är det anhöriga eller hemtjänst som letar, i ett senare skede kanske med hjälp av polisen. Vanligen hittar man den försvunna personen inom ett par timmar. I studien räknar man även på dessa kostnader, men de är betydligt lägre. Från en rent ekonomisk synpunkt faller den stora vinsten för att man enkelt hittar en försvunnen person därmed på staten. Det största värdet är förstås att man kan förebygga dödsfall till följd av att personen blivit nedkyld och liknande.

När det gäller hur länge mobilt trygghetslarm kan fördröja flytt till särskilt boende och därmed bespara kommunen kostnader (eftersom det är dyrare med särskilt boende än med hemtjänst) gjorde man i studien ett uttalat försiktigt antagande att en tredjedel av användarna kan bo kvar fem månader längre än annars. Därefter fördelades den effekten över fyra år med en fjärdedel varje år. Då blev resultatet en genomsnittlig förlängning med sju veckor.[139] Det ger en besparing om 17 600 kronor per år i fyra år. I en dansk studie från 2011 hade motsvarande effekt uppskattats till 20 000 danska kronor.[140] För hemtjänst antogs genomsnittskostnaden per person och år vara 129 000 kronor med en variation mellan kommuner från 45 000 kronor till 810 000 kronor.[141] För särskilt boende användes genomsnittskostnaden 549 000 kronor med en variation mellan 282 000 kronor och 960 000 kronor.

På intäktssidan finns också minskade behov av ledsagning och minskade kostnader för fasta larm (som ersätts av mobilt larm). I studien fann man att om personen kan gå ut utan ledsagare i en fjärdedel av promenaderna uppstår en tidsbesparing för anhöriga om 18 timmar per år och för hemtjänsten med cirka fem timmar per år, en samhällsekonomisk besparing på 3 600 kronor per år, även om många anhöriga inte förvärvsarbetar. Mobila trygghetslarm kan underlätta för anhöriga att öka sitt arbetsutbud eftersom man inte behöver se till personen med demenssjukdom lika mycket längre.

[139] HI (2013), s. 20.
[140] ABT-fonden (2011). *Demonstrationsprojekt med bruk af gps-system i eget hjem.*
[141] HI (2013), s. 20. Siffrorna kommer från SKL och Socialstyrelsen 2011–2012.

Denna effekt motverkas dock av att användaren kan bo kvar hemma längre och därmed så att säga fördröja ett ökat arbetsutbud.[142] Här nämns som jämförelse en mindre studie från Östersund[143] där effekten på arbetsutbudet blev relativt stor eftersom flera användare hade anhöriga som både förvärvsarbetade och ansvarade för viss omsorg.

Den viktigaste posten, som dock inte har kvantifierats i studien, är ökat välbefinnande hos användare och anhöriga.

När det gäller den kommunalekonomiska kalkylen gäller alltså följande. Intäkterna består i huvudsak av minskade kostnader för särskilt boende och sammanfaller med motsvarande post i den samhällsekonomiska kalkylen, dvs. 17 600 kronor per år. Minskade sökkostnader domineras nästan helt av statliga kostnader, men en mindre del, 1 200 kronor per år, avser minskade sökkostnader för vårdpersonal i 20 procent av fallen, vilket innebär en besparing på drygt 200 kronor per år. Minskat behov inom hemtjänsten av att ledsaga användarna är ytterligare en intäktspost på den kommunala sidan, motsvarande 1 800 kronor per år. När det gäller minskat behov av fasta larm reduceras den samhällsekonomiska kostnaden på 5 400 kronor med den avgift kommunen tar ut för larmen, som antas uppgå till 200 kronor per månad. Eftersom denna effekt bara berör var fjärde person blir besparingen här 800 kronor per år i genomsnitt.

Liksom i den samhällsekonomiska kalkylen gjordes i den kommunalekonomiska kalkylen en reduktion med hänsyn till antagandet att larmet inte används kontinuerligt (med 15 procent år 1 och därefter med 10 procent). Intäkterna blir därmed 20 400 kronor minus 3 100 kronor, dvs. 17 300 kronor år 1 och 18 400 kronor per år t.o.m. år 4 och 9 700 kronor år 5.

När det gäller de kommunalekonomiska kostnaderna tar flertalet kommuner ut en avgift för larmet som motsvarar avgiften för ett fast larm, cirka 2 400 kronor per år. Detta belopp bör därför dras från den samhällsekonomiska kostnaden. Det gäller också den samhällsekonomiska kostnaden för anhörigas insatser, 1 300 kronor per år. Kostnaderna blir då 5 800 kronor år 1 och sedan 4 900 kronor per år.

Kalkylen för en kommun visar att mobilt trygghetslarm blir en lönsam satsning för kommunen redan efter 3,5 månader. Över-

[142] HI (2013), s. 21.
[143] Malmqvist, C & Hannertz, Å (2013). *Utvärdering av projekt Förskrivning av larm i Östersund*. Östersunds kommun och pay off AB.

skottet under en treårig kalkylperiod blir cirka 36 000 kronor och kvoten mellan intäkter och kostnader 3,5. Varje satsad krona ger alltså 3,50 kronor tillbaka inom tre år. För den femåriga kalkylperioden blir överskottet 51 000 kronor och kvoten 3,2.[144]

I rapporten noterar man att kalkyler av detta slag inte sällan visar på positiv lönsamhet för samhällsekonomin, men inte för kommunen eller staten och då kan incitamentsproblem uppstå för den part som ska svara för finansieringen, men som missgynnas ekonomiskt. Här är det så att redan efter några månader uppnås kostnadstäckning för samhällsekonomin och den kommunala ekonomin. Få investeringar inom den offentliga sektorn torde kunna uppvisa en sådan lönsamhet, framhåller man i rapporten.[145] I den danska studien var kvoten mellan intäkter och kostnader 1,8 i ett femårsperspektiv.

Enligt en beskrivning av kostnadsnyttan som utredningen har fått från ett ledande företag i dessa sammanhang uppgår besparingen till 24 449 kronor per användare sett över 24 månader. Beräkningen utgår från att kommunens kostnad för ledsagning under fyra timmar per månad uppgår till 1 576 kronor (394 kronor/timme). Detta ger 37 824 kronor för 24 månader. Kostnaden för att tillhandahålla ett larm uppgår till 495 kronor/månad. Inklusive startavgift är kostnaden 13 375 kronor för 24 månader. Av beräkningen framgår också att besparingen växer med 1 080 kronor per månad. Kalkylen tar inte hänsyn till besparingar när det gäller restid och andra eventuella kringkostnader, så besparingen är i själva verket ännu större.

I Norge har olika typer av positioneringsteknik testats av kommunerna Larvik, Skien, Oslo, Bergen, Stord, Bjugn, Bærum, Drammen, Trondheim, Åfjord, Sarpsborg, Vestre Toten, Søndre Land, Lyngdal, Sirdal och Kvinesdal. De flesta av dessa kommuner har fått finansiering för testning från det nationella programmet för personliga hälsolösningar (NVP). Undantaget är Oslo kommun som infört positioneringsteknik inom demensvården som en del av projektet Samhold. Flera kommuner har varit involverade i det SINTEF-ledda projektet ”Trygge spor”, som genomfört en effektstudie baserad på erfarenheter från 19 kommuner och utarbetat en servicemodell för hur kommunerna kan använda gps för personer med demens. För närvarande

[144] Det händer som nämnts att användaren inte alltid har med sig larmet av olika skäl. Detta tar man höjd för i beräkningarna genom en reduktion av de samhällsekonomiska intäkterna med 4 700 kronor år 1 och 3 200 kronor åren efter. HI (2013), s. 22 f.
[145] HI (2013), s. 26.

ingår 80 procent av kommunerna i Norge i verksamheter som stöds av NVP. Flera av kommunerna som deltog i utvecklingsfasen av NVP har testat gps-lösningar. NVP har rekommenderat att denna tjänst implementeras nationellt.[146]

De norska kommunerna bedömer att flytt till särskilt boende senareläggs för en del. Drammen gjorde 2016 en uppskattning baserad på elva invånare med kognitiva funktionsnedsättningar som föranledde sökinsatser innan de fick positioneringsteknik. Dessa personer skulle i vanliga fall ha behövt flytta till ett särskilt boende. Med tanke på hur länge de kunde fortsätta att bo kvar hemma tack vare positioneringsteknik, uppskattade kommunen besparingar på basis av kostnaden för en plats på sjukhem (3 196 kronor/dygn) fördelat på tillhörande år. För 2014 ansåg kommunen sig ha sparat 2 109 360 norska kronor, dvs. 124 000 norska kronor per användare. Det förväntade antalet brukare under 2016 var 28, vilket ger en potentiell total besparing på 3 474 240 norska kronor.

Majoriteten, om inte alla, av de norska kommunerna som testat positioneringsteknik har noterat att tjänstemottagarna kan bo längre hemma eller skjuta upp behovet av att börja använda andra tjänster. Tjänsten anses också förebygga stora sök- och räddningsinsatser.

4.8.3 Exempel 2: Nyckelfri hemtjänst

Den dagliga hanteringen av nycklar är ett stort och kostsamt problem inom hemtjänsten. Nyckelfri hemtjänst har nyligen införts på prov inom en del av hemtjänsten i Järfälla kommun.[147] Eftersom fördelarna med systemet upplevdes överväga införandekostnaden föreslog socialförvaltningen att systemet med nyckelfri hemtjänst skulle införas i hela kommunen. Fördelarna handlar om många insparade arbetstimmar, men också en bättre arbetsmiljö för personalen genom minskad stress samt ökad trygghet för hemtjänstmottagare. I utvärderingsrapporten konstateras att nyckelfri hemtjänst redan införts i ett stort antal kommuner som bl.a. Norrköping, Örebro, Jönköping,

[146] NVC (2019), s. 52.
[147] Svedérus, J. (2019). *Nyckelfri hemtjänst. Utvärdering av projekt inom hemtjänsten.* Gruppen för Barkarby-Skälby var pilotenhet.

Borås, Sundsvall, Solna, Värmdö och Upplands-Bro.[148] Säkerheten och tidsbesparingen framhålls ofta som huvudargument.

Vanlig nyckelhantering (utgångsläget) innebär i korthet följande. Uppemot hälften av dem som hemtjänsten ska besöka har lämnat ut nycklar till hemtjänsten, så att personen inte måste öppna själv. Utöver de nycklar som finns hos den reguljära hemtjänsten finns även nycklar till bostäder hos larm- och nattpatrullen som rycker ut till dem som har hemtjänstinsatser nattetid eller i händelse av larm. Nycklarna förvaras i låsta elektroniska skåp där var och en ur personalen kvitterar ut de nycklar man ska använda under dagen. Bara en person i taget kan kvittera ut nycklar och skåpet ska stängas igen innan nästa person kan hämta ut nycklar. Kö uppstår ofta vid nyckelskåpet då många börjar sina pass samtidigt. Gruppchefer inom hemtjänsten har uppskattat att var och en i personalen i snitt köar fem minuter varje gång och detta sker tre gånger om dagen, alltså cirka 15 minuter per dag per person. Det händer ofta att någon i personalen bokas om för att åka till en annan hemtjänstmottagare än vad som var planerat i början av dagen, t.ex. för att täcka upp för en kollega. När detta sker måste personalen tillbaka till kontoret för att hämta rätt nyckel, vilket innebär en resa av varierande längd beroende på hur långt från kontoret man råkar befinna sig. Ibland behövs dubbelbemanning och då kan den som inte har nyckeln behöva stå och vänta om den som har nyckeln är försenad. Dessa två situationer; väntan vid dubbelbemanning och oförutsedd hämtning av nycklar, uppskattade gruppcheferna tar mellan 15 och 30 minuter per dag för var och en i personalen.

En genomsnittlig dag läggs alltså 30–45 minuter per schemalagd anställd på moment som rör nyckelhantering. I en hemtjänstgrupp på 17 personer är det 8,5 timmar–12,75 timmar per dag. I en grupp på 31 schemalagda personer är det 15,5–23,25 timmar per dag. Vid nyckelfri hemtjänst förekommer inte dessa arbetsmoment alls.[149]

Vanlig nyckelhantering tar tid också på grund av den mänskliga faktorn. Personalen glömmer ibland att lämna in nycklarna, vilket gör att många timmar nästa dag måste ägnas till att leta rätt på saknade nycklar. Förutom att det tar tid är det en stressfaktor för perso-

[148] I rapporten framhålls att Göteborg provade nyckelfria lås redan 2010, men att dåtidens nyckelfria lås inte lämpade sig lika bra för alla olika dörrtyper och därför krävdes större och dyrare låsbyten. Sedan dess har det skett en teknisk utveckling.
[149] Den intjänade tiden för att slippa hämta nycklar beror delvis på vilka geografiska avstånd som hemtjänsten ska röra sig över.

nalen. I slutändan drabbas den som måste vänta på sin insats och ibland inte får den tid som man beviljats eftersom schemat inte innehåller några tidsmarginaler mellan besöken. Om en anställd blir försenad under dagen kan det drabba kvällspersonalen, som behöver vänta på nycklarna. Gruppledaren för larm- och nattpatrullen räknade med att det tar 3–6 timmar per dag att åka och hämta nycklar. Det är också en säkerhetsfråga att man kan komma fram snabbt till någon som har larmat. Sammantaget uppfattades nyckelhanteringen som den största orsaken till förseningar i utgångsläget.

Nycklar kan också tappas bort med åtföljande risker för bl.a. stöld, vilket gör att låset hos den enskilde måste bytas.

Nyckelfri hemtjänst innebär följande. I stället för att hämta nycklar på hemtjänstens kontor kan personalen låsa upp med hjälp av sina mobiltelefoner genom ett elektroniskt låsvred som monterats på insidan av dörren till bostaden. En applikation i mobiltelefonen kommunicerar med det elektroniska låsvredet via Bluetooth. Därför behöver man inte hämta och lämna några fysiska nycklar och inga nycklar finns i omlopp vilka kan försvinna eller bli kopierade. Det är bara den som har behörighet genom sin inloggning i mobilapplikationen som har möjlighet att låsa upp dörren via det elektroniska låsvredet. Skulle man tappa bort mobiltelefonen kan den spärras så att inget låsbyte behöver ske. En stor fördel är att det går snabbare att svara på ett larm, eftersom personalen inte måste åka till kontoret för att hämta nycklar först (i en kommun med stor yta kan det ha stor betydelse). Under pilotprojektet åkte larmpatrullen till ett larm under 10 minuter i stället för under 35 minuter, som hade krävts om de hade varit tvungna att åka till kontoret för att hämta nyckeln först. En annan fördel handlar om att varje upplåsning registreras i kommunens verksamhetssystem vilket medför att det går att kontrollera att hemtjänsten faktiskt besökt personen, men också att bevisa att vem i personalen som varit där och vilka som inte varit det. Lösningen administreras och följs upp via en it-plattform. Den enskilde kan fortfarande låsa upp som vanligt och det syns inte från utsidan att det finns ett elektroniskt låsvred på insidan.

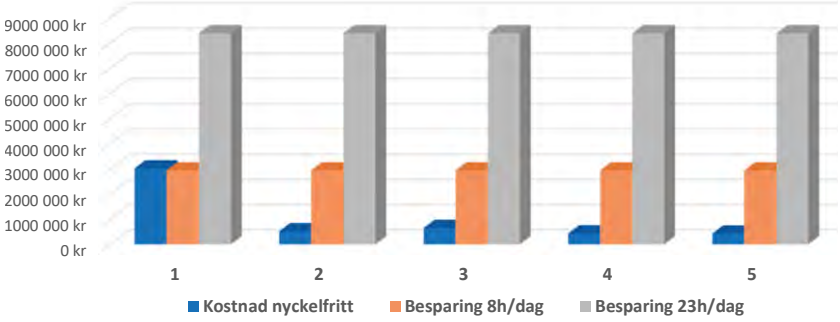
I projektet provade man att beräkna effekterna med hjälp av den s.k. Digitaliseringssnurran och fick då fram införandekostnader på cirka 0,5 miljoner kronor (år 1 och år 5) och uppskattade effektiviseringar om drygt 2,5 miljoner kronor år 1 och cirka 3,5 miljoner kronor år 5. Kommunen har för egen del uppskattat införandekostnaderna

år 1 till 3 miljoner kronor. Inköpspriset för ett lås var 1 500 kronor och monteringen tar cirka en timme. Låskostnaden år 1 uppskattades till 2 400 000 kronor. Verksamhetschefen räknade med en heltidstjänst som vid sidan av montering kan arbeta i larmpatrullen, vilket gav en årskostnad inklusive arbetsgivaravgifter om 525 000 kronor.

För att se kostnaderna i relation till tidsbesparingen utgick man från en månadslön om 23 000 kronor, 35 000 kronor inklusive arbetsgivaravgifter och semesterlön, dvs. en årskostnad på 420 000 kronor. En införandekostnad om 3 miljoner kronor motsvarar då årskostnaden för 7,1 anställda med 23 000 kronor i månadslön. Räknar man med att varje hemtjänstgrupp kan spara allt 8–23 timmar per dag och det finns sju hemtjänstgrupper inom kommunen samt en larm- och nattpatrull som sparar 6–8 timmar per dag, är det ekonomiskt försvarbart redan år 1 att införskaffa nyckelfria lås. Införandekostnaden motsvarar sju heltidstjänster och den insparade arbetstiden bör motsvara 7–15 heltidstjänster. År 2 och framåt lär den insparade arbetstiden gott och väl täcka upp för införandekostnaden.[150]

Figur 4.1 Besparing nyckefrihemtjänst

Besparingar per år sett över en femårsperiod



Källa: Svedérus, J. (2019).

Den personal som intervjuades vittnade om att det blir färre små konflikter inom personalgruppen i samband med köande och sökandet efter nycklar. Nyckelfria lås uppfattas också minska stressen. Minskad stress ger ofta ett bättre och mer närvarande bemötande gentemot kunderna. Även schemaläggningen underlättas, eftersom

[150] Svedérus, J. (2019), s. 12.

schemaläggaren inte behöver räkna med vilka nycklar som finns i vilken bil. De som hade börjat med nyckelfri hemtjänst skulle inte vilja gå tillbaka till det tidigare systemet med fysiska nycklar, vilket ansågs värt att notera mot bakgrund av kommande rekryteringsbehov. Kommunen behöver uppfattas som en attraktiv arbetsgivare.

De hemtjänstmottagare som intervjuades kände sig säkrare med nyckelfri hemtjänst. En del som tidigare inte velat lämna ut några nycklar kände sig trygga med det nuvarande systemet. En vanlig nyckel går att kopiera. När personen hör att det nyckelfria låset öppnas förstår man direkt att det är just hemtjänsten som kommer och kan känna trygghet i det. Tyvärr förekommer det att de som har hemtjänst blir av med värdesaker. Man fattar då lätt misstankar om att det är någon ur hemtjänstpersonalen som bär ansvaret. Att det inte går att låsa upp utan att det registreras i verksamhetssystemet gör det lättare att påvisa vem som har varit hemma hos hemtjänstmottagaren och när. Detta minskar risken för att någon blir orättvist anklagad och minskar sannolikheten för att någon anställd faktiskt skulle vilja stjäla hemma hos kunden. Från beställarsynpunkt är det också en fördel att låsöppnandet registreras. Det har ibland förekommit att utförare av hemtjänst inte rapporterar in rätt utförd tid, vilket blir svårare med det digitala låssystemet.

Som ett lyckat exempel på införande av nyckelfri hemtjänst nämns Norrköpings kommun, som startade ett pilotprojekt 2010 och gjorde ett fullskaligt införande 2013 (3 500 låsenheter).[151] Företrädare för kommunen bekräftade att införandet av nyckelfri hemtjänst har lett till tidsbesparingar, förbättringar i arbetsmiljön och ökad trygghet för hemtjänstmottagare. Både boende och personal känner sig säkrare med det nya systemet.

I rapporten nämns även Värmdö kommun. I Värmdö handlade det om 550 hemtjänstmottagare. Deras kostnader för införande var 1,7 miljoner kronor, men det ska ses i ljuset av att personalen inte hade mobiltelefoner sedan tidigare. De anlitade dessutom låssmed för installationer. Annars kan ofta installationerna göras av hemtjänstpersonal som fått särskild utbildning.

I Skövde infördes nyckelfri hemtjänst under februari–december 2018. Under denna tid installerade kommunens egen larmgrupp digitala lås

[151] Enligt uppgift var ledningens engagemang en viktig faktor vid ett så stort införande.

i 1 120 av 1 400 möjliga privata bostäder. En i personalen yttrade att det underlättar ”fantastiskt mycket” och förtydligade:[152]

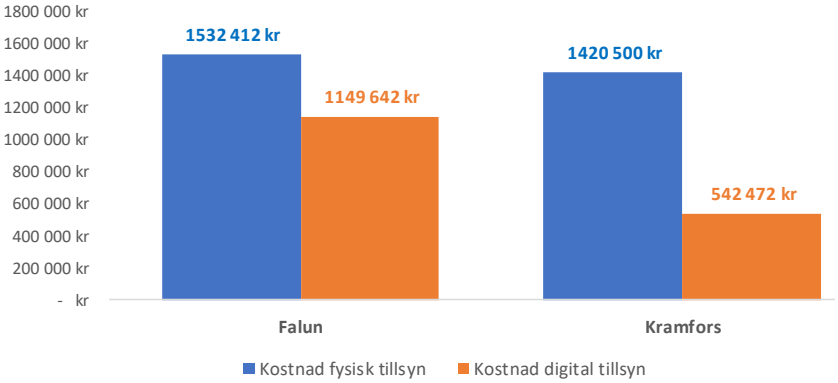
> Som för oss i larmet, förut kunde vi vara i Timmersdala på ett larm och sedan få ett nytt i Stöpen och måste in till Skövde och hämta nyckeln däremellan. Nu slipper vi den resan och sparar jättemycket tid.

Enligt en artikel från 2019 räknar Botkyrka kommun med att spara 2 miljoner kronor på införandet av nyckelfri hemtjänst (och dessutom 2,8 miljoner kronor på trygghetskameror).[153]

4.8.4 Exempel 3: Digital tillsyn/trygghetskamera

Figur 4.2 Kostnader för tillsyn

En jämförelse av fysisk och digital tillsyn



Källa: Välfärdsteknik En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner. Bilaga 1 Socialstyrelsen 2018.

Digital nattillsyn är lämpligt för dem som inte behöver ett fysiskt besök. Fördelarna är uppenbara, i synnerhet i glesbygd. Tjänsten kräver bredband för att fungera. En kamera och en mobilrouter installeras i användarens hem. Kameran kopplas upp via routern som är kopplad till mobilnätet. Sedan kan hemtjänstpersonalen logga in på en surfplatta eller en dator och där se bilderna från kameran i sovrummet vid de tidpunkter under natten som man kommit överens om.

[152] www.skovdenyheter.se/article/nyckelfria-las-en-stor-hjalp-for-hemvarden/
[153] https://mitti.se/nyheter/kameror-pensionarer-botkyrka/

I NVC-rapporten[154] beskrivs digital nattillsyn i Kramfors.[155] Kapaciteten sägs vara 30 digitala kontroller per natt, vilket utgör 26 procent av den kontinuerliga nattillsynen i Kramfors. Tiden för att utföra kontrollerna – mindre än 30 minuter för samtliga 30 kontroller – ska jämföras med att det kan ta 50 minuter enkel resa att köra till hemtjänsttagare i avlägsna delar av kommunen. Fysiska besök kommer dock alltid att behövas, t.ex. för byte av inkontinenshjälpmedel. Digital nattillsyn är gratis för kunden. Fysiska besök debiteras däremot enligt ett standardiserat timpris. Utrustningen hyrs ut av tjänsteleverantören till en kostnad av 450 kronor/månad och individ. Den kostnaden betalas av kommunen. I rapporten konstateras att modellen leder till färre nattkörningar på mörka vägar och frigör tid som kan användas till dem som verkligen behöver ett fysiskt besök. När det gäller samhällsnyttan noteras här också att för Kramfors del kan 173 kilometer bilkörning ersättas med digitala kontroller varje natt, motsvarande 63 080 kilometer per år.

För två år sedan genomförde socialförvaltningen på Gotland ett pilotprojekt där fyra personer prövade digital nattillsyn. Intervjuer med testpersonerna visade att de tyckte att livskvaliteten hade ökat, bl.a. genom bättre nattsömn. Pilotstudien och erfarenheter från andra kommuner visade att snittet vad gäller behovet av tillsyn ligger på 1,6 gånger per natt. Projektledaren bedömde i en intervju 2018 att ett 40-tal personer kunde komma ifråga för den nya tekniken, personer som inte har några vårdbehov nattetid men ändå i behov av tillsyn under den tiden. Hon berättade också att det var flera intresserade som hade hört av sig för att få tillgång till tekniken.[156]

Det finns gott om exempel på intervjuer med enskilda som testat tekniken och gillar den, bl.a. från Gotland, Bollnäs, Kristianstad och Eslöv.[157] En starkt bidragande orsak är att det är skönt att slippa väckas av hemtjänsten på nätterna. En kvinna i Eslöv som intervjuades sade sig inte sakna den mänskliga samvaron på nätterna; ”Den kan jag ta på dagen”. Hon hade ändå hemtjänsten där tre gånger på dagarna och två gånger på kvällarna, mellan 15 minuter och 1 timme per gång.

[154] NVC (2019).
[155] NVC (2019), s. 49 f.
[156] www.helagotland.se/samhalle/kamera-ersatter-hemtjanstbesok-pa-natten-15074449.aspx
[157] T.ex. www.helagotland.se/samhalle/sa-overvakas-aldre-med-hemtjanstens-kamera-15433956.aspx och www.svt.se/nyheter/lokalt/gavleborg/kamera-kan-ersatta-hembesok och www.skd.se/2017/04/20/kameran-ger-ulla-ostord-somn/ och www.svt.se/nyheter/lokalt/gavleborg/carina-nattovervakas-via-en-kamera

En intervjuad anställd i hemtjänsten i Eslöv rankade kameraövervakningen som den näst bästa uppfinningen under de 26 år som hon jobbat i hemtjänsten, näst efter de nyckelfria låsen.[158] Hon körde fortfarande cirka 20 mil under ett nattpass (digital tillsyn passar inte alla), men kamerorna hade kunnat kapa tolv mil.

Hjälpmedelsinstitutet[159] anger att varje investerad krona i e-hemtjänst, bl.a. digital nattillsyn, beräknas ge fem kronor tillbaka. E-hemtjänst är inte en ersättning för utan ett komplement till vanlig hemtjänst.[160] Kostnaden för införandet av e-hemtjänst uppskattades till 5,3 miljoner kronor (utbildning av personal), medan kostnadsbesparingarna uppskattades till 6,5–15,5 miljoner kronor. De varaktiga kostnaderna handlar om månatliga kostnader för de tekniska lösningarna och kostnader för en ny stödenhet inom kommunen. Om 300 personer använder sig av e-hemtjänst i stället för ”vanlig” hemtjänst är besparingen 5,7–20,6 miljoner kronor.[161] Uppskattningen om 300 personer grundade sig på en granskning av biståndsbeslut inom de två hemtjänstgrupper som deltagit i projektet, vilket pekade på att cirka 10 procent kunde vara aktuella för e-hemtjänst, eventuellt i kombination med vanlig hemtjänst. Ett alternativt sätt att beräkna effekterna av e-hemtjänst är att undersöka hur många fler som kan få stöd. Genom e-hemtjänst skulle Västerås stad kunna hjälpa 170 personer till – inom vanlig hemtjänst – med samma antal personal eftersom personalen då kan vara där de behövs mest. Beräkningarna visar alltså att det är en mycket effektiv verksamhet. Minskat resande för tillsynsbesök leder till mer effektiv tid för personalen och lägre miljöbelastning.

Affärsmodellen innebar bl.a. att staden skulle bekosta utbildning och kostnader för att anlita vikarier för utförarnas räkning, vilket är särskilt viktigt i inledningsskedet. Utförarna får betalt enligt en lägre taxa än för vanlig hemtjänst och endast tiden hos kunden kan ligga till grund för ersättning, med en schablonmässig uppräkning för resor. Varje enskilt ärende utgår från ett biståndsbeslut. E-hemtjänst skulle vara något mer lönsam både för Västerås stad och utförarna.[162]

[158] www.skd.se/2017/04/20/kameran-ger-ulla-ostord-somn/
[159] Hjälpmedelsinstitutet (HI). (2012) Att införa e-hemtjänst– erfarenheter från Västerås stad.
[160] Äldrenämnden i Västerås stad beslutade i augusti 2012 att införa e-hemtjänst i Västerås från och med januari 2013, efter positiva erfarenheter från kommunens tidigare projekt VIKTiG och Behovsstyrt IKT-stöd.
[161] HI (2012), s. 15 f.
[162] HI (2012), s. 12 f. Det gäller att hitta en modell som uppmuntrar utförare till att sänka antalet arbetade timmar. Att utföraren får mindre betalt när antalet timmar sjunker är ett problematiskt incitament.

Här ska framhållas att digital tillsyn även kan ske med användning av sensorteknik, snarare än kamera. Det finns många varianter och tekniken utvecklas hela tiden. Digital tillsyn kan vara en sensorplatta som känner av när en person inte ligger i sängen. Det kan vara rörelsesensorer i särskilda rum, dörrlarm som larmar när någon passerar eller falldetektorer som registrerar plötsliga rörelser. Tjänster med sensorteknik ingår ofta i så kallade trygghetspaket där varningar, larm och signaler skickas till en larmcentral. Sensortekniken kan kombineras med en kamera för bildöverföring. Den som tar emot larmet kan då kan logga in vid avtalad tid eller aktivera bildöverföring när ett larm utlöses och sedan vidta nödvändiga åtgärder. I Norge finns rekommendationer om att tekniken ska implementeras nationellt. Under utvecklingsfasen av denna tjänst i Norge utsågs 34 kommuner som utvecklingskommuner. I dag ingår 80 procent av de norska kommunerna i verksamheter som stöds av det nationella programmet för personliga hälsolösningar, NVP.

Fördelarna för individerna är desamma som vid nattkamera, dvs. mindre fysisk övervakning som innebär att både användare och anhöriga slipper bli väckta av vårdpersonal som kontrollerar hur de mår, varningar från sensorer gör att personal kan hinna fram i tid för att hindra människor från att vandra runt på natten eller falla, tekniken hjälper enskilda att bo kvar längre hemma med begränsad tjänstenivå. Några norska kommuner rapporterar att individer med teknik i hemmet kan komma hem tidigare efter sjukhusvistelser. Flera kommuner som har provat digital tillsyn inom habilitering tycker att det leder till minskad användning av åtgärder för att förebygga skador i nödsituationer. Flera kommuner har också pekat på minskat behov av rekrytering och en minskning av antalet nattanställda i vårdhem för psykiskt sjuka med bemanning dygnet runt. En anställd inom Larviks kommun uttryckte sig såhär:[163]

> De viktigaste vinsterna vi ser är minskat behov och färre besök av hemtjänst, minskat behov av placering på institution, ökad trygghet, frihet, känsla av makt och självständighet för brukare och anhöriga, mindre belastning av tjänsten och färre tvångsåtgärder.

[163] NVC (2019), s. 66 f.

4.8.5 Exempel 4: Medicinpåminnare/läkemedelsrobot

Läkemedelsavvikelser kan medföra allvarliga konsekvenser för den drabbade och åtgärder bör vidtas för att minska risker för avvikelse. De vanligaste orsakerna till läkemedelsrelaterade problem är att dosen glöms bort, dosen ges på fel tid eller att läkemedel förväxlas. Följsamheten vid långtidsmedicinering understiger 50 procent. Dessutom finns det risker kopplade till delegationsförfarandet.[164] Läkemedelsrelaterade sjukhusinläggningar har uppskattats till cirka 15 procent. Kostnader för felaktig läkemedelshantering har uppskattats till mellan 20 och 30 miljarder kronor per år. Sammanfattningsvis skulle en bättre följsamhet sannolikt leda inte bara till en bättre hälsa för patienten utan också lägre kostnader för hälso- och sjukvården.

Läkemedelsroboten ger en säker och spårbar läkemedelskedja från läkaren via ett dosapotek till vårdorganisationen och patienten.

Umeå kommun är en av flera svenska kommuner som använder läkemedelsrobotar som gör användarna mer självständiga i sin medicinering. Hösten 2018 placerades 35 läkemedelsrobotar ut i användarnas hem.[165] Användaren uppmärksammas genom ljud- och ljussignaler[166] samt information på robotens display när det är dags att ta medicinen. Tar patienten inte läkemedlet i rätt tid hamnar det i en låst behållare och personalen får ett larm. Roboten är lämplig för personer som behöver påminnas om sin medicinering, men det viktigt att den som ska ha roboten är positivt inställd till sin medicinering och gärna vill vara självständig eller kan motiveras till det. De som använder en läkemedelsrobot är i allmänhet mycket nöjda.

Även om införandet av läkemedelsroboten i Umeå kommun skedde för en relativt kort tid sedan har kommunen noterat stora fördelar med tekniken och arbetssätten. Förutom att de enskilda kan ta ansvar för sin egen medicinering har noterats andra positiva effekter som ökad efterlevnad av medicineringen och färre arbetsresor för personalen. Läkemedelsroboten bidrar också till att minska problemen med kompetensförsörjning i många svenska kommuner, eftersom verksamheten inom hemsjukvården kan effektiviseras.

I slutet av 2019 planerar Umeå kommun att ha cirka hundra läkemedelsrobotar utplacerade och sedan öka antalet med 75 robotar per

[164] Se SKL (2017a). ”*Patientsäkerhet – I kommunal hälso- och sjukvård*”. Se även Socialstyrelsens webb på området patientsäkerhet (https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet).
[165] NVC (2019), s. 60 f.
[166] Ljudsignalen ökar gradvis i styrka om personen inte tar medicinen.

år. Ungefär en tredjedel av alla med hemsjukvård förväntas kunna ta sin medicin på detta sätt. På lång sikt förväntas antalet uppgå till 300. Här kan också nämnas ett pilotprojekt inom hemsjukvården i Region Stockholm (Södertälje) med 25 patienter under sex månader. Enligt uppgift skedde en effektivisering om cirka 5 500 arbetstimmar. Antalet körtimmar minskade med 1 800 stycken. Antalet rapporterade felDoseringar var noll och nöjdheten var mycket hög.

Enligt uppgifter från ett ledande företag[167] handlar nyttorna om ökad följsamhet och patientsäkerhet i hemsjukvårdens läkemedelskedja, där företaget ska ha levererat knappt tre miljoner doser till patienter med 99 procents följsamhet[168], vilket antas vara högre än med personal. Enligt uppgifter från leverantörens kunder (dvs. kommuner) har användningen frigjort 150–300 timmar per robot, som personalen kan använda till andra uppgifter:

Tabell 4.5 Läkemedelsrobot

Vårdgivare (kommun)	Frigjorda timmar	Nettobesparing/robot
Hammarö	264 timmar/år	76 000 kronor/år
Årjäng	> 300 timmar/år	48 000 kronor/år
Simrishamn	146 timmar/år	8 000 kronor/år

Enligt ytterligare uppgifter hade Hammarö kommun 23 läkemedelsrobotar i drift i april 2019 till en kostnad av 44 000 kronor per månad. Varje automat ersätter i snitt 2,9 besök per dag. Ett besök antas i snitt ta 15 minuter inklusive restid. Det motsvarar då 16,7 timmar per dag, 117 timmar per vecka eller 6 084 timmar per år (3,2 tjänster).

En diskussion i fråga om läkemedelsrobotar är om man måste se att patienten sväljer läkemedlet. Enligt vad utredningen erfar tolkar kommunerna lagen olika. Här finns möjligen en juridisk skillnad beroende på om medicineringen är en hälso- och sjukvårdsinsats eller om egenvård ordinerats, dvs. att patienten bedömts kunna hantera medicineringen själv eller med hjälp av t.ex. en anhörig.[169] Det före-

[167] 150 anslutna kommuner i Norden. 10 procent av svenska kommuner använder tjänsten, med en kraftig ökning 2018.
[168] Digitala uppgifter från flera organisationer i Norden april 2016-september 2019. Även i Sverige är följsamheten högre än 99 procent (fler än 263 000 doser, juni 2017–september 2019).
[169] Enligt Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift upphör en hälso- och sjukvårdsinsats (SOSFS 2009:6) att vara en hälso- och sjukvårdsinsats om en legitimerad förskrivare har beslutat att insatsen kan ges som egenvård.

kommer att medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen (MAS) kontaktar primärvårdsläkaren och begär ett egenvårdsintyg med utgångspunkt i användningen av läkemedelsroboten efter att MAS bedömt att patienten kan hantera sitt läkemedelsintag med hjälp av den övervakade tjänsten och vårdorganisationens rutiner för uppföljning. Den tidigare nämnde leverantören har uppgivit att en majoritet av dem som använder tjänsten är ”HSL-patienter” och inte egenvårdspatienter. Enligt leverantören bidrar oklarheten i regelverket till att tekniken inte kommer till användning i Sverige.

Enligt utredningens mening kan läkemedelsroboten användas antingen vid egenvård eller som ett stöd till personal.

1. Som egenvård ökar roboten möjligheten för fler att med stöd sköta sin egen medicinering antingen helt själv med påminnelse eller med stöd av anhöriga eller personal som kan vara en backup och få meddelande om individen glömmer. Det är individen själv som har ansvar för att ta sitt läkemedel som ordinerat. Samtidigt underlättar roboten för att besluta om egenvård i fler fall.
2. Som stöd till personal används roboten som en del i läkemedelshanteringen, där roboten påminner om att det är dags att ge läkemedel och registrerar att dosen tagits emot. Det minimerar risken för att ge fel läkemedel eller fel dos och automaten kan plocka bort missade doser (om det inte passar att ge efter en viss tid). Här ansvarar delegerad personal och (i viss mån delegerande sjuksköterskor) för att individen tar sina läkemedel enligt ordination.

I Norge rekommenderar Helsedirektoratet kommunerna att använda sig av elektroniska medicineringsstöd (medisindispenser). Försök med digital medicineringskontroll i norska kommuner har omfattat både elektroniska flerdosdispensrar och elektroniska rondellösningar, där personalen sätter in läkemedlet manuellt i en bricka med fack. Försöket ingår i det nationella programmet för personliga hälsolösningar, NVP.[170] Ett antal kommuner har provat på båda typerna av medicineringsstöd och flera av dem har valt att fokusera på flerdosdispensrar när de bygger ut tjänsten. Med hjälp av flerdosdispensrar slipper personalen ägna tid åt att lägga läkemedel i fack, som med

[170] NVC (2019), s.61. Flera lösningar med elektroniska flerdosdispensrar och elektroniska rondellösningar har provats i andra kommuner som Bergen, Bærum, Larvik, Lindås, Lister, Oslo, Sarpsborg, Søndre Land, Tromsø, Værnes och Vestre Toten.

rondellösningar. Digital medicineringskontroll innebär att elektroniska läkemedelsrobotar anger när individen ska ta sin medicin. Roboten registrerar om någon har tagit bort läkemedlet ur roboten. Den meddelar vårdgivaren om läkemedlet inte avlägsnats, alltså att personen inte tagit sin medicin. Målgruppen för denna tjänst har till stor del varit äldre människor som bor hemma. Först när den enskilde känner sig trygg med tekniken är det möjligt att minska antalet besök från hemtjänsten. Det tar cirka två veckor att utbilda den enskilde i hur roboten används. Störst nytta kan uppnås för dem som inte använder några andra tjänster och för vilka dagliga besök av hemtjänsten kan upphöra och ersättas av besök för automatisk påfyllning av läkemedel varannan vecka. I Stords kommun har man sett att tjänsten har minskat övermedicineringen inom en enhet för psykisk hälsa. Det beror på att de som ska ta medicin får en läkemedelsrobot som ger rätt dos vid rätt tidpunkt och som annars är låsta. Kvaliteten blir bättre eftersom det är färre avvikelser.

Tack vare färre hembesök sparar elektronisk medicinering in tid. Bærums kommun uppskattar att medicinhanteringen sparade in motsvarande 2,3 heltidstjänster. Detta ökade kapaciteten eftersom kommunen kunde erbjuda tjänster till fler personer med samma resurser. Från individens synpunkt är det en fördel att slippa behöva sitta och vänta på en hemtjänstpatrull, som kanske kommer först flera timmar efter den tidpunkt då det vore bra att ta medicinen.

4.8.6 Vård på distans (telemedicin)

Allmänt

Telemedicin handlar ofta men inte alltid om lösningar för människor med kroniska sjukdomar som i kombination med ålder medför att målgruppen ofta har kontakt med flera verksamheter, t.ex. specialistvård, primärvård, hemsjukvård och hemtjänst. Särskilt i glesbygd är i regel tillgången till kollektivtrafik begränsad och vägarna kan vara dåliga. Det medför att delar av befolkningen inte söker vård om de inte har mycket akuta behov. Det kan leda till både sämre livskvalitet för patienten och högre behandlingskostnader. Genom videokonsultationer och enklare provtagning kan behovet av resor för patienten minska, liksom behovet av hemsjukvård. Sjukvårdspersonal sägs uppleva stora skillnader mellan kommunikation via telefon och video-

kommunikation när det gäller att bedöma patienten. Sjuksköterskor upplever större trygghet när de får vägledning, utbildning och instruktioner från sjukhuset via videokommunikation.[171] Tillgången till vård över landet blir mer jämlik och tiden för diagnos och behandling kortas. Patienten behöver inte köpa någon egen utrustning eftersom den finns på plats och flera kan dela på den. Begränsade resurser används mer effektivt när det som patienter kan göra själv inte görs av personal. Att antalet resor minskar är positivt från flera synpunkter, inte minst från ekonomisk synpunkt.

Vård och omsorg på distans (VOPD) är ett prioriteringsprojekt av Nordiska ministerrådet inom ramen för det svenska ordförandeskapet 2018. Projektet pågår 2018–2020.[172] Glesbygdsmedicinskt centrum inom Region Västerbotten och Nordens välfärdscenter projektleder arbetet med stöd av det nordiska forskningsinstitutet Nordregio. I en rapport från projektet, *Vård och omsorg på distans. 24 praktiska exempel från Norden*, presenteras de tjänster som bedömts ha störst effekt för såväl medborgare som verksamheter/kommuner/regioner utifrån målet att erbjuda kvalitativ vård och omsorg med hög effektivitet. I rapporten anges att om samtliga nordiska länder fullt ut implementerar de digitala tjänster som presenteras i publikationen, finns goda förutsättningar för att möta den demografiska utmaning vår nordiska välfärdsmodell står inför.[173] På hemsidan presenteras tjänsterna mer utförligt, tillsammans med 20 tjänster till. Totalt har flera hundra lösningar identifierats.[174] Tjänsterna har indelats i fyra kategorier: fjärrbehandling, fjärrmonitorering, fjärrmöten och nya digitala tjänster för vård och omsorg, men i praktiken verkar det finnas en naturlig överlappning. Informationen nedan har i hög utsträckning hämtats från rapporten.

Hälsolösningar

Hälsorum finns i både Sverige och Danmark.[175] För Sveriges del handlar det om glesbefolkade kommuner i Västerbotten. Tanken är att göra det möjligt för patienter att själva övervaka sin hälsa genom att er-

[171] NVC (2019), s. 38.
[172] NVC (2019) www.healthcareatdistance.com/
[173] NVC (2019), s. 7.
[174] NVC (2019), s. 11.
[175] NVC (2019), s. 16 f.

bjuda möjligheter till provtagning, med eller utan hjälp, på en plats nära deras hem. Resultaten av provsvaren ska överföras till en databas utan att man behöver mata in dem manuellt. Det kan också handla om videokonsultationer med hälso- och sjukvårdspersonal. En arbetsmodell med jour på distans efter normal arbetstid har använts i nästan tio år på sjukstugorna i Storuman, Tärnaby, Sorsele och Malå i Västerbotten. Lösningen består av ett videokonferenssystem med en högupplöst takmonterad kamera på akutmottagningarna. Den läkare som ansvarar för jourtjänsten kan kontakta akutmottagningen via videolänk. Läkaren kommer antingen att vara hemma eller på annan plats i en av städerna. Videoanslutningen upprättas antingen via en dator, surfplatta eller smarttelefon. Sjukstugorna har rutinerade sjuksköterskor som är tillgängliga dygnet runt. Eftersom en läkare kan hantera jourtjänstgöringen inom ett stort geografiskt område kan arbetsmodellen effektiviseras samtidigt som vårdkvaliteten bibehålls för patienterna.[176]

Region Norrbotten har infört möjligheter till videokonsultation mellan hälsocentralerna i länets glesbygdskommuner och närmaste sjukhus, s.k. distansbaserad jourtjänstgöring. Distansvård är en del av strategin för region Norrbotten och används som verktyg för att flytta vården närmare patienten. Inledningsvis handlade det om verksamhet mellan hälsocentralerna i Övertorneå och Överkalix samt akutmottagningen vid Kalix sjukhus men verksamheten införs på allt fler hälsocentraler.[177] I hälsorummet finns en sköterska som undersöker patientens hälsotillstånd och tar eventuella prover. Sjuksköterskan har möjligheter att kontakta primärjour vid sjukhus och om det behövs kan en läkare prata med patienten ansikte mot ansikte via videosystem. Läkaren kan också använda en fjärrstyrd kamera för att till exempel zooma in för närmare undersökning. Sjuksköterskor vid hälsocentralerna har dygnet runt möjlighet att få stöd i bedömningar av patienter från jourhavande läkare vid akutmottagningarna på sjukhusen. Lösningen bygger på standardiserad videokommunikationsteknik som använts rutinmässigt i region Norrbotten i 15–20 år. Användare av tjänsterna är främst medborgare som behöver vård utanför normal arbetstid, t.ex. äldre personer med multisjuklighet eller patienter med infektioner. Hälsocentralerna delar upp kostnaden för jourläkare från sjukhuset på basis av antalet registrerade

[176] NVC (2019), s. 78.
[177] NVC (2019), s. 74.

patienter. Att behandla patienter på rätt vårdnivå medför besparingar. Kostnaderna för jourläkare har minskat från cirka 3 500 000 till 800 000 kronor.

Från patientens sida är det fördelaktigt att i större utsträckning få hälso- och sjukvård nära sina hem liksom att slippa resande i ett län med stora avstånd. Det innebär också möjlighet att få vård av den personal man är van att träffa i hemorten samt bättre tillgång till läkarkonsultation under nätter och helger. På övergripande nivå är det positivt med minskat resande, eftersom det minskar miljöpåverkan. Arbetssättet bidrar vidare till att minska samhällskostnaderna för patienter som tvingas ta ledigt eller sjukskrivas för att genomföra resor till läkarkonsultationer på annan ort liksom till att kunna behålla viktig samhällsservice i glesbygdskommuner.

I rapporten framhålles att den gemensamma delaktigheten i primärvården och sjukhusets jourtjänstgöring är en framgångsfaktor eftersom det ger en mer fullständig bild av patientens vård. Den långa erfarenheten av samarbete med jourtjänst innebär att det finns en mognadsnivå bland läkare och sjuksköterskor, vilket har förenklat genomförandet. Det finns också ett fullständigt förtroende mellan sjukvårdsenheterna och de olika yrkesrollerna. Detta ses som en förutsättning för att den här typen av arbetsmodell ska fungera.[178] Lokalt har stor vikt har lagts på att involvera befolkningen i utvecklingsarbetet. Det har skett genom möten och dialoger.

Denna arbetsmodell har tillämpats under flera år och specifika utvärderingar utförs därför inte längre. Data om hur volymerna har förändrats när det gäller akuta besök på Kalix sjukhus och till hälsocentralerna i Övertorneå och Överkalix kan dock tas fram. Antalet akuta besök på Kalix sjukhus i fråga om patienter som anmäls vid Övertorneås hälsocentral minskade från 292 till 224 från 2016–2018, en minskning med 23 procent. Samarbetet i fråga om jourtjänstgöring har också resulterat i en avsevärd minskning av kompensationsledighet för läkare vid hälsocentralerna. Detta innebär i sin tur att tillgängligheten till läkare under dagtid har ökat. Även om antalet fysiska besök på sjukhuset har minskat har antalet besök på hälsocentralerna efter normal arbetstid varit ungefär detsamma.

Uppstartskostnaden för lösningen beror på vilken utrustning som rummet ska ha. Ett ungefärligt pris för installationen i Västerbottens län är cirka 200 000 kronor. En liknande lösning i Danmark

[178] NVC (2019), s. 76.

kostade 190 000 danska kronor. I rapporten noteras att det är viktigt att involvera lokalsamhället i ett tidigt skede för att vara säker på att lösningarna kommer att användas. Den tekniska utrustningen behöver vara mycket intuitiv att använda, även för en nybörjare. Det är också viktigt med ett bra sektorsövergripande arbete. Dessutom kräver videokommunikation nätverksåtkomst av hög kvalitet.[179]

Den isländska *Lifeline* är en tjänst som sammanlänkar besättningen på offshore-fartyg med läkare på ett sjukhus. Ombord finns utrustning för mätning av EKG, syremättnad, blodtryck, blodsocker och temperatur samt en fjärrstyrd kamera med en stor optisk zoomfunktion för att göra det möjligt för läkaren att utvärdera situationen i realtid.[180] Fjärranslutna specialister har en avgörande roll för att bedöma om vårdsituationen kan hanteras ombord eller om en helikopter måste hämta patienten. Lösningen använder en krypterad säker anslutning med datainsamling direkt till det nationella elektroniska journalsystemet. Systemet har byggts in i satellitnätverket som isländska fartyg använder för att tillhandahålla en högprioriterad och pålitlig anslutning. Lösningen kan också användas på andra avlägsna platser med 3G/4G- eller xDSL-tjänster och med olika kameror och annan utrustning för säker support. Kostnaden är cirka 42 400 svenska kronor.

På södra Island finns en liten stad med 600 invånare där läkarmottagningen ska svara för ett stort glesbygdsområde som också tar emot ett stort antal turister varje år. Närmaste sjukhus ligger 200 kilometer bort. Det har varit svårt att rekrytera läkare till den lokala läkarmottagningen och korttidsavtal har visat sig mycket kostsamma. Här finns numera *AGNES*, ett webbaserat telemedicinprogram som gör det möjligt för fjärranslutna vårdgivare att samla in och utbyta medicinska data. Kliniken har nu en deltidsanställd läkare, en heltidsanställd sjuksköterska och en sekreterare. Den telemedicinska utrustningen gör det möjligt för sjuksköterskan att ta kontakt med läkaren för observation och diagnosändamål. Insamlade data skickas direkt till nationella elektroniska journalsystemet. Utrustningen innefattar digitala HD-kameror för undersökning av öron, hals och ögon. En monitor för vitalparametrar, EKG, andningsmonitor, dermatoskop och digitalt stetoskop ingår också. Lösningen kan enkelt användas inom alla områden där 3 G eller 4 G finns. Normal användning

[179] NVC (2019), s. 18.
[180] NVC (2019), s. 19 f.

av Wi-Fi är inte tillåten av säkerhetsskäl. Utrustningen har kostat 3–5 miljoner isländska kronor.

På Grönland används telemedicin både för besök och diagnos samt för kontroller. Anledningen till att telemedicin används under hela processen är de geografiska förhållandena. Det har också kompetensmässiga skäl eftersom grönlänningarna vill föra specialister närmare medborgarna utan att använda dyra transporter.[181] På Grönland kan närmaste sjukhus vara flera hundra kilometer bort. Om en grönlänning är i en kajak, på en hundsläde eller till fots i naturen är det mycket svårt att få tillgång till internet. Således lever grönlänningar farligt när de blir akut sjuka eller är med om en olycka. Befolkningen i 60 bosättningar har fått tillgång till en telemedicinsk lösning som heter *Pipaluk*.[182] Det är en liten arbetsstation som innehåller en webbkamera, Skype, EKG-utrustning, instrument för mätning av blodtrycket, puls, temperatur och ett stetoskop. Varje sjukvårdsstation har vårdpersonal som ensam är ansvarig för att ta emot patienter och göra mätningar samt kommunicera med olika specialister från drottning Ingrids sjukhus i Nuuk eller ett av de danska sjukhus man samarbetar med. Det är människor som bor i glesbygdsregioner långt från sjukvårdsenheter som kan få hjälp närmare hemmet tack vare Pipaluk. Det innebär att människor inte behöver resa långt för att få vård. Människor behöver inte heller vänta länge på vård. Generellt sett är grönlänningar positiva till telemedicintjänsten och anser att det ger möjlighet att få lättare tillgång till diagnostik, behandling och uppföljning när de bor långt från sjukhus eller vårdcentral. Lösningen minskar resekostnaderna inom Grönland och mellan Grönland och Danmark.

Kroniskt sjuka

Sedan 2016 finns det i Danmark ett avtal om en nationell utbyggnad av telemedicin, *Telekit*, för invånare med KOL. Tanken är att patienterna ska få hjälp att övervaka sin sjukdom i hemmet och slippa uppsöka sjukhus. Patienten mäter sin syremättnad, hjärtrytm, blodtryck och vikt varje vecka. Resultaten skickas trådlöst från enheten/surfplattan till vårdpersonal i kommunen eller på sjukhuset. Personalen

[181] NVC (2019), s. 80.
[182] NVC (2019), s. 79.

övervakar sjukdomsförloppet genom att patientens data följs upp med bestämt intervall. Om det finns avvikelser som tyder på ett negativt sjukdomsförlopp uppmanas patienten ta kontakt med sin läkare. Även läkaren gör regelbundna uppföljningar av patientens sjukdom och allmäntillstånd.

Lösningen ger positiva ekonomiska effekter eftersom det krävs färre konsultationer och sjukhusinläggningar. Den beräknade kostnadsbesparingen är 483 miljoner kronor danska kronor under fem år. I dag är det patienter som redan har flera försämringar eller sjukhusinläggningar som erbjuds detta. De måste dessutom vara intresserade av att delta och kunna förstå och agera utifrån sina mätvärden. Vid en fullt implementerad lösning, för alla med KOL, beräknas besparingen till 202 miljoner danska kronor per år.[183] Resultat från leverantören visar att 71 procent upplever större säkerhet när de använder telemedicin. Denna typ av lösning bidrar också till patientens förståelse för den egna sjukdomen. Patienten får möjlighet att agera när sjukdomen förvärras och upplever då ökad kontroll. En annan uppenbar fördel är att patienterna slipper resa, vilket kan vara utmattande för dem som lider av KOL. En viktig förutsättning för en lyckad implementering är att vårdpersonalen har kunskap om patientens användargränssnitt och de vanligaste felen, t.ex. vid inloggning, laddning av utrustning, batteribyte m.m.

Dialysenheten vid Universitetssjukhuset i Nordnorge införde hemdialys 2011. Njurpatienterna kan själva utföra dialys i hemmet, antingen manuellt (CAPD) eller med hjälp av en maskin (APD). Lösningen består av en surfplatta med videokommunikation där patienten kan kommunicera med sjukhuset eller hemtjänstanläggningen. Hemdialys förbättrar patienternas livskvalitet, ger dem mer kontroll över sina liv och en mer normaliserad vardag samt begränsar resandet och sjukhusvistelser. Dialys på sjukhuset är ett jämförelsevis kostsamt alternativ. Samtidigt kräver hemdialys mycket engagemang från patientens sida och investeringar i utrustning i patientens hem.[184]

På Island gällde före 2015 att man bara kunde få dialysbehandling på det nationella universitetssjukhuset i Reykjavik. För patienter i norra regionen innebar det att resa 3–4 gånger i veckan med flyg, vilket är både dyrt och tidskrävande. Nu finns två dialysmaskiner på Akureyri sjukhus, som kan ta emot och behandla fyra patienter per

[183] NVC (2019), s. 27.
[184] NVC (2019), s. 36.

dag. Behandlingen tar fyra timmar och sker tre gånger per vecka. Sjuksköterskor som har fått en två veckor lång specialutbildning vid universitetssjukhuset tar hand om patienterna före, under och efter behandlingen. De kopplar upp sig mot njurspecialisterna via Skype för företag för att diskutera behandling. Patienterna deltar också vid behov. Uppföljning av en njurspecialist sker årligen. På Island betalas alla resekostnader av vården. Lösningen sparar in dessa kostnader. Dessutom slipper man extrakostnader för ledsagande anhöriga. Skype för företag är dock inte en idealisk lösning eftersom det behöver vara säkert när man diskuterar enskildas hälsa. Ett sammankopplat journalsystem är en viktig komponent.[185]

Projektet Velferdsteknologi i Sentrum (VIS) startade 2014 och pågick under ett par år i fyra stadsdelar i Oslo med olika demografi.[186] Såväl kvantitativa analyser som användarintervjuer gjordes[187] för att mäta resultat före och efter. Kvantitativa data insamlades från de närliggande sjukhusen, hemsjukvården[188] och legevakts-/observasjonspostens[189] tjänster. Det ingick 95 användare av sjukhustjänster, 172 användare av hemsjukvård och 87 användare av legevakt m.m. Genomsnittsåldern var 72 år.[190] Alla hade minst en kronisk sjukdom. De vanligaste diagnoserna var hjärtsvikt, kognitiv svikt och psykiska sjukdomar av olika slag[191], men även KOL, diabetes och MS.[192]

Tre olika slags välfärdsteknologi användes: elektronisk medicindoserare kopplat till en digital plattform för uppföljning[193], mobilt trygghetslarm (dvs. en enkel mobiltelefon med gps med tillhörande larmknapp att hängas runt halsen eller som en armbandsklocka) och slutligen ”Helsesjekk” som kan användas för kontroll av blodsocker, spirometer, pulsoxymeter, blodtryck, temperatur, vikt m.m. Även denna är kopplad till en digital plattform för att användaren själv ska kunna följa utvecklingen. Mätningarna överförs i realtid till hälso-

[185] NVC (2019), s. 40.
[186] VIS (2016) *VIS. Velferdsteknologi i sentrum. Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Olso. En kartlegging av effekten. Revidert utgave av delleveranse 2 av 2.*
[187] Den kvalitativa analysen skedde genom semi-strukturerade intervjuer med 12 användare och två anhöriga (a.a.).
[188] Hjemmesykepleie (a.a.).
[189] Legevakt är en lokal vårdkontakt med möjlighet till direktinläggning av patienter på sjukhus. Legevakten fungerar som mer tillgänglig ”gatekeeper” i förhållande till akutsjukhus. Såväl Norge som Danmark använder sig av detta system.
[190] Den yngsta deltagaren var 19 år.
[191] Bl.a. alkoholmissbruk, paranoid schizofreni, ångest och Alzheimers sjukdom. (a.a. s. 13).
[192] VIS (2016), s. 10.
[193] Varumärket Pilly, ”medisindispenser”.

och sjukvårdspersonalen och lagras i en säker databas. Om mätningar ligger utanför vissa gränsvärden går ett larm till personalen eller anhöriga, grannar etc. Syftet är dock i första hand en proaktiv och förebyggande uppföljning som ger möjlighet att tidigt upptäcka försämringar för att kunna ge lämpliga råd. De flesta som deltog i projektet, 87 av 172 användare, hade medicindoseraren.

Beträffande sjukhusvården var resultatet följande. Efter bara ett par månader hade antalet besök till öppenvården[194] minskat med 27 procent och efter sex månader med knappt 42 procent. Antalet inläggningar på sjukhus minskade också, med 5 procent efter någon månad och drygt 32 procent efter ett halvår. Antalet vårddygn minskade med 27 procent efter ett par månader och med 39 procent efter sex månader.[195] En användare med KOL som inte hade varit inlagd en enda gång det sista året yttrade att tidigare hade sjukhuset varit personens ”första hem” och hemmet det andra.[196]

Beträffande hemsjukvården minskade antalet besök med 5 procent vid det första mätningstillfället efter ett par månader och med 34 procent efter ett halvår. Även tiden hos användarna minskade, efter någon månad med 31 procent och efter ett halvår med hela 59 procent. En person med psykisk sjukdom yttrade att det är bättre med medicindoserare än att sitta och vänta på hemtjänsten.[197]

Besparingarna uppskattades till 72 503 norska kronor i snitt per användare och år (drygt 31 procent) eller 106 127 norska kronor per användare och år (drygt 46 procent) om man använder siffrorna från mätning nr 2 (dvs. efter ett halvår).[198]

4.8.7 Ytterligare erfarenheter från Norden

Många kommuner i Finland erbjuder trygghetstjänster för att människor ska kunna bo kvar hemma. Tekniken spelar en central roll och det är viktigt att ha olika typer av lösningar. Många kommuner har skapat en modell där ett larm skickas direkt till vårdpersonal på kommunens egen dygnet-runt bemannade larmcentral. Servicecentret tar emot samtal från de enskilda. Vårdpersonal finns också tillgänglig

[194] Polikliniska konsultationer.
[195] VIS (2016), s. 3 f.
[196] VIS (2016), s. 20.
[197] VIS (2016), s. 23.
[198] VIS (2016), s. 26 f.

dygnet runt. Det finns olika tekniska lösningar, som trygghetstelefon med ett armband, smarta dörrlarm för äldre människor med demenssjukdom och kognitiv svikt (larmet varnar när en dörr öppnas och någon lämnar bostaden, men inte enbart för att dörren öppnas), sensorer för att förstå dagliga rutiner (om den enskilde till exempel besöker badrummet och stannar där i mer än en timme utlöses larmet, eftersom det inte räknas som en normal rutin), gps-spårningsenheter med säkerhetszon (geofence) och rörelsedetektering baserad på en infraröd kamera.[199]

Finland erbjuder också en e-tjänst för hälsovård och social omsorg. Det är en 24/7-tjänst där kommuninvånarna kan hantera egenvård. Tjänsten innebär att medborgare kan hantera sin hälsodata och kontrollera laboratorieresultat, få tag i tillförlitliga uppgifter, genomföra möten med vård- och hälsospecialister samt konsultera dem. Tjänsten hade 104 000 registrerade brukare och 14 200 månatliga brukare 2017. För att logga in krävs säker identifiering: Bank-ID eller mobilt certifikat. Lösningen sänker kostnaderna och frigör resurser. E-tjänsten för hälsovård och social omsorg samutvecklades i ett nationellt projekt år 2006–2009. När projektet avslutades infördes lösningen i flera regioner och en av dessa regioner, Uleåborg (Oulu), fortsatte att utveckla den. I december 2018 introducerades Oulu Self Care som en av de tio bästa metoderna inom EU när det gäller digitala lösningar för att stödja medborgarnas hälsa.[200]

Hälsoportalen på Island är en webbapplikation som erbjuder medborgarna säker digital tillgång till sin egen hälsoinformation och e-hälsotjänster. Hälsoportalen har fått både nationellt och internationellt erkännande. År 2014 mottog den isländska Web Award och 2015 fick den erkännande för innovation inom den offentliga sektorn. 2017 blev dessutom en del av OECD:s Observatory of Public Sector Innovation. Portalen är integrerad i det elektroniska hälsoregistret (HER) och ger till gång till hälsoinformation och e-hälsotjänster för medborgarna via en enda åtkomstpunkt, närhelst och varhelst det behövs. Cirka 30 procent av Islands befolkning i åldern 16 år och äldre använder hälsoportalen och antalet användare ökar. Hälsoportalen har implementerats på nationell nivå på alla primärvårdskliniker, några sjukhusenheter och privata kliniker. Det finns en enda åtkomstpunkt för medborgarna där de kan få tillgång till sin hälsoinformation och

[199] NVC (2019), s. 68 f.
[200] NVC (2019), s. 83.

tillgängliga e-hälsotjänster, oavsett vilket sjukhus, vilken primärvårdsmottagning eller privata klinik de har använt. Detta är möjligt eftersom läkarjournaler är sammankopplade på nationell nivå. Island har en nationell infrastruktur som använder isländska HealthNet för att dela hälsouppgifter på nationell nivå. Alla statliga vårdinrättningar, liksom majoriteten av privata kliniker och vårdhem, delar hälsoinformation via HealthNet. Hälsoportalen är ansluten till elektroniska patientjournaler via HealthNet. Varje person har ett unikt ID och patientdata överförs via HealthNet och med hjälp av patientindextjänster. Tillgång till hälsoportalen är avgiftsfri, men kräver e-legitimation.[201]

[201] NVC (2019), s. 88.

5 Kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen

5.1 Inledning

I detta kapitel ges en beskrivning av äldreomsorgen, med särskilt fokus på personalförsörjningen. En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är en förutsättning för att klara de utmaningar som äldreomsorgen nu ställs inför. Digitalisering och användning av välfärdsteknik kan bidra till att skapa en bättre arbetsmiljö och göra yrken inom äldreomsorgen mer attraktiva.

I avsnitt 5.2.1 ges en kortfattad bakgrund till organisationen av dagens äldreomsorg. I avsnitt 5.2.2 sägs något om privata aktörer. De yrkesgrupper som är av störst intresse för denna utredning är undersköterskor, biståndshandläggare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter. Dessa belyses i avsnitt 5.3, med särskild tonvikt på gruppen undersköterskor inom äldreomsorgen.

I avsnitt 5.4 ges en beskrivning av den demografiska utmaningen med allt fler äldre och hur det påverkar behovet av personal inom äldreomsorgen. I det efterföljande avsnittet 5.5 tas upp frågan om hur välfärdsteknik får användas för att minska behovet av personal. Att välfärdsteknik har viss potential att effektivisera arbetet inom äldreomsorgen har redan belysts i närmast föregående kapitel.

5.2 Bakgrund

5.2.1 Ädelreformen

Ädelreformen genomfördes 1992.[1] Bakgrunden till reformen handlade om uppmärksammade problem med samverkan och gränsdragning vid ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommuner och

[1] Jfr prop. 1990/91:14.

regioner inom vård- och omsorgsområdet. Avsikten var att samla ansvaret för service och vård om äldre personer och personer med funktionsnedsättning hos en huvudman. Sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt, hos kommunen.

Genom Ädelreformen övertog kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna och i dagverksamhet. Större delen av den slutna långtidssjukvården[2] och en stor del av hemsjukvården fördes över till den kommunala äldreomsorgen. I praktiken övertog kommunerna cirka 490 sjukhem med 31 000 vårdplatser för somatisk långtidssjukvård, drygt 400 gruppboendeenheter med 3 000 boende, drygt 200 dagverksamheter och cirka 130 enheter för dagsjukvård.[3] Sammanlagt fick cirka 55 000 anställda kommunen som ny arbetsgivare. Landstingen hade dock fortsatt ansvar för läkare. Kommunen ålades att inom varje verksamhetsområde som huvudregel ha en sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar (MAS).[4] Ett kommunalt betalningsansvar infördes för medicinskt färdigbehandlade patienter vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Ansvaret för hemsjukvården i det ordinära boendet låg kvar hos landstingen men kommunerna fick befogenhet att erbjuda hemsjukvård och, efter överenskommelse med landstinget och om regeringen medgav det, ta över ansvaret även avseende ordinärt boende.[5]

I sin slutrapport med utvärdering av Ädelreformen redovisade Socialstyrelsen vissa positiva effekter, men pekade samtidigt på en rad problem.[6] De förväntade samordningsvinsterna hade försvårats genom parallella organisationer framför allt inom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedelsverksamhet. Genom de allt kortare vårdtiderna på sjukhus hade ansvaret för att vårda allt fler svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov förts över till kommunernas vård- och omsorg. Andra problem som lyftes fram var brister i medicinsk kompetens och i läkarmedverkan i kommunalt finansierad vård och omsorg. Socialstyrelsen påpekade också behovet av en förbätt-

[2] Kommunerna övertog bl.a. ansvaret för och driften av sjukhem, som var en inrättning för somatisk långtidssjukvård som före Ädelreformen betraktades som ett sjukhus och efter som en boendeform. Sedan Ädelreformen innefattas sjukhemmen i begreppet särskild boendeform för äldre, se 3 § lag (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar.
[3] SOU 2019:29 s. 124.
[4] Ansvaret reglerades i 24 § i (den äldre) hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
[5] För att det ska kunna ske krävs dock att landstinget och samtliga kommuner inom landstinget är överens om det.
[6] Socialstyrelsen (1996). *Ädelreformen Slutrapport*.

rad samverkan mellan huvudmännen, bl.a. på grund av det delade ansvaret för hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel.

5.2.2 Privata aktörer

Privata aktörer kan ansluta sig till det offentliga finansieringssystemet på två sätt,[7] antingen inom ramen för en traditionell upphandling i enlighet med lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, eller genom anslutning till ett befintligt vårdval i enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV.

Både tidigare och nuvarande LOU bygger på EU-direktiv. Enligt EU-domstolens praxis ska de grundläggande unionsrättsliga principerna som kommer till uttryck i EUF-fördraget tillämpas även vid upphandling som inte omfattas av direktiven när det finns ett gränsöverskridande intresse. Nyheterna från det senaste LOU-direktivet har i huvudsak genomförts i 19 kap. LOU. Där regleras upphandlingar som faller utanför direktivets område. Det rör sig dels om upphandlingar vars värde understiger tröskelvärdet, dels om upphandling av sådana tjänster som räknas upp i bilaga 2 a till LOU, s.k. välfärdstjänster. Om tjänsterna har ett gränsöverskridande intresse får avgöras från fall till fall. Vid icke direktivstyrda upphandlingar ska som regel de grundläggande principerna som framgår av 4 kap. 1 § LOU tillämpas.[8] Det innebär att grundläggande principer om öppenhet, likabehandling, proportionalitet, icke-diskriminering och ömsesidigt godkännande i stort sett ska gälla vid offentlig upphandling av t.ex. hälso- och sjukvårdstjänster med ett bestämt gränsöverskridande intresse. Tjänstekoncessioner regleras i LUK-direktivet, jfr lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner.[9]

LOV trädde i kraft den 1 januari 2009. LOV innebär att kommuner och regioner kan välja att införa ett system för fri etablering inom omsorg och vård. Valfrihetssystemet är ett alternativ till offentlig upphandling och kan tillämpas på bl.a. omsorgsverksamhet för äldre och på hälso- och sjukvårdsinsatser. De företag och kommunala en-

[7] Såvitt gäller kommunal hälso- och sjukvård finns också möjligheten anslutning till den s.k. nationella taxan i enlighet med lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF, jfr SOU 2019:29 s. 160.
[8] Se 19 kap. 2 § lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU).
[9] Det tidigare LOU-direktivet från 2004 reglerade inte tjänstekoncessioner.

heter som ingår i ett valfrihetssystem ska uppfylla de kvalitetskrav och andra krav som ställs i förfrågningsunderlag.

Enligt en rapport från Vårdföretagarna[10] är det 121 kommuner som inte infört LOV, oftast inom hemtjänsten (det är 162 kommuner har infört LOV). I kommuner som har upphandlat hemtjänst med stöd av LOV har personer som blir beviljade hemtjänst möjlighet att välja utförare när de har fått ett biståndsbeslut. Om de inte är nöjda med det första valet kan de göra ett nytt val senare. För de personer som inte vill eller kan välja en utförare ska kommunerna ha ett så kallat ickevalsalternativ. Antalet utförare att välja emellan varierar. Flest alternativ finns det i Stockholm stad medan kommuner i glesbygden har svårare att locka till sig privata företag.

I oktober 2018 fick drygt 41 000 äldre personer sin hemtjänst av en privat omsorgsgivare och drygt 17 000 äldre personer bodde på ett privat drivet äldreboende. Det är 23 procent av timmarna som utförs av privata utförare. Av de som bor i äldreboende är det 19 procent som bor i ett privat drivet äldreboende.[11]

De flesta företagen är små. Av drygt 14 700 vård- och omsorgsföretag är det 92 procent som har färre än 20 anställda. De tio största vårdföretagen står tillsammans för 36 procent av den privatdrivna vården och omsorgens totala omsättning. Fyra av de tio största företagen är noterade på Stockholmsbörsen.[12] Medarbetarna hos privata vård- och omsorgsgivare har något oftare eftergymnasial utbildning i jämförelse med offentligt anställda. Skillnaderna är dock små: År 2016 hade 31 procent av de anställda i privata omsorgsföretag eftergymnasial utbildning, jämfört med 29 procent i kommunal omsorg. Risken för sjukskrivning är något lägre i privata vård- och omsorgsföretag än i region- och kommundrivna verksamheter. Sjukfallsrisken är allra lägst hos de små företagen.[13]

[10] Vårdföretagarna (2019). *Privat Vårdfakta 2019. Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen*.
[11] Källa: Socialstyrelsen (2019e). *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2018.*
[12] Vårdföretagarna (2019), s. 28 f. Det är 54 procent av vård- och omsorgsföretagen som leds av kvinnor, att jämföras med 29 procent i övriga näringslivet. Av vårdens små och medelstora företag drivs 21 procent av en person med utländsk bakgrund.
[13] Vårdföretegarna (2019), s. 50 f.

5.3 Kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen

5.3.1 Personalen inom äldreomsorgen

Enligt statistik var cirka 200 000 personer sysselsatta[14] i kommunal vård och omsorg i egen regi i november 2017. Av dem var drygt hälften undersköterskor (eller skötare) och en tredjedel vårdbiträden eller vårdare. Det fanns därtill cirka 15 000 sjuksköterskor i kommunerna, varav knappt 12 000 inom vård och omsorg. Utöver detta fanns knappt 70 000 timavlönade anställda inom kommunal vård och omsorg, med en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 38 procent.[15]

Utöver sjuksköterskor finns även andra legitimerade grupper i kommunalt finansierad verksamhet, såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. Av Socialstyrelsens statistik framgår att cirka 1 900 arbetsterapeuter var sysselsatta i vård- och omsorg med boende och 2 200 arbetsterapeuter inom öppna sociala insatser. Cirka 1 200 fysioterapeuter var sysselsatta i vård och omsorg med boende och cirka 1 300 fysioterapeuter inom öppna sociala insatser. Cirka 30 dietister var sysselsatta inom vård och omsorg med boende och knappt 50 dietister inom näringsgrenen öppna sociala insatser.

I 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, anges de 21 yrken som i dag är legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården. Beteckningen legitimerad får enligt 6 kap. 3 § PSL användas endast av den som fått legitimation. Legitimerade yrkesgrupper som arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopeder, distriktssköterskor, sjuksköterskor, dietister och läkare kan bl.a. förskriva hjälpmedel. Tillgången på legitimerade yrkeskategorier i förhållande till befolkningen i övrigt har ökat över tid. Trots detta ökar efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal generellt.[16]

I takt med att allt fler sjuka äldre vårdas i hemmet ställs större krav på hemtjänstpersonalens kompetens. Samtidigt har omsorgsarbete inom hemtjänsten i viss utsträckning blivit ett genomströmningsyrke. Många unga arbetar extra parallellt med sina studier eller hoppar in som vikarier på timmar eller under sommarhalvåret.[17]

[14] Med månadslön.
[15] Socialstyrelsen (2019d). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.* s. 30.
[16] SOU 2017:43 s. 198 f.
[17] Akademikerförbundet SSR & Kommunal (2013). *Matlåda, med eller utan samtal? Om hur villkoren för biståndshandläggare och hemtjänstpersonal påverkar kvaliteten i äldreomsorgen*, s. 13.

5.3.2 Undersköterskor och vårdbiträden

Önskad kompetens

Med ordet undersköterska avses i regel personer som har examen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande tidigare gymnasieprogram eller godkänd utbildning i vård- och omsorgsämnen inom vuxenutbildningen. Vård- och omsorgsprogrammet på gymnasienivå är i regel utgångspunkten för att bli anställd som undersköterska.[18] Eftersom det inte finns några bindande nationella kompetenskrav eller en reglerad examen varierar innehållet mellan utbildningsanordnare.

Inom omsorgen förekommer också vårdbiträden. Någon reglering av vad som ska ingå i en utbildning för vårdbiträden finns inte i nuvarande regelverk. Inom ramen för det frivilliga samarbetet Vård- och omsorgscollege har man dock kommit överens om att vårdbiträdesutbildning motsvarar fastslagna kurser om 800 gymnasiepoäng. I praktiken omfattar emellertid gruppen vårdbiträden även personer som antingen helt saknar vård- och omsorgsutbildning eller som har viss utbildning men inte når nivån för undersköterska.

Det totala antalet anställda undersköterskor i landet uppgick 2017 till cirka 183 000.[19] En majoritet var anställda i en kommun eller hos privata utförare av kommunalt finansierad verksamhet. Undersköterskans arbetstid utgörs främst av omvårdnad och omsorg. Administration uppskattades vanligen ta cirka 10 procent av kommunalt anställda undersköterskors arbetstid i anspråk.[20]

Socialstyrelsen har meddelat icke bindande allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre[21] till stöd för tillämpningen av bestämmelsen i 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453) om lämplig utbildning och erfarenhet. Där anges bl.a. följande.

Den som ska arbeta med stöd och hjälp till äldre personer kan uppnå kunskaper och förmågor i enlighet med råden genom godkända kurser om 1 100 poäng i de programgemensamma karaktärsämnena och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik i vård- och omsorgsprogrammet eller annan motsvarande utbildning. Tillräckliga

[18] SOU 2019:20 s. 107 f.
[19] SOU 2019:20 s. 99.
[20] SOU 2019:20 s. 113.
[21] SOSFS 2011:12.

kunskaper i svenska för att uppnå förmågan att förstå, tala, läsa och skriva svenska kan dock inhämtas genom godkänd kurs i det gymnasiegemensamma ämnet svenska eller svenska som andraspråk i vård- och omsorgsprogrammet eller motsvarande utbildning.

Personalen bör, som minst, ha följande kunskaper och förmågor:

Värdegrund, förhållningssätt och bedömningsförmåga

- kunskap om värdegrunden som gäller för socialtjänstens omsorg om äldre enligt 5 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet
- kunskap om människors olika förutsättningar och behov samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet
- förmåga att granska, analysera och bedöma sitt eget arbete och på så sätt kunna medverka till insatser av god kvalitet
- förmåga att bedöma när annan kompetens än den egna behövs.

Kommunikation

- kunskap om hur sättet att kommunicera kan anpassas till olika situationer och till olika individers förutsättningar och behov samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet
- förmåga att kommunicera med närstående
- förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper
- förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

Regelverk

- kunskap om regelverket på socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område som rör äldre personer
- kunskap om annan relevant lagstiftning, t.ex. om sekretess, god man och förvaltare, diskriminering, livsmedel och arbetsmiljö
- förmåga att dokumentera sitt eget arbete i enlighet med lagar och andra författningar.

Det normala åldrandet

- kunskap om hur åldrandet påverkar äldre personer fysiskt, psykiskt och socialt
- kunskap om hur äldre personers hälsa kan förbättras eller bevaras
- kunskap om hur åldrandet påverkar personer med funktionsnedsättning
- förmåga att uppmärksamma och ta till vara det friska hos äldre.

Åldrandets sjukdomar

- kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer och om hur dessa påverkar behovet av omsorg och vård.

Funktionsbevarande omsorg m.m.

- kunskap om hur fysisk aktivitet påverkar äldre personers hälsa och välbefinnande
- förmåga att motivera äldre personer till fysisk aktivitet och att ge det stöd som behövs
- kunskap om ett funktionsbevarande och rehabiliterande arbetssätt samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet
- kunskap om hur hjälpmedel och en anpassad miljö kan underlätta äldre personers tillvaro
- kunskap om hur ett säkerhetsfrämjande arbetssätt kan förebygga olyckor, skador och brott samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet.

Social omsorg

- kunskap om betydelsen av fysisk, psykisk och social stimulans för äldre personers hälsa och välbefinnande
- förmåga att stödja äldre personer så att de får en meningsfull tillvaro både individuellt och i gemenskap med andra.

Kroppsnära omsorg

– kunskap om personlig hygien, inklusive munvård
– förmåga att stödja äldre i att sköta klädsel och personlig hygien.

Måltid, mat och näring

– kunskap om vilken betydelse som måltid, mat och näring har för äldre personers hälsa och välbefinnande
– kunskap om hur förutsättningar skapas för goda matvanor och en god måltidsmiljö
– förmåga att tillaga måltider
– förmåga att stödja äldre personer vid måltider
– kunskap om livsmedelshantering.

Skötsel av hemmet

– kunskap om hur man sköter ett hem
– förmåga att stödja äldre personer i att sköta sitt hem.

Omsorg i livets slutskede

– kunskap om omsorg och vård av äldre personer i livets slutskede
– kunskap om stöd till närstående till personer i livets slutskede
– kunskap om omhändertagande vid dödsfall.

Hälso- och sjukvård m.m.

– kunskap om hälso- och sjukvård
– kunskap om basal hygien och om att förhindra smitta och smittspridning samt förmåga att omsätta kunskapen i praktiskt arbete
– kunskap om läkemedel och om läkemedelsanvändning hos äldre.

Personalen bör vid behov få fortbildning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som anges i dessa allmänna råd. Personalen bör även ges möjlighet att följa kunskapsutvecklingen på området.

Enligt utredningen Reglering av yrket undersköterska är det vanligt inom kommunal verksamhet, och till viss del även inom den privata, att det inte är någon skillnad i arbetsuppgifter mellan en undersköterska och ett vårdbiträde, trots skillnader i utbildning och formell kompetens.[22] Kommunerna ansåg sig inte ha något val eftersom de inte får tillräckligt med sökande till sina tjänster. Ett utbildningsbevis kan då räcka för anställning trots att utbildningen varken är tydlig till sitt innehåll eller omfattat en rimlig studietid. Detta sägs skapa en inbyggd kompetensbrist som blir svår att kompensera för.[23]

Inom regionerna är fördelningen av arbetsuppgifter mellan sjuksköterskan, undersköterskan och servicepersonal tydligare. Flera regioner har infört arbetssättet Rätt Använd Kompetens (RAK) som innebär att verksamheten ska använda sina resurser och kompetenser på bästa möjliga sätt. Ett sätt är så kallad ”task-shifting” där arbetsuppgifter omfördelas mellan yrkesgrupper i syfte att renodla användningen av personalens kompetens. Det finns flera uppgifter som sjuksköterskor gör i dag som anses kunna omfördelas till bl.a. undersköterskor. Exempel på sådana uppgifter är såromläggningar, medicinhantering, provtagningar, sätta och spola kateter, sondmatning och vissa administrativa uppgifter. Det har också införts en servicenivå som vanligtvis kallas ”vårdnära service”. Det är personal som uteslutande arbetar med servicetjänster som t.ex. att städa, fylla på förråd m.m. Undersköterskan har då fått utrymme att åta sig andra uppgifter. Detta har lett till att undersköterskans yrkesroll närmar sig sjuksköterskans, till skillnad från i kommunal verksamhet där undersköterskan mer likställs med vårdbiträden.

Brister i kompetensen

Många arbetsuppgifter som undersköterskan utför har en direkt inverkan på patientsäkerheten. Är undersköterskan verksam i ett särskilt boende eller motsvarande finns ofta kollegor med andra kompetenser att tillfråga jämfört med om hon eller han arbetar inom hemtjänsten.

[22] SOU 2019:20 s. 113.
[23] SOU 2019:20 s. 120.

Inom regionens verksamheter är undersköterskan omgiven av andra yrkesgrupper och flertalet har legitimationsyrken. Utredningen Reglering av yrket undersköterska konstaterade följaktligen att i regionens verksamheter finns bättre förutsättningar för att upprätthålla patientsäkerheten än i kommunal verksamhet. Inom kommunal verksamhet är i stället undersköterskan ofta den högst utbildade och yrkesgruppens kompetens är således av stor betydelse för patientsäkerheten.[24]

Enligt utredningen Reglering av yrket undersköterska efterlystes framför allt följande hos en undersköterska:[25]

1. Bedömningsförmåga.
2. Förmåga att utföra omvårdnad och omsorg.
3. Kunskap om diagnoser.
4. Professionellt bemötande.

Flera av dessa kompetenser bedömdes emellertid ofta brista hos undersköterskor.[26] Även andra kompetenser framhölls som viktiga, såsom ett personcentrerat förhållningssätt, förmåga att se och tillmötesgå existentiella behov samt förmåga att arbeta med vård i livets slutskede. Dessutom förväntas undersköterskan kunna planera, prioritera, dokumentera och rapportera avvikelser.

Kunskapsbristerna förekommer framför allt inom kommunalt finansierade verksamheter, enligt utredningen.[27] Det vanligast förekommande bristerna rör språkkunskaper, dokumentationskunskap och medicinsk kompetens.[28] Språkbristerna handlar om såväl muntlig som skriftlig förmåga, liksom om hör-, läs- och ordförståelse. Att kunna kommunicera muntligt och skriftligt är en förutsättning för att kunna ge individer rätt vård och omsorg, föra samtal och kunna förmedla iakttagelser till andra. Språkbristerna kan få allvarliga konsekvenser i möten med personer med nedsatt kognitiv förmåga.

[24] SOU 2019:20 s. 125.
[25] SOU 2019:20 s. 109 f.
[26] SOU 2019:20 s. 128.
[27] SOU 2019:20 s. 117 f.
[28] Bristande språkkunskaper uppgavs av 60 procent bland företrädare för kommunalt finansierade verksamheter som ett specifikt kompetensområde som behöver stärkas. Den låga språknivån var dessutom en återkommande synpunkt hos alla företrädare, inte bara kommunala, och lyftes fram vid samtliga möten under kartläggningen.

Undersköterskornas kunskap om hur de ska dokumentera uppfattas också som bristfällig. I vissa fall kan det även vara så att undersköterskan inte vet att det är en uppgift inom yrkesområdet och inte heller vet vad som är viktigt att skriva eller hur de ska uttrycka sig.

Kunskap om välfärdsteknik och e-hälsa nämndes också.[29]

Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) lyfter fram den låga språknivån som ett återkommande problem. Enligt IVO har omvårdnadspersonal stor betydelse för kvalitet och säkerhet i verksamheterna.[30] Undersköterskan måste kunna förstå muntliga direktiv, dokumentera och kommunicera. IVO har kunnat konstatera att den yrkesgrupp som har lägst kunskapsnivå är den som arbetar närmast individen. Kunskapsnivån är således lägre ju längre ut i kedjan man kommer. De vanligaste avvikelserna handlar om läkemedelshantering. Enligt IVO kan detta bero på att dessa är enkla att identifiera och rapportera i jämförelse med att beskriva och identifiera brister i rapporteringskedjor. IVO har också kunnat iaktta att rapporteringen mellan undersköterskor och andra yrkesgrupper har brustit vilket givit upphov till allvarliga vårdskador i enskilda fall.

Ett särskilt problem kopplat till undersköterskors oreglerade utbildning handlar om delegering. Endast sjuksköterskor, läkare och tandläkare med såväl formell som reell kompetens får delegera iordningställande, administrering eller överlämnade av läkemedel. Med formell kompetens menas legitimation för yrket. Den som iordningställer ett läkemedel ska i första hand själv administrera eller överlämna läkemedlet till patienten. I undantagsfall kan en annan person med formell kompetens ta över det iordningställda läkemedlet och administrera eller överlämna det. I enlighet med föreskrifter[31] ska även en person utan formell kompetens, t.ex. en undersköterska, kunna utföra dessa arbetsuppgifter efter delegering om det är förenligt med en god och säker vård och om det finns tydliga riktlinjer för hur delegering ska gå till. Då arbetet inom hemtjänst och hemsjukvård ofta utförs enskilt, måste undersköterskan kunna ta emot en läkemedels-

[29] SOU 2019:20 s. 119.
[30] SOU 2019:20 s. 127.
[31] HSLFFS 2017:37. Av vårdgivarens skriftliga rutiner för ordination och hantering av läkemedel ska framgå i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel i verksamheten. I rutinerna ska också framgå vilken kompetens som krävs för den som genom delegering får i uppgift att hantera läkemedel. Det är frivilligt att delegera och delegeringen kan när som helst återkallas. Delegeringsbeslutet är alltid personligt och får inte avse en viss yrkesgrupp, som till exempel undersköterskor.

delegering. Delegeringar får dock inte utfärdas slentrianmässigt för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl utan bör endast göras när det bättre svarar mot patientens behov och under förutsättning att patientsäkerheten inte äventyras. Eftersom verksamheten ska vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning borde utrymmet för läkemedelsdelegeringar i praktiken vara rätt begränsat.

Utredningen Reglering av yrket undersköterska pekade på att delegering av läkemedelshantering samt andra särskilt fördelade arbetsuppgifter ges också till vårdbiträden och extrapersonal.[32] Arbetsgivare uppgav för utredningen att de ibland krävt att vårdbiträden och extrapersonal ska kunna ta emot delegering för att få anställning. Om vårdbiträden inte skulle få ha en läkemedelsdelegering skulle krävas att en undersköterska bistod ett vårdbiträde parallellt vid flera hemtjänstbesök, vilket många företrädare ansåg kommer bli svårt att genomföra utifrån rådande personalsituation. Vissa kommuner hade dock infört särskilda hälso- och sjukvårdsteam som åker runt till de patienter som behöver deras insatser.

Utredningen Reglering av yrket undersköterska kunde efter sin omfattande kartläggning konstatera relativt utbredda brister i kompetensen hos yrkesgruppen som får direkt effekt på utförandet av arbetsuppgifterna. Detta kan ses som en konsekvens av att undersköterskeyrket hittills varit oreglerat vilket innebär att vem som helst kan anställas som undersköterska och genomföra vårdåtgärder utan relevant utbildning.[33] Identifierade kompetensbrister handlade om bl.a. kunskap om hur man ska dokumentera, omvårdnadskunskap, medicinsk kompetens, kunskap om diagnoser och professionellt bemötande. Utöver dessa kompetensbrister hade i princip alla som utredningen mött påtalat att språkkunskaperna många gånger är bristfälliga.[34] Bristerna i yrkesgruppens kompetens ansågs påverka kvaliteten och innebära potentiella patientsäkerhetsrisker. Utredningen har därför föreslagit en skyddad yrkestitel för den som har avlagt undersköterskeexamen eller har motsvarande kompetens.

Arbetsgivare som den utredningen hade varit i kontakt med ansåg att det är för lågt ställda krav för att bli godkänd. Utredningen erfor

[32] SOU 2019:20 s. 116.
[33] SOU 2019:20, se bl.a. s. 9.
[34] SOU 2019:20 s. 11.

att vissa utbildare bedriver utbildningen med material på elevens hemspråk för att få dem godkända. Arbetsgivarna uttryckte frustration över att utbildningsanordnaren inte tar ansvar för att utrusta undersköterskor med nödvändiga kunskaper för yrket.[35]

Majoriteten av dem som utredningen hade träffat efterfrågade en likvärdig gymnasial utbildning med en gemensam bas och att vuxenutbildningen ska ha motsvarande innehåll.[36] Det framkom en samstämmig bild från verksamhetsföreträdarna om svårigheten att få en överblick över vilka kurser som ingått i utbildningen, särskilt när den genomförts inom vuxenutbildningen och i synnerhet om det varit en arbetsmarknadsutbildning. Det finns undersköterskeutbildningar som omfattar endast tolv veckor. De flesta arbetsgivare uttryckte däremot förtroende för den tidigare vårdlinjen, som dels hade större fokus på hälso- och sjukvård, dels innehöll fler praktiska moment.[37] De flesta arbetsgivare som utredningen varit i kontakt med uttryckte ett starkt motstånd mot uppfattningen om att yrket undersköterska är ”ett enkelt jobb” och en upprördhet över hur yrket ofta används som en arbetsmarknadsregulator. En del personer som hänvisas till yrket som en arbetsmarknadsåtgärd kan sakna både intresse och kompetens för att utföra ett säkert och kvalitetsmässigt arbete.[38]

Beslut om åtgärder för god kompetens inom äldreomsorgen

I december 2019 beslutade regeringen att utöka mängden gemensamma ämnen inom vård- och omsorgsprogrammet för att svara mot kompetenskraven för arbete som undersköterska. Justeringen av vård- och omsorgsprogrammet innebär att vissa ämnen och kurser flyttas från den valbara programfördjupningen till det programgemensamma utrymmet som är obligatoriskt. Ett nytt vård- och omsorgsprogram är det första steget i regeringens arbete för att under mandatperioden reglera yrket undersköterska. Utgångspunkten är de förslag som lämnades i april 2019 i betänkandet *Stärkt kompetens i vård och omsorg* (SOU 2019:20). Syftet är att stärka kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg samt att öka attraktiviteten i undersköterskeyrket. De

[35] SOU 2019:20 s. 108.
[36] SOU 2019:20 s. 106.
[37] Även den nyare gymnasieutbildningen anses tydligare till sitt innehåll än vuxenutbildningen. Utrymmet för valbara kurser inom gymnasieutbildningen under åren 2000–2012 uppfattas emellertid som för stort på bekostnad av viktiga baskunskaper.
[38] SOU 2019:20 s. 111.

nya bestämmelserna föreslås tillämpas på utbildningar som startar höstterminen 2021.

Vidare har tillsatts en nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre i december 2019.[39] Samordnaren ska stödja kommunerna genom att stimulera förändringsarbete för en attraktivare arbetsmiljö, stärka ledarskapet samt föreslå välfärdstekniska lösningar som kan avlasta personalen. Uppdraget ska redovisas den 15 juni 2021.

5.3.3 Biståndshandläggare

Biståndshandläggarna är de tjänstemän som ska stå för myndighetsutövningen inom äldreomsorgen. Biståndshandläggare arbetar på uppdrag av kommunpolitikerna och vilka slags beslut de får fatta framgår av en delegationsordning. Arbetet innebär formellt att ta emot ansökan, utreda, bedöma och besluta om insatser. Besluten ska sedan följas upp och omprövas. Myndighetsutövningen kan både innebära beslut som uppfattas som positiva av den äldre, men den kan också innebära beslut om avgifter och ibland avslagsbeslut. Arbetsuppgifterna består av allt ifrån möten med den äldre och dennes anhöriga, samordning och kontakter med olika yrkesgrupper i både kommun och region till mer formell ärendehandläggning. Förutom myndighetsutövning arbetar många med bl.a. information om utförare, beräkning av avgifter och granskning av fakturor.[40] Komplexiteten har ökat i takt med välfärdsstatens förändringar.

Det finns inte några uttalade krav på vilken formell kompetens som handläggare inom äldreomsorgen ska ha. Vilken titel som används och utbildningsbakgrunden varierar.[41] Biståndshandläggare har dock ofta akademisk utbildning. Enligt en kartläggning genomförd av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är en majoritet av handläggarna inom socialtjänsten socionomer även om andelen varierar beroende på område.[42] Inom äldreomsorgen var det 44 procent som hade socionomexamen. Kartläggningen visade också att 95 procent

[39] Dir. 2019:77
[40] Akademikerförbundet SSR & Kommunal (2013), s. 12.
[41] Exempelvis biståndshandläggare, biståndsbedömare, behovsbedömare, vårdbedömare, äldreomsorgssekreterare, enhetschef, hemtjänstassistent, utredare, hemtjänstsekreterare, beställarkonsult/konsulent och jourhandläggare.
[42] Vårdanalys (2019). *Social kompetens. Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten.*

av socialsekreterarna och biståndsbedömarna har en eftergymnasial utbildning på minst två år.

Socialstyrelsen allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer.[43] Där ges rekommendationer till stöd för tillämpningen av bestämmelserna om lämplig utbildning och erfarenhet i 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453).[44]

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 § socialtjänstlagen). Vad som räknas som lämplig utbildning och erfarenhet är i de flesta fall upp till kommunerna att avgöra. Det enda området där det finns ett lagreglerat kompetenskrav är inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård.[45] För de delar av socialtjänsten som inte gäller barn och unga har Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer,[46] personer med funktionshinder[47] och våld i nära relationer.[48] Råden är inte bindande.

I de allmänna råden om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer ges alltså rekommendationer till stöd för tillämpningen av bestämmelserna om lämplig utbildning och erfarenhet i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen.[49] I råden rekommenderas att den personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer har socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning. Den som saknar tidigare erfarenhet av arbete inom området bör under minst ett år få planerad introduktion, stöd samt successivt få ta ansvar för ärenden. För att självständigt arbeta med handläggning och uppföljning bör personalen ha teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter inom följande områden: äldre och åldrande, utredning och beslut, samtal och relationer, samverkan och samordning, regelverk och

[43] SOSFS 2007:17.
[44] 2001:453.
[45] Sedan 1 juli 2014 krävs svensk socionomexamen eller annan relevant högskoleexamen på minst grundnivå för att inom socialtjänst som rör barn och unga få utföra uppgifter som innefattar ”1. bedömning av om utredning ska inledas, 2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder, eller 3. uppföljning av beslutade insatser” (3 kap. 3 a § socialtjänstlagen). Enligt en övergångsbestämmelse får också handläggare som anställts före den 1 juli 2014 fortsätta att utföra sådana uppgifter till och med 30 juni 2022, även om de inte uppfyller behörighetskraven (se prop. 2018/19:68).
[46] SOSFS 2007:17.
[47] SOSFS 2008:32.
[48] SOSFS 2014:4.
[49] 2001:453.

rättsutveckling, insatser samt uppföljning och utvärdering. Vidare bör personalen ha ett professionellt förhållningssätt, bl.a. för att sätta den äldre personens behov i fokus.

Socialstyrelsen rekommenderar också att personalen får kontinuerligt stöd och tillgång till handledning samt utbildning i syfte att utveckla sin kompetens och följa kunskapsutvecklingen inom området. Genom vidareutbildning på avancerad nivå bör personalen ges möjlighet att fördjupa eller bredda sina kunskaper.

Socionomutbildningen är en generalistutbildning till stor del inriktad på sociallagstiftning, myndighetsutövning och kunskap om samhället och samtalsmetodik. Enligt Socialstyrelsen finns behov av mer geriatrisk och gerontologisk kunskap i socionomutbildningen.[50]

5.3.4 Sjuksköterskor

Sjuksköterskor arbetar inom en mängd olika verksamheter och därmed varierar arbetsuppgifterna, liksom kraven på kompetens och ansvar. Kvinnor utgjorde 88 procent av yrkesverksamma sjuksköterskor 2017.[51] Bristen på sjuksköterskor väntas vara stor de kommande tio åren. Exempelvis beräknas pensionsavgångarna bland sjuksköterskor till knappt 24 000 personer. Enligt SCB:s arbetskraftsbarometer 2017 uppgav cirka 80 procent av arbetsgivarna att de har brist på sjuksköterskor, både nyutexaminerade och yrkeserfarna. Majoriteten av arbetsgivarna tror att bristen kommer att öka.

Omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetens. Sjuksköterskan ansvarar självständigt för kliniska beslut som erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden. Det handlar om att självständigt och i teamsamverkan och tillsammans med patienten och anhöriga ansvara för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. Arbetet ska utföras i enlighet med gällande lagar, författningar och andra styrdokument för hälso- och sjukvården.

[50] Socialstyrelsen (2012a). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande av satsning.*
[51] Källa: Statistik från Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/

Sjuksköterskans arbete ska präglas av ett etiskt förhållningssätt. Sjuksköterskans kompetens omfattar ett helhetsperspektiv på patientens situation, inkluderande kunskap om komplexa behov och problem som rör t.ex. kommunikation, kognition, andning, cirkulation, ätande och nutrition, uttömningar, personlig hygien, aktivitet och rörlighet, sömn och vila, smärta, psykosociala-, andliga- och kulturella faktorer. Sjuksköterskan har ansvar för att konsultera andra medarbetare i teamet vid behov av kompletterande kompetens, t.ex. när det gäller nutrition, aktivitet och smärta.[52]

Grundutbildningen sjuksköterskeprogrammet omfattar 180 högskolepoäng som motsvarar tre års nominell studietid och leder till en yrkesexamen och en kandidatexamen i vårdvetenskap. Den yrkesinriktade delen av utbildningen innefattar praktik inom olika verksamheter i hälso- och sjukvård samt inom omsorg, och utgör nästan hälften av utbildningen. Efter examen kan man vidareutbilda sig inom olika specialistområden, t.ex. inom området vård av äldre.

5.3.5 Arbetsterapeuter

Arbetsterapeuten bedömer hur personer med skada eller sjukdom har förmåga och förutsättningar att utföra dagliga aktiviteter i samspel med förhållanden i omgivningen. Åtgärderna bygger på resultatet av bedömningen och syftar till att personen ska bli delaktig i de dagliga aktiviteterna och på så sätt uppnå hälsa och välbefinnande. En viktig del i arbetsterapeutens arbete är att prova ut och anpassa olika hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för patienten. Arbetsterapeuten arbetar med patienten individuellt eller i grupp. Ofta sker arbetet i team med andra yrkesgrupper, så som fysioterapeuter, psykologer, sjuksköterskor, logopeder och läkare.[53]

I bilaga 2 till högskoleförordningen,[54] dvs. examensordningen, anges arbetsterapeutexamen bland yrkesexamina. Utbildningen omfattar 180 högskolepoäng som motsvarar tre års nominell studietid. Arbetsförmedlingens bristindex visar en viss brist på arbetsterapeuter under de kommande åren. SCB:s långsiktiga prognos är i linje med Arbets-

[52] Jfr Svensk sjuksköterskeförening (2017).
[53] Prop. 2012/13:175 s. 74.
[54] SFS 1993:100.

förmedlingens.[55] Enligt SCB förväntas tillgången på utbildade arbetsterapeuter öka med cirka 10 procent under prognosperioden, medan efterfrågan väntas öka med 25 procent. Ökningen i efterfrågan beror på den väntade befolkningsökningen och att antalet äldre ökar kraftigt. För att uppfylla framtidens behov krävs att det årliga antalet utexaminerade ökar till 435 personer 2022–2035.

5.3.6 Fysioterapeuter

Sedan den 1 januari 2014 är fysioterapeut ny skyddad yrkestitel för sjukgymnaster och den benämning som ska användas på yrkeskåren i första hand. Fysioterapeuter finns i hela hälso- och sjukvården.

Sjukgymnastisk behandling inriktas mot funktionsnedsättningar i andnings- och cirkulationssystemet och i neuromuskuloskelettala system samt mot psykiska och psykosomatiska problem. De största målgrupperna som fysioterapeuter (tidigare sjukgymnast) behandlar inom hälso- och sjukvården är personer med hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar, neurologiska, psykiska och reumatologiska sjukdomar samt tumörsjukdomar. Det hälsofrämjande arbetet innefattar folkhälsoarbete i vid mening, både inom och utom hälso- och sjukvården, som t.ex. undervisning rörande hälso- och levnadsvanor i skola, arbete och fritid, undervisning i kropps- och rörelsemedvetande samt om fysisk aktivitet och motion.[56]

Arbetsförmedlingens bristindex pekar på en viss brist på fysioterapeuter de kommande åren, vilket är i linje med SCB:s långsiktiga prognos. Ökningen i efterfrågan kan förklaras av den väntade befolkningsökningen och även att antalet äldre ökar kraftigt. Det bidrar i sin tur till en ökning av efterfrågan för fysioterapeuter inom hälso- och sjukvård.[57] Enligt SCB:s prognos förväntas efterfrågan öka betydligt mer än tillgången under prognosperioden, vilket resulterar i att skillnaden mellan efterfrågan och tillgången på nyutexaminerade fysioterapeuter stiger till 3 000 personer 2035. För att uppfylla behovet krävs att 707 personer examineras årligen 2022–2035.

[55] UKÄ (2019). *Framtidens behov av högskoleutbildade. Genomgång av 15 bristyrken inom offentlig sektor fram till 2035*, s. 13.
[56] Prop. 2012/13:175 s. 69.
[57] UKÄ (2019), s. 16.

5.4 Den demografiska utmaningen

Antalet äldre ökar och därmed rekryteringsbehoven

Både antalet barn och äldre kommer att öka de kommande tio åren, i särklass mest antalet äldre över 80 år. Åldersgruppen över 85 år ökar mest åren efter år 2026. Antalet personer mellan 18 och 65 år ökar betydligt mindre och minskar i vissa delar av landet. Denna åldersgrupp ökar med sex procent (i snitt 34 000 personer per år) under tioårsperioden, betydligt mindre än ökningen av antalet barn och äldre.[58] Det innebär både ett finansieringsproblem, då färre ska försörja allt fler, och ett kompetensförsörjningsproblem då konkurrensen om arbetskraften väntas öka på hela arbetsmarknaden.

I dag arbetar cirka 1,2 miljoner människor i välfärden, vilket motsvarar cirka en fjärdedel av arbetskraften. Om inget förändras kommer mer än hälften av ökningen av arbetskraften att behöva börja arbeta inom välfärden. Störst är behoven inom äldreomsorg och gymnasieskola. Behovsökningen tillsammans med pensionsavgångar fram till 2026 summeras till 508 000 personer. Arbetslösa kommer att vara en viktig rekryteringskälla. Många arbetssökande saknar dock relevant utbildning.[59] Att tydliggöra och effektivisera vägen till välfärdsyrken, t.ex. genom snabbspår, är viktigt för att ta tillvara kompetens i gruppen nyanlända. Samtidigt är det som redan nämnts ett stort problem med bristande språkkunskaper hos undersköterskor och vårdbiträden.

Historiskt sett har välfärdstjänsterna växt med en halv till en procent mer än vad befolkningsförändringarna krävt, detta på grund av ökad ambitionsnivå. En fortsatt sådan utveckling innebär att antalet medarbetare i välfärden behöver öka med ytterligare 70 000. En effektivisering om 0,5 procent per år skulle i stället minska behovet av anställda med ungefär lika mycket, enligt SKR. Välfärden sysselsätter i dag ungefär en fjärdedel av arbetskraften men skulle behöva lite mer än hälften av ökningen av gruppen 18–65 år. Om välfärdstjänsterna effektiviseras med 0,5 procent per år minskar andelen till drygt en

[58] Den demografiska utvecklingen varierar i olika delar av landet under de kommande tio åren. I Stockholms län är den förväntade ökningen av antalet personer 18–65 år betydligt större än sex procent, medan antalet i andra län till och med minskar. Ökningen av antalet personer över 80 år varierar mellan 28 och 54 procent per län. Dessutom finns redan nu stora skillnader i befolkningssammansättningen. Se SKL (2018a) *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018*, s. 20.
[59] SKL (2018a), s. 17.

tredjedel. Om välfärdstjänsterna som hittills ökar mer än demografin, växer andelen till drygt två tredjedelar.[60]

Antalet anställda inom äldreomsorgen och stöd till människor med funktionsnedsättningar är vad som behöver öka mest, med 67 100 personer (24 procent).[61] Behovsökningen är störst bland undersköterskor och vårdbiträden. Ökade behov och pensionsavgångar medför sammantaget att det behöver rekryteras så mycket som 136 000 undersköterskor och vårdbiträden fram till 2026.[62]

Tabell 5.1 Rekryteringsprognos för omsorgen i kommunerna 2016–2026

Kommunala/ Privata utförare	Antal anställda 2016	Antal anställda 2026	Ökning p.g.a. demografi	Ökning p.g.a. pension	Demografi + pensioneringar
Omsorg till äldre m.fl.	284 000	351 000	67 100	78 900	146 000

Källa: SKL (2018a) s. 24.

Arbetsmiljön inom äldreomsorgen

Personal- och kompetensförsörjningsarbetet hos arbetsgivare i kommunerna kan inte uteslutande ta sikte på att attrahera och rekrytera nya medarbetare. Det måste även handla om att få full potential av de redan anställda och se till att de är i arbete snarare än sjukfrånvarande, oavsett om det gäller hel- eller deltidssjukfrånvaro. För att citera SKR förutsätts helt enkelt att inte årsarbetare motsvarande invånarantalet i en medelstor svensk kommun, cirka 37 000 totalt i sektorerna 2016, är långtidssjukfrånvarande från arbetet.[63]

Både den korta och långa sjukfrånvaron har stor inverkan på kompetensförsörjningen i kommuner och regioner. Sjukfrånvaro längre än 30 dagar, oavsett hel- eller deltid, genererade 2016 ett bortfall av personal i kommunerna motsvarande drygt 28 000 årsarbetare. I yrken med hög sjukfrånvaro är förstås bortfallet särskilt påtagligt. Sjukfrånvaron bland undersköterskor motsvarade över 6 000 årsarbetare (5,9 procent)[64] och bland vårdbiträden 3 500 (5,4 procent)[65]. Som en jämförelse kan nämnas att motsvarande sjukfrånvaro för kommunalt anställda ingenjörer är 1,6 procent. För kommunalt an-

[60] SKL (2018a), s. 26.
[61] SKL (2018a), s. 29.
[62] SKL (2018a), s. 30.
[63] SKL (2017b) *Sjukfrånvaro i kommuner och landsting. Vad är problemet?* s. 51.
[64] Det totala antalet är 105 100. SKL (2018a), s. 30.
[65] Det totala antalet är 65 100. SKL (2018a), s. 30.

ställda socialsekreterare m.fl. uppgår den till fyra procent. Hos barnskötare är den 4,9 procent. Sjukfrånvaron är alltså påfallande hög hos just undersköterskor och vårdbiträden i kommunerna. Kommuner och regioner är de sektorer och arbetsgivare som har högst sjukfrånvaro i Sverige. De är också stora arbetsgivare. Ungefär 40 procent av kvinnorna på arbetsmarknaden arbetar i en kommun eller region. Hela 80 procent av de anställda i sektorerna är kvinnor. Samtidigt har kvinnor en betydligt högre sjukfrånvaro än män.[66]

Kvinnor i kommunal sektor befinner sig ofta i s.k. kontaktyrken, där sjukfrånvaron generellt är hög. Dessa yrken kännetecknas av att de ofta är psykiskt påfrestande och riskerar att få anställda att känna sig otillräckliga och stressade. Det kan också vara svårt att koppla bort tankar på jobbet under fritiden. När personal inom kontaktyrken inte kan ge det bemötande de upplever att enskilda behöver kan känslan av att inte räcka till vara påfrestande. Det har kallats för samvetsstress och visat sig vara en betydelsefull stressfaktor som kan vara en av de bakomliggande orsakerna till psykisk ohälsa. Det gäller att försöka minimera och hantera riskerna i kontaktyrken utan att samtidigt ta bort det som känns givande för många medarbetare. Att hitta balansen är oerhört viktigt i arbetsmiljöarbetet, enligt SKR.[67]

Regeringen gav 2016 Arbetsmiljöverket i uppdrag att genomföra en nationell tillsyn av äldreomsorgen. I myndighetens rapport *Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen*[68] konstateras att det finns stort behov av att förbättra det förebyggande arbetsmiljöarbetet inom äldreomsorgen. Enligt rapporten finns inom såväl hemtjänst som särskilda boendeformer en hög sjukfrånvaro till följd av olyckor och arbetsrelaterade sjukdomar. Det beror bl.a. på stor arbetsmängd och arbetsbelastning, intressekonflikter, fallolyckor samt hot och våld. Arbetsmiljöverkets redovisning stämmer med tidigare iakttagelser av andra myndigheter och organisationer om sämre arbetsmiljö i kvinnodominerade branscher.[69] Åren 2013–2017 hade, enligt Arbetsmiljöverket, 60 procent av de anmälda arbetsskadorna inom äldreomsorgen organisatoriska och sociala orsaker.

[66] Enligt SKR följer sjukfrånvaron i kommunerna och regionerna samma cykler som på arbetsmarknaden i stort, vilket innebär att mönstren är desamma på hela arbetsmarknaden. SKL (2017b), s. 11.
[67] SKL (2017b). 47.
[68] Arbetsmiljöverket (2016). *Rapport regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen*.
[69] Dir. 2019:77 s. 4.

I arbetsmiljölagen[70] (1977:1160) framgår att arbetsgivaren har ansvar för att säkerställa att all personal har den utrustning som behövs för att utföra arbetsuppgifter på ett säkert sätt. Socialstyrelsens termbank definierar arbetstekniska hjälpmedel som den utrustning som anställda behöver för att förebygga arbetsskador i arbetet eller för att förkorta en sjukskrivning. Trots ett omfattande arbete på arbetsmiljöområdet är det fortfarande vanligt att undersköterskor utsätts för obekväma arbetsställningar och tunga lyft i arbetet.[71]

I en rapport, *Personal som stannar – en rapport om arbetsmiljön i äldreomsorgen*, framgår att i Kommunals medlemsundersökning våren 2017 var det cirka 27 procent som sade att de vill lämna yrket inom tre år. I genomsnitt 35 procent bland de som 35 år eller yngre vill lämna yrket om tre år. Det var 57 procent av dem som vill lämna yrket som svarade att de har små eller mycket små möjligheter att påverka arbetsbelastningen. Cirka 25 procent bland dem som vill stanna i yrket upplever att de har små eller mycket små möjligheter att utvecklas i sin yrkesroll, medan mer än dubbelt så hög andel (54 procent) bland dem som vill lämna yrket gav samma svar. Andelen som anser att lönen motsvarar prestationen i liten eller mycket liten utsträckning är 54 procent bland dem som vill stanna i yrket och 73 procent bland de som vill lämna yrket om tre år.

Kommunals förslag för att få människor att vilja stanna i yrket är bl.a. att anpassa bemanningsnivån och yrkeskvalifikationen efter äldreomsorgstagarnas behov, att skapa möjligheter till yrkesutveckling och karriärvägar, specialisering på eftergymnasial nivå, främst inom yrkeshögskolan samt undersköterskelegitimation, som bl.a. kan bättre tydliggöra kraven och leda till utveckling av yrket. Det skulle i sin tur höja statusen i yrket. En annan rekommendation handlar om att öka äldreomsorgsarbetarnas handlingsutrymme genom ökad tillit till det kunnande och den erfarenhet de har.

Enligt Kommunal är det långt ifrån alla medlemmar som får vara med och påverka valet av lösning. Digitala lösningar ska underlätta arbetet genom att göra det enklare att dokumentera, att skriva direkt i journalen och att läsa rapporter. De ska även förbättra organisering och schemaläggning av arbetet. Ett positivt resultat bygger på att den digitala lösningen utgår från verksamhetens behov. En förutsättning är att det finns en risk- och konsekvensanalys inklusive handlings-

[70] SFS 1977:1160.
[71] Kommunal (2019), s. 32.

plan med informations- och utbildningsinsatser, avstämningar och rapporter. Arbetshjälpmedlen bör vara inriktade på att förebygga skador, stärka medarbetarnas muskulära förmågor samt ersätta fysiskt och psykiskt tunga arbetsmoment. För att den nya tekniken ska underlätta arbetet och bidra till ökat välbefinnande, bättre kontroll, psykisk hälsa och bra arbetsprestationer krävs att alla medarbetare får möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling.[72]

SKR:s strategier för att möta rekryteringsbehovet

Enligt SKR finns det mycket som kommuner kan göra för att minska rekryteringsbehovet och öka möjligheten att rekrytera. SKR har presenterat nio strategier för att möta ”kompetensutmaningen”:

1. Fler jobbar mer
2. Förläng arbetslivet
3. Utnyttja tekniken
4. Använd kompetens rätt
5. Skapa engagemang
6. Visa karriärmöjligheter
7. Underlätta lönekarriär
8. Marknadsför jobben
9. Bredda rekryteringen.

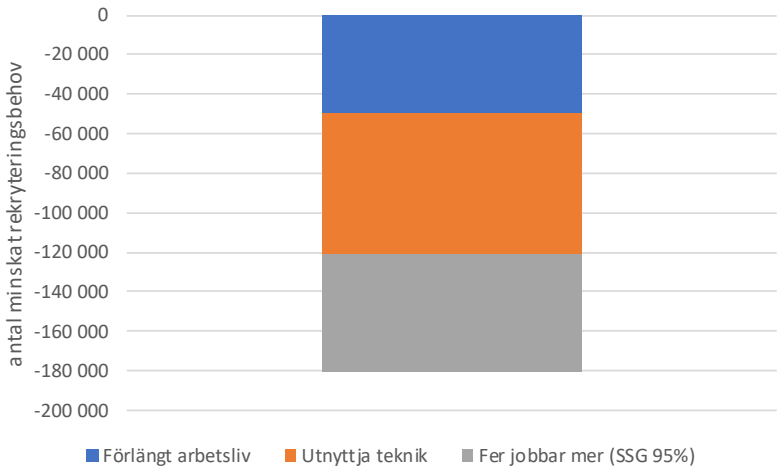
Rekryteringsbehovet beräknas kunna minska med 180 000 personer genom strategierna *Fler arbetar mer*, *Förläng arbetslivet* och *Utnyttja tekniken*. Det motsvarar cirka en tredjedel av rekryteringsbehovet.[73] Det finns en stark deltidstradition i många av verksamheterna. Den måste utmanas och deltidsarbete ersättas med arbete på heltid, menar SKR. Om fler går upp i arbetstid från i snitt 91 till 95 procent av heltid kan behovet minska med 59 000. Den genomsnittliga pensionsåldern var 64 år i kommuner och regioner 2016. Gradvis framflyttad pensionsålder med två år skulle minska rekryteringsbehovet med 50 000 personer. Respektive strategi och scenario får olika effekt i olika verk-

[72] Kommunal (2019), s. 8 f.
[73] SKL (2018a), s. 34.

samheter. Att fler arbetar mer ger störst effekt inom äldre- och funktionshinder där deltidsarbetet är utbrett.

Effektivisering om 0,5 procent årligen med hjälp av ny teknik, som digitalisering, beräknar SKR kan minska behovet med ytterligare 70 000 personer, från 194 000 till 126 000 personer.[74]

Figur 5.1 Beräknade effekter av strategierna Fler arbetar mer, Förläng arbetslivet och Utnyttja tekniken fram till 2026



Källa: SKL (2018a). Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018.

5.5 Välfärdsteknik och bemanningen inom äldreomsorgen

5.5.1 God kvalitet i äldreomsorgen

Genom att socialtjänstlagen är utformad som en ramlag har kommunerna stor frihet att besluta om i vilka former och till vilken kostnad insatser till invånarna ska ges. Detta utrymme för lokala prioriteringar inom ramen för lagstiftningen innebär att det finns lokala skillnader när det gäller utbud och organisation, vilket också följer av skilda geografiska och demografiska förutsättningar.

På ett övergripande plan har äldrepolitiken länge haft som mål att äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och

[74] SKL (2018a), s. 34.

över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.[75]

Målet om tillgång till god vård och omsorg innebär att den äldre personen ska kunna bo kvar i sin bostad så långt som möjligt samt att den äldre personen ska kunna flytta till en särskild boendeform om behoven är stora eller om hon eller han inte känner sig trygg. Ett större utbud och tillgång till exempelvis trygghetsbostäder, kan innebära att äldre kvinnor och män upplever en större trygghet och därmed kan skjuta upp behovet av särskilt boende. Målet innebär även att det ska finnas tillgång till vård och omsorg som är individanpassad. Äldre kvinnor och män ska vidare kunna lita på att vården och omsorgen är av god kvalitet samt att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Slutligen innefattar god vård och omsorg även att få avsluta livet med värdighet och i frid. Detta innebär bl.a. att den enskilde bör ges smärtlindring, kärleksfull omvårdnad och en fridfull miljö samt att ingen ska behöva dö ensam.[76]

Insatser inom socialtjänsten ska vara av *god kvalitet*. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Detta framgår av 3 kap. 3 § socialtjänstlagen. Tidigare gällde en motsvarande bestämmelse i äldre socialtjänstlagen.[77] I förarbetena till den bestämmelsen angavs bl.a. att socialtjänstens insatser ska ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagen anger samt på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses och syftet med insatsen eller verksamheten uppnås. Enligt regeringen förutsatte detta personal med lämplig utbildning och erfarenhet och med ett sådant förhållningssätt till de hjälpbehövande att de upplever trygghet i mötet med socialtjänsten och i den vård som ges. Vidare förutsätter god kvalitet i omsorg och vård av äldre att den enskilde ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning. Ett reellt inflytande handlar bl.a. om bemötande och om respekt för var och ens särart, vilja och önskemål. Ett gott bemötande kräver kunnighet, lyhördhet, inlevelseförmåga och empati – dvs. ett medvetet förhållningssätt.[78]

[75] Prop. 2019/20:1 utg.omr. 9 s. 17. (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127) och *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* (prop. 1997/98: 113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307).
[76] Prop. 2009/10:116 s. 11.
[77] SFS 1980:620.
[78] Prop. 1996/97:124 s. 51 f.

I 5 kap. 4 § socialtjänstlagen föreskrivs att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska verka för att äldre får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Begreppet värdigt liv kan innebära sådant som privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet, individanpassning, insatser av god kvalitet och gott bemötande.[79]

Enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen ska socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ska därutöver ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd. Kommunen får även inrätta särskilda boendeformer för äldre som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

I förarbetena anges vad som kännetecknar ett särskilt boende.[80] Ett särskilt boende kännetecknas främst av krav på att bostaden ska vara utformad och utrustad så att den boende kan fortsätta leva ett så självständigt liv som möjligt, krav på att de tjänster som den enskilde behöver ska kunna ges under alla tider på dygnet samt krav på att det ska finnas tillgång till personal som dels kan bedöma när social eller medicinsk vård krävs, dels också svara för att sådan ges.

Varken av socialtjänstlagen eller dess förarbeten framgår något krav på lägsta bemanning inom äldreomsorgen. I förarbetena uttalas att det inte är lämpligt att fastställa en miniminivå:[81]

> En sådan bestämd nivå skulle kunna öka risken för att den största uppmärksamheten ägnas åt bemanning och mindre åt andra viktiga kvalitetsfaktorer såsom kompetens, ledarskap, fortbildning och handledning. Frågan om bemanning måste påverkas av de förändringar som rör de äldre personernas individuella behov. Naturligtvis finns en nedre gräns för bemanning under vilken kvaliteten i verksamheten inte kan upprätthållas. Enligt socialtjänstlagen ska socialtjänstens insatser vara av god kvalitet (3 kap. 3 §). Gränsen för vad som är god kvalitet får inte underskridas. Det är dock varje kommuns ansvar att ta ställning till bemanningsnivån inom olika verksamheter i relation till vad som kan anses vara en god

[79] Prop. 2009/10:116 s. 25 f.
[80] Prop. 2005/06:115 s. 75.
[81] Prop. 2009/10:116 s. 54.

kvalitet i verksamheten. Genom tillsynen kan bemanningen granskas vid såväl särskilt boende som ordinärt boende. Det är förhållandet i det enskilda fallet som avgör.

I 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937), förkortat SoF, anges att i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.

I motiven till 2 kap. 3 § SoF anges att bestämmelsen innebär att kravet på tillgång till personal villkoras utifrån den enskildes förutsättningar och behov av hjälp samt att de äldre som placeras i exempelvis s.k. demensboenden och behöver dygnet runt-vård ska tillförsäkras detta. Socialnämnden kan fortsatt anpassa tillgången till personal i förhållande till de äldres olika behov i ett boende, där en enskild person kan vara i behov av mer stöd och hjälp än en annan. Genom att utgå från den enskildes behov, undviks en reglering som innebär att alla särskilda boenden på ett generellt och preciserat vis ska ha tillgång till personal dygnet runt med en viss personalstyrka. Tillägget av begreppet ”aktuella” ger socialnämnden ett incitament att göra en kontinuerlig anpassning av stöd och hjälp utifrån den enskildes behov. Av detta följer att personalen ska uppmärksamma den äldres behov samt vid behov förändra tillgången till personal.

Vidare anges att förordningen inte reglerar *på vilket sätt* personal kan uppmärksamma att en boende har behov av hjälp, att den som bedriver ett särskilt boende själv kan bedöma på vilket sätt tekniskt stöd kan vara lämpligt samt att det är viktigt att tekniskt stöd används på ett sätt som inte är till nackdel för den enskilde.[82]

För samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst gäller Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.[83] Med kvalitet avses enligt 2 kap. 1 § att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, andra föreskrifter och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

I den handbok som Socialstyrelsen publicerat som stöd för tillämpning av föreskrifterna beskrivs kvalitetsdefinitionen som en ram som

[82] Fm 2016:1.
[83] SOSFS 2011:9.

ska fyllas med det innehåll som finns i föreskrifter och beslut. Vad som ska uppnås med hjälp av ledningssystemet och vilka krav och mål som ska uppfyllas är därmed specifikt för den aktuella verksamheten. Betydelsen av att verksamheternas personal arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet uppmärksammas i föreskrifterna liksom de processer där samverkan behövs för att säkerställa kvaliteten på insatser som ges samt förebygga vårdskador och missförhållanden. Av handboken framgår vidare att en förutsättning för att personalen ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg är att de har rätt kompetens. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet, exempelvis genom att lämna in klagomål och synpunkter. För att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver denne därför planera för personalförsörjning och kompetensutveckling.[84] Som stöd för tillämpningen av bestämmelsen om lämplig utbildning och kunskap i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen har Socialstyrelsen som redan nämnts gett ut rekommendationer om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.[85]

Socialstyrelsen ger i sina nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom uttryck för uppfattningen att ett boende för personer med demenssjukdom ska vara småskaligt, miljön ska vara personligt utformad, hemlik och berikad och att de personer som har behov av utevistelse ges möjlighet till detta. Den psykosociala boendemiljön bör kännetecknas av trygghet och tillgänglighet.

5.5.2 Sätt ljus på natten

År 2010 uppmärksammade Socialstyrelsen brister i samband med tillsyn av flera särskilda boenden nattetid. Kvalitetsbristerna ledde till att Socialstyrelsen tog fram ett förslag till bemanningsföreskrift. SKR och ett stort antal kommuner var starkt kritiska till förslaget. Förslaget antogs kunna ge upphov till väsentligt ökade kostnader och ansågs därtill för detaljstyrande. I stället beslutade regeringen om förtydligandet i 2 kap. 3 § SoF att det utifrån den enskildes aktuella be-

[84] Socialstyrelsen (2011). *Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, s. 33.
[85] Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12 [S]) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

hov ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp.

SKR åtog sig att ta fram en rekommendation för kvalitetsutveckling på detta område. Projektet ”Sätt ljus på natten” slutredovisades i mars 2018.[86] [87] Under projektets första år togs en rekommendation fram som beslutades av SKR i januari 2017. Därefter arbetade man i projektet med att förankra rekommendationen i kommuner och inspirera till att komma igång med kvalitetsarbetet. Detta skedde bl.a. genom att identifiera och sprida goda exempel.

De områden som rekommendationen fokuserar på är individers behov av hjälp och stöd, personalens arbetssätt, organisation, ledarskap samt lokalernas utformning och användning av tekniska lösningar. SKR har lyft fram att tekniken kan bidra till att skapa trygghet och självständighet för individen, höja kvaliteten i vård och omsorg samt effektivisera arbetet för personalen. Kommunerna rekommenderades att stärka och utveckla kvaliteten enligt följande:

- Koll på läget – inventering av lokaler, teknik och arbetssätt
- Individens behov
- Strategi för välfärdsteknik
- Organisation och ledarskap

Per den 23 mars 2018 hade 211 kommuner antagit rekommendationen och ytterligare ett antal hade startat en politisk process för att anta den. I många kommuner har dessutom en handlingsplan för kvalitetsutveckling tagits fram utifrån rekommendationen.

5.5.3 Tillsynen av särskilda boenden

Tillsyn utgör en kontroll i efterhand av hur en verksamhet fungerar, men kan också sägas ha en framåtblickande funktion eftersom de iakttagelser och erfarenheter som tillsynen ger upphov till kan användas som grund för planering, förbättring och effektivisering både av den granskade verksamheten och av andra verksamheter där lik-

[86] Arbetet skedde i samarbete med 60 kommuner, brukarorganisationer, fackliga representanter, Vårdföretagarna, FAMNA, Socialstyrelsen och Föreningen för Sveriges socialchefer.
[87] SKL (2018c). *Sätt ljus på natten. Rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre.*

nande frågeställningar är aktuella. Tillsyn skiljer sig från uppföljning och utvärdering genom att vid tillsyn är bedömningskriterierna alltid relaterade till relevanta lagar och andra föreskrifter. Tillsyn behöver inte avse handläggningen av enskilda ärenden t.ex. efter klagomål, utan kan också bestå i s.k. systemtillsyn, som granskar en myndighets organisation och processer att hantera vissa uppgifter.[88]

Regeringen har slagit fast en definition av tillsyn. Begreppet tillsyn bör enligt denna användas för ”verksamhet som avser självständig granskning för att kontrollera om tillsynsobjekt uppfyller krav som följer av lagar och andra bindande föreskrifter och vid behov kan leda till beslut om åtgärder som syftar till att åstadkomma rättelse av den objektansvarige”.[89]

Tillsyn är en av statens grundfunktioner och ett viktigt instrument för att garantera rättssäkerheten inom äldreomsorgen. Tillsynen över socialtjänsten berör i hög utsträckning människor som av olika skäl är särskilt utsatta men också deras anhöriga. Människor som erhåller vård, omsorg samt andra stödinsatser är ofta i ett starkt beroendeförhållande till dem som arbetar i verksamheterna. Insynen i verksamheterna och vad som händer i dessa under olika delar av dygnet är starkt begränsad. Många förmår inte att hävda sina egna intressen eller föra sin egen talan. Det kan vara äldre med demenssjukdomar eller äldre som behöver vård i livets slutskede. Ansvariga för verksamheter och lagstiftning har ett särskilt ansvar att se till att de enskilda inte blir utsatta för skador och kränkningar och att det stöd, den vård, den behandling och den omsorg som ges är säker och av god kvalitet samt att personal har den erfarenhet och kompetens som behövs och inte är olämplig för uppgiften.[90]

Av 13 kap. 2 § socialtjänstlagen framgår att IVO:s tillsyn innebär granskning av att verksamheter uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Förelägganden, återkallelse av tillstånd och förbud får enligt bestämmelsens andra stycke användas endast när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra före-

[88] SOU 2016:65 s. 51 f.
[89] Skr. 2009/10:79 *En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn.* Riksdagen har ställt sig bakom skrivelsen (bet. 2009/10:FiU12, rskr. 2009/10:210). Även enligt 2010 års förvaltningspolitiska proposition ska skrivelsen vara vägledande för det fortsatta arbetet på tillsynsområdet (prop. 2009/10:175 s. 96).
[90] Prop. 2009/10:116 s. 16.

skrifter. Sådana åtgärder kan således inte användas endast därför att verksamheten inte lever upp till angivna mål.[91]

I författningskommentaren anges bl.a. följande. Socialtjänstlagen innehåller flera målbestämmelser som inte alltid är möjliga att konkretisera genom föreskrifter. Tillsynen omfattar också sådana bestämmelser. För sådan tillsyn bör tydliga bedömningskriterier, allmänna råd, riktlinjer och vägledningar tjäna som verktyg. Nationella riktlinjer, nationella kvalitetsindikatorer, register och statistik samt öppna jämförelser från Socialstyrelsen kan ligga till grund för tillsynen.[92]

Om IVO finner att det i verksamhet som står under dess tillsyn förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få de insatser de har rätt till, får IVO förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet (13 kap. 8 §). Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som inspektionen anser nödvändiga för att missförhållandet eller bristen ska kunna avhjälpas. Ett föreläggande får förenas med vite.

I fråga om vitesföreläggande anges som ett exempel på när föreläggande ska kunna utfärdas när ett demensboende inte på ett tillfredsställande sätt kan erbjuda ett tryggt boende för målgruppen. Ett sådant boende kan då ytterst inte anses uppfylla det krav på god kvalitet som föreskrivs i socialtjänstlagen. Ett annat exempel är om tillsynsmyndigheten vid sin granskning upptäcker att det brister i kompetens hos personalen inom ett visst område som har betydelse för enskildas möjligheter att få de insatser de har rätt till.[93]

Regeringen anförde att förelägganden inte ska kunna utfärdas för alla tänkbara missförhållanden utan endast för sådant som når upp till en viss nivå. Regeringen föreslog därför att en förutsättning för att ett föreläggande ska kunna utfärdas ska vara att de missförhållanden som tillsynsmyndigheten uppmärksammat har betydelse för enskildas möjligheter att få de insatser de har rätt till. Regeringen betonade särskilt att tillsynsmyndigheten i första hand ska pröva andra

[91] Prop. 2008/09:160 s. 112.
[92] Prop. 2008/09:160 s. 111 f.
[93] Prop. 2008/09:160 s. 82. I förarbetena drogs paralleller till hälso- och sjukvården, där tillsynsmyndigheten har möjlighet att förelägga vårdgivare som inte uppfyller kraven på god vård eller god säkerhet i verksamheten och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten eller säkerheten för andra att avhjälpa missförhållandena. Att ha olika regler för det arbete som tillsynsmyndigheten ska genomföra ansåg Tillsynsutredningen vara olyckligt då det kunde komma att hindra den samordning av tillsynen över hälso- och sjukvården och tillsynen över socialtjänsten som ansågs vara av stor vikt. Jfr SOU 2004:100.

vägar att få verksamhetsansvariga att genomföra nödvändiga förändringar.

Ett föreläggande måste med hänsyn till regleringen i viteslagen (1985:206) vara så preciserat att det står helt klart för mottagaren vilka åtgärder som denne ska vidta för att vidta rättelse. Det finns många exempel på förelägganden som inte hållit för en domstolsprövning eftersom de ansetts för opreciserade, antingen i samband med överklagande av själva föreläggandet eller i ett senare mål om utdömande av vitet.[94] Även IVO har fått förelägganden i nu aktuell typ av ärenden underkända då föreläggandet inte har varit preciserat.[95] Enligt uppgift från IVO har detta lett till att IVO numera preciserar bemanningen i sina förelägganden. Andra möjliga åtgärder enligt ett föreläggande, som t.ex. att flytta på vissa boende, bygga om lokaler eller att införa viss teknik, har inte ansetts görligt.

För ett tillsynsobjekt är det inte alltid lätt att veta efter vilka kriterier tillsynsmyndigheterna granskar verksamheten och vad den kan tänkas anmärka på.[96] Tillsynen grundas till en betydande del på en framväxande praxis som inte alltid är känd för de verksamhetsansvariga. Att på ett bra sätt ge information om ”tillsynspraxis” är en viktig uppgift för tillsynsmyndigheten. Det måste råda transparens i tillsynen, dvs. det måste vara mycket tydligt vilka krav som ställs och kan ställas på tillsynsobjekten i olika avseenden t.ex. när det gäller god kvalitet och dessa krav bör vara dokumenterade och kända i förväg.[97] IVO ska inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, men också informera och ge råd till allmänheten (13 kap. 3 § socialtjänstlagen).

I en rapport av IVO från 2015 om en tillsynsinsats vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas, *Skapa trygghet utan tvång*,[98] framgår att de flesta verksamheter[99] hade ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och riktlinjer för hur personalen ska använda skydds- och begränsningsåtgärder utan

[94] Se t.ex. Kammarrättens i Stockholm dom den 4 november 2019 i mål nr 2798-19.
[95] Se Kammarrättens i Sundsvall dom den 21 februari 2017 i mål nr 1700-16.
[96] Detta var ett stort problem tidigare, när tillsynen låg på de 21 länsstyrelserna, se prop. 2008/09:160 s. 34 f.
[97] Prop. 2008/09:160 s. 36.
[98] Inspektionen för vård och omsorg (IVO). (2015) *Skapa trygghet utan tvång Rapport om tillsynsinsats vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas (Regeringsuppdrag S2013/4269/SAM, S2013/9047/SAM, delvis)*.
[99] Det var 41 verksamheter som hade blivit föremål för tillsyn på äldreområdet.

att bryta mot lagen. IVO konstaterade dock allvarliga brister i bemanningen. Verksamheterna planerade för att personal skulle utföra arbetsuppgifter på andra enheter, kortare eller längre stunder, upp till flera timmar i vissa fall. Detta ansågs medföra brister i kvalitet och bedömdes kunna medföra att de boende blir inlåsta, dvs. en tvångs- och begränsningsåtgärd. IVO kunde inte se att användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder skilde sig åt mellan kommunala respektive enskilda verksamheter. Däremot fanns en skillnad när det gällde kvalitetsarbetet och i det avseendet hade enskilda verksamheter ofta kommit något längre.[100]

IVO uttalade bl.a. följande.[101] Tillräcklig bemanning måste innebära en bemanning som gör det möjligt för personalen att hålla uppsikt och finnas tillgänglig för de boende och tillgodose deras behov av stöd och hjälp. Personal ska utan dröjsmål i varje situation kunna hjälpa de boende. Det kan naturligtvis inträffa oplanerade händelser som kan vara svåra att förutse och som gör att boendet kan bli obemannat en kortare stund. IVO anser dock att verksamheten inte får planera bemanningen på ett sådant sätt att boende som inte är orienterade i tid och rum och som är i stort behov av stöd och hjälp systematiskt lämnas utan personal. Om oplanerade händelser ofta inträffar i boendet och medför återkommande och/eller längre frånvaro av personal kan det vara en indikation på en för låg grundbemanning i verksamheten som helhet. Vilken bemanning som krävs beror på många faktorer, såsom omvårdnadsbehov hos de boende, lokalernas utformning och möjlighet för personalen att ha uppsikt.

Nästan var femte inspektion inom ramen för tillsynsinsatsen ska ha lett till att IVO ställde åtgärdskrav på verksamheten gällande bemanning. Dessa krav riktades i första hand mot särskilda boenden och demensboenden. Bristerna gällde främst att de boende lämnades ensamma nattetid. Orsaker till att enheterna lämnades obemannade var att personalen samtidigt har arbete att utföra på andra enheter. En anställd kunde t.ex. ha ansvaret för flera enheter och gå ronder. I andra fall behövde de stötta kollegor vid behov av dubbelbemanning. På flertalet av de verksamheter som bedömts otillräckligt bemannade ansåg verksamhetens chef att boendet hade tillräcklig bemanning, enligt IVO ofta i motsats till nattpersonalens uppfattning.[102]

[100] IVO (2015), s. 5.
[101] IVO (2015), s. 21.
[102] Nattpersonalens uppfattning inhämtades i samband med IVO:s inspektioner nattetid.

IVO påbörjade 2018 en tvåårig särskild tillsyn av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Efter en förstudie startade en granskning av om enskilda får ”en god och säker omsorg som ges utifrån individens behov och förutsättningar, också när insatser sker med hjälp av välfärdsteknik”. Tillsynen ska bidra till att fokus hamnar på de äldres behov och inte enbart på tekniken och att kommunerna därmed stärker sin kompetens i att se till enskildas behov vid implementeringen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Under 2019 genomfördes tillsyn av kommuner som använder välfärdsteknik i större utsträckning. Exempel på vad IVO avsåg att granska är

- kommunens strategi för införande och hantering av välfärdsteknik och hur personalens digitala kompetens ska utvecklas,
- implementering av välfärdsteknik i organisationen och integrering med verksamhetens interna processer för systematiskt kvalitetsarbete,
- personalens kunskap om enskildas behov och den välfärdsteknik som används,
- individuella bedömningar av insatser som inkluderar välfärdsteknik,
- informations- och samtyckeshantering och uppföljning av insatser som inkluderar välfärdsteknik samt
- beredskap för oförutsedda och planerade avbrott.

Enligt IVO måste välfärdstekniken möta individens behov av personlig omvårdnad och införas med respekt för individens specifika behov och vilja. Individens behov, förståelse och reaktion på välfärdstekniken måste följas upp för att säkerställa att tekniken också fortsättningsvis uppfyller individens behov och vilja. IVO ser en risk i att anhörigas intressen kan bli avgörande på bekostnad av individens integritet och vilja. Om det är möjligt, är det värdefullt att införa välfärdsteknik medan individen fortfarande har kvar kognitiv förmåga att förstå syftet med tekniken. IVO framhåller även att verksamheten behöver säkra upp för en regelbunden tillsyn om den digitala tekniken skulle drabbas av elavbrott, regelbundet underhållsarbete i nätet eller om mobiloperatörsnätet ligger nere.

5.5.4 Domstolsprövningar rörande tillsyn av särskilda boenden

Frågan om hur god kvalitet inom äldreomsorgen förhåller sig till bemanningen har prövats i ett antal fall. Kammarrätten i Stockholm uttalade i en dom från 2006[103] att bedömningen av en verksamhets kvalitet och säkerhet samt vad som utgör missförhållanden är beroende måste bedömas från fall till fall. Det är den enskilde vårdgivarens ansvar att utforma äldreboendet efter de individuella förutsättningar som råder och se till att det finns tillräckligt med kompetent personal. Enligt kammarrätten är det inte möjligt att ge några generella mått på hur många vårdare[104] som behövs dag- eller nattetid för att de ska kunna ha överblick och hålla kontakt med de boende.

I domen godtogs en nattbemanning på två personer i ett boende på fyra våningar då det fanns trygghetslarm och rörelselarm. När larmet utlöstes kunde personalen snabbt komma till avdelningen. I avsaknad av mer konkreta uppgifter till stöd för att det kontinuerligt skulle krävas en anställd person på varje våningsplan nattetid, ansågs inte den dåvarande tillsynsmyndigheten länsstyrelsen ha visat på något missförhållande avseende bemanningen.

I juni 2016 beslutade IVO beträffande två äldreboenden belägna i Karlstad respektive Linköping att förelägga entreprenören att vid vite om 600 000 kronor för vart och ett av boendena senast inom en viss angiven tid säkerställa bl.a. att samtliga avdelningar där personer med demenssjukdom eller demensliknande symptom befinner sig är bemannade under hela dygnet på ett sådant sätt att personalen har uppsikt över och utan dröjsmål kan hjälpa och stödja de boende.[105]

Vitesföreläggandena hade föregåtts av tillsynsbeslut utan vitesföreläggande i oktober 2015 respektive februari 2016. Bolaget hade emellertid inte följt dessa förelägganden genom att öka bemanningen nattetid, vilket föranledde IVO att tillgripa vitessanktionen.

Enligt IVO var förhållandena inte förenliga med bestämmelserna om god kvalitet i insatser och de ansågs inte heller uppfylla syftet med att inrätta bostäder som ska tillgodose enskildas behov av tillsyn och omvårdnad. Vidare hänvisades till 2 kap. 3 § SoF om att det, utifrån den enskildes aktuella behov, ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende

[103] Kammarrättens i Stockholm dom den 13 april 2006 i mål nr 5140-05.
[104] Citat från domen.
[105] IVO:s dnr 8.7.1-21575/2016-1 respektive dnr 8.7.1-21549/2016-1.

behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.

På boendet i Linköping, med tre våningsplan och 29 platser, fanns två personal nattetid. Boendets utformning medförde att det inte går att ha uppsikt över mer än en våning i taget (utan hjälpmedel). På det första våningsplanet fanns en särskild avdelning för personer med demenssjukdom. Flera av de boende kunde inte på egen hand aktivera larm. Vid två av sammanlagt fyra nattronder på avdelning 2 och 3 då planerade insatser som krävde dubbelbemanning[106] genomfördes, lämnades avdelningen för personer med demenssjukdom obemannad. Med hänsyn till vad som framkommit om de enskildas behov av hjälp och stöd, boendets utformning, trygghetsteknik och personalens arbetssätt, ansåg IVO att nattbemanningen måste vara minst tre personer. Larmteknik ansågs inte kunna ersätta personal.

Den privata utföraren överklagade beslutet och hänvisade bl.a. till att man haft samma bemanning i snart 20 år, att det fungerat bra och att bemanningen enligt gällande rutiner kunde utökas vid behov.[107] Rörelselarm hade installerats i såväl gemensamma utrymmen som inne hos de boende för att uppmärksamma personal på de boendes behov. De boende hade dessutom individuellt utprovade trygghetslarm. Enligt bolaget tog en förflyttning inom det särskilda boendet 2–3 minuter för personalen. Om det under en pågående insats med dubbelbemanning larmade på ett annat håll fick personalen prioritera mellan larmen. De flesta av de boende uppgavs dock sova hela natten igenom (4–5 boende kunde vara uppe och röra sig i gemensamma utrymmen). Nattpersonalen hann normalt med löpande städning, vårdtvätt, bakning och liknande, framhöll bolaget.[108] Vidare framhölls att det inte förekommit några klagomål på insatsernas kvalitet eller rapporterade incidenter från boende, anhöriga eller andra. Inte heller hade det framgått vilka konkreta aktuella behov som en utökad grundbemanning skulle tillgodose.[109]

[106] Exempelvis lägesändringar och byte av inkontinenshjälpmedel.
[107] Med en inställelsetid på 20 minuter.
[108] Enligt utförarbolaget har det aldrig inträffat nattetid att någon boende velat gå ut, vilket inte heller IVO hade gjort gällande.
[109] Ett vittne som hade arbetat på det aktuella boendet sedan 1996 berättade att det aldrig hade behövts att man kallar in extra personal. Enligt henne hinner personalen med befintlig grundbemanning svara på alla larm och utöva tät tillsyn över dem som inte själva kan larma. En företrädare från kommunen, som också hördes som vittne, uppgav i rätten att ingen kritik framkommit gällande nattbemanningen på boendet.

Enligt IVO kan tekniska hjälpmedel visserligen vara en hjälp för att uppmärksamma personalen på att enskilda kan ha ett behov av hjälp och stöd. Vilket behov av insatser som de enskilda har kan dock inte endast bestämmas av att en bild förmedlas till personalens telefoner eller genom ett utlöst rörelselarm, enligt IVO. Naturligtvis är det så att vissa insatser på ett särskilt boende måste prioriteras framför andra. IVO menar dock att bemanningen måste vara sådan att personalen i kontakt med de enskilda har möjlighet att avgöra vilket behov de enskilda har så att insatser, som behövs för de enskildas trygghet, säkerhet och hälsa kan vidtas utan dröjsmål.

Tekniken på det aktuella boendet bestod av optiska sensorer i gemensamma utrymmen (dagtid var sensorerna inte aktiva), även kallat videoanalys. De registrerar i ”rutmönster” och indikerar i personalens smart-phones. Personalen kan få upp en live-vy i sin mobil som inte sparas. Live-vyn kan pixlas så att igenkänning inte är möjlig. Med ledning av en rörlig live-vy i realtid, erfarenhet och kännedom om de enskilda boende och deras behov samt information om dagsformen från dagpersonalen eller från egna kontakter med de boende, kan personalen bedöma om det är brådskande att komma fysiskt på plats utifrån vilken boende det är och vad personen verkar göra. Denna typ av teknik fanns inte i de boendes lägenheter, av integritetsskäl. I stället hade de boende olika former av individuellt utprovade trygghetslarm. Den boende kan i regel själv påkalla hjälp och personalen kan tala med den boende via trygghetslarmet. Några av de boende hade i stället trygghetslarm i form av rörelselarm och vissa hade därtill dörrlarm eller sänglarm (passiva larm). Enligt bolaget ordinerades dessa begränsningsåtgärder av sjuksköterska och alltid med samtycke om gick att inhämta (i undantagsfall ansågs det inte möjligt på grund av den boendes tillstånd). Enligt uppgift användes de passiva larmen enbart efter behovsprövning, främst för personer som visar ökad fallrisk eller liknande, och med samtycke av den berörda boende då konstant uppsikt i den boendes egen bostad – även via tekniskt hjälpmedel – är mycket integritetskänsligt. Särskilt när det gäller skeenden inne i de boendes lägenheter ansågs dock larmen utgöra ett bra verktyg för uppsikt och bidra till boendes faktiska och upplevda trygghet. Fysisk närvaro av personal som gav motsvarande inblick i lägenheterna skulle oundvikligen ha blivit störande och mer kränkande för boendes integritet, så i det avseendet är trygghetslarmen överlägsna, framhöll bolaget.

Förvaltningsrätten gick dock på IVO:s linje och avslog bolagets överklagande.[110] Efter att bolaget överklagat till Kammarrätten i Jönköping avslog även kammarrätten bolagets överklagande.[111] Kammarrätten bedömde att det var nödvändigt att personal finns närvarande dygnet runt på avdelningen för ”dementa vårdtagare” för att kunna tillgodose behoven hos personer som varken kan stiga ur sängen eller tillkalla personal annat än genom att ropa. Den nuvarande bemanningen var därmed att anse som ett sådant missförhållande som har betydelse för de enskildas möjligheter att få de insatser som de har rätt till och vitesföreläggandet därmed berättigat.

Utgången blev dock den motsatta i en dom från Kammarrätten i Göteborg, mellan samma parter och under likartade förhållanden.[112] Kammarrätten framhöll att IVO har bevisbördan för att föreläggandet är befogat och att bedömningen ska göras utifrån de förhållanden som gäller specifikt vid det aktuella boendet. Anställda hade uppgivit att grundbemanningen (tillsammans med teknik) gav dem möjlighet att ha god uppsikt över hela boendet och att de gav vård och omsorg av god kvalitet. IVO hade inte åberopat några incidenter av något slag och inte heller klagomål från vare sig kommunen, boende, anhöriga, anställda eller fackliga organisationer. Även i övrigt saknades konkreta uppgifter som gav tillräckligt stöd för att grundbemanningen behöver utökas på det sätt som framgår av IVO:s föreläggande, menade kammarrätten. Vid en samlad bedömning ansågs IVO inte ha visat att kraven enligt 2 kap. 3 § SoF inte var uppfyllda och att nattbemanningen innebar ett missförhållande i lagens mening. Föreläggandet upphävdes därför.

IVO överklagade avgörandet till Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) med åberopade av prejudikatdispens, dvs. att det är av vikt

[110] Förvaltningsrättens i Linköpings dom den 5 maj 2017 i mål nr 7433-16. En nämndeman var skiljaktig och bedömde att utredningen visade att grundbemanningen var tillräcklig m h t trygghetstekniken. Det kanske är värt att notera att förvaltningsrätten hållit syn på stället. Domstolen observerade i domen att flera fall med liknande förutsättningar under de senaste åren varit föremål för prövning i flera domstolar och att Förvaltningsrätten i Karlstad och Förvaltningsrätten i Jönköping godtagit motsvarande förelägganden från IVO. Tre av målen överklagades till kammarrätten, som inte meddelade prövningstillstånd. Kammarrätten i Sundsvall hade däremot, liksom Förvaltningsrätten i Umeå, underkänt ett liknande föreläggande då det inte ansågs tillräckligt klart och preciserat.

[111] Kammarrättens i Jönköping dom den 28 november 2018 i mål nr 3657-17. Enligt uppgift hade Kammarrätten i Jönköping först vägrat prövningstillstånd, men Högsta förvaltningsdomstolen meddelade senare prövningstillstånd åt kammarrätten.

[112] Kammarrättens i Göteborg dom den 16 augusti 2018 i mål nr 3038-17. Det överklagade avgörandet var från Förvaltningsrätten i Karlstad (dom den 10 maj 2017 i mål nr 3348-16).

för ledning av rättstillämpningen att överklagandet prövas. IVO framhöll också att kammarrätternas domar går isär. Bolaget överklagade för sin del domen från Kammarrätten i Jönköping till HFD och åberopade som skäl för prövningstillstånd att vägledande avgöranden saknas och att kammarrätterna dömer olika trots likartade förhållanden.[113] HFD valde emellertid i juli 2019 att inte meddela prövningstillstånd i något av målen.[114] Sådana beslut motiveras inte.

5.5.5 Reflektioner angående IVO:s tillsyn

IVO har i sin tillsyn granskat om verksamheterna ger insatser i enlighet med socialtjänstlagens bestämmelser i 3 kap. 3 § (god kvalitet), 5 kap. 4 § (värdegrunden i äldreomsorgen), 5 kap. 5 § (skyldigheten att inrätta särskilda boenden för äldre), 2 kap. 3 § SoF (tillgång till personal) och förarbetsuttalanden. Grundförutsättningen för att ett missförhållande ska anses föreligga är att krav i lag och förordning inte följs. Av förarbetena framgår att ett föreläggande ska kunna utfärdas när ett demensboende inte på ett tillfredsställande sätt erbjuder ett tryggt boende för målgruppen.[115]

Att ett vitesföreläggande om en viss lägsta bemanning inte är principiellt uteslutet innebär inte att det alltid är en lämplig åtgärd, med tanke på att IVO inte kan stödja sig på någon regel om minimibemanning. Att detta kan leda till processrättsliga svårigheter för IVO på grund av allmänna regler om att vitesförelägganden måste vara preciserade talar snarast för att vitesförelägganden borde användas med större försiktighet, t.ex. i sådana fall där IVO tydligt kan uppfylla sin bevisbörda till följd av konstaterade avvikelser.

IVO har uppgivit till utredningen att myndigheten delar uppfattningen att trygghetsskapande teknik kan effektivisera verksamheten. Välfärdsteknik kan användas för att öka kvaliteten i omsorgen om de äldre (liksom i vården och omsorgen generellt) om tekniken används på rätt sätt, samtidigt som den kan effektivisera arbetet. Det finns inte något motsatsförhållande i detta, menar IVO. Än så länge finns dock ingen teknik för att utföra arbetsuppgifter kopplade till grundläggande behov som att bemöta oro, ångest, förvirring, förhindra kon-

[113] Här kan återigen nämnas att det var HFD som meddelade prövningstillstånd i kammarrätten, vilket tyder på att HFD då såg ett behov av vägledande avgöranden.
[114] HFD:s beslut den 1 juli 2019 i mål nr 6599-18.
[115] Prop. 2008/09: 160 s. 82.

flikter eller våld mellan boende samt utföra mer konkreta insatser som vändningar och byte av inkontinensskydd. IVO gör en sammanvägd bedömning av behoven på boendet med utgångspunkt i antalet boende, antalet personer med demenssjukdom eller psykisk problematik, dubbelbemanningar, korttidsplatser m.m., liksom av utformningen av boendet (t.ex. antalet våningar, antalet avdelningar, förekomsten av trapphus och mellanliggande korridorer), arbetssätt (placering, arbetsuppgifter m.m.) samt vilka tekniska hjälpmedel som används. Hänsyn tas också till förekomsten av avvikelser, t.ex. fallolyckor, att någon fått vänta anmärkningsvärt länge på hjälp, att någon fastnat i grindar och skadat sig, bråk mellan boende m.m.) eller klagomål från personalen i denna typ av ärenden.

Enligt IVO är det vanligt att tillsyn inletts efter att uppgifter lämnats till IVO från personal eller anhöriga om låg bemanning och dålig kvalitet på insatserna nattetid. Inte alla brister kan heller lösas med hjälp av digital teknik. Många kommuner saknar adekvata ledningssystem med de processer som behövs för att säkerställa god kvalitet. Sådana system förhindrar onödigt merarbete och sparar resurser. Många kommuner saknar också ett systematiskt förbättringsarbete. Erfarenheter från avvikelser tas inte till vara, sprids inte och används inte för att förbättra verksamheten. Samma avvikelser sker om och om igen, vilket är kostsamt men också medför lidande för enskilda. Egenkontroller görs inte med systematik för att förhindra brister i verksamheten. Riskanalyser görs inte för att förebygga negativa händelser, vilket betyder att resurser måste läggas på att åtgärda förutsägbara brister. En god kartläggning, planering och uppföljning av vård och omsorgsinsatser skulle kunna ge bättre förutsättningar för att rätt personal gör rätt saker vid rätt tillfälle. Det skulle också spara resurser och leda till bättre kvalitet.

Enligt utredningens mening är det problematiskt om kommuner och privata utförare – rätt eller fel – uppfattar IVO som kritiskt till välfärdsteknik i allmänhet, dels för att ingen vill riskera att ådra sig kritik, dels för att en sådan signal inte skulle ligga i linje med statens styrning i övrigt, där man tvärtom velat uppmuntra till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. I en underlagsrapport till utredningen framgår exempelvis att flera kommuner uttryckligen väljer att avvakta med införande av välfärdsteknik med anledning av beskedet om IVO:s kommande granskning av just välfärdsteknik. Alternativt väljer man att göra pilotprojekt som utformas för att

hamna under IVO:s radar.[116] Vitesförelägganden kan fungera som en signal till kommuner och privata utförare att det är riskfyllt att satsa på digital teknik för att effektivisera äldreomsorgen.[117] Statens styrning uppfattas ibland som otydlig och motsägelsefull, enligt vad utredningen erfar. Samtidigt ska framhållas att tillsynen är och ska vara självständig i förhållande till regeringen. Här noteras också att Riksrevisionen nyligen har granskat IVO:s verksamhet.[118] I rapporten framgår att IVO har arbetat med att utveckla den främjande och lärande tillsynen och att antalet tillsynsbeslut med krav på åtgärd har blivit färre. Riksrevisionen rekommenderade IVO att utforma och tillgängliggöra bedömningsstöd så att besluten blir mer enhetliga.

Gällande sin verksamhet har IVO velat framföra följande till utredningen. Myndigheten har ett omfattande uppdrag varför man behöver löpande utveckla arbetssätten för att nå större genomslag vad gäller säkerhet och kvalitet i vården och omsorgen. En del av utvecklingen handlar om att arbeta mer riskbaserat, för att på så sätt inrikta de begränsade resurserna till de verksamheter där riskerna och bristerna för enskilda är som störst. IVO:s påbörjade arbete för att använda data och datadrivna analyser är ett viktigt steg. IVO har goda möjligheter att skapa en överblick av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen genom myndighetens tydliga mandat för att hantera data som behövs i tillsynen. En annan del av utvecklingen handlar om att utveckla arbetssätt när det gäller återkoppling till verksamheterna om tillsynens iakttagelser. IVO ska inte bara granska utan också bidra till lärande. Forskningen om kunskapsåterföring, lärande och implementering är en viktig utgångspunkt. IVO har identifierat behov av att stärka myndighetens förmåga till och kunskap om dialog och återföring, bl.a. genom utökade resurser till interaktiva lärmöten, återkoppling via vårdens och omsorgens egna digitala beslutsstöd. När det gäller myndighetens strategiska behov hänvisas till *IVO:s bidrag till omställningen i vården*.[119]

[116] Oskarsson, A. et. al. (2020). *När goda intentioner försämrar. Hur IBIC bidrar till rättsosäkerhet, suboptimering och försämrad arbetsmiljö.* Underlagsrapport till S 2018:11. Örebro universitet. Se s. 68.
[117] I anslutning till det sagda kan diskuteras om vitesförelägganden är en lämplig tillsynsmetod när den verksamhet som är föremål för tillsyn inte bryter mot någon föreskrift eller tillståndsvillkor, inga tillbud ägt rum och inga rapporterade missförhållanden förekommit (därmed inte sagt att IVO inte kan tillgripa vitesföreläggande förrän en skada inträffat).
[118] Riksrevisionen (2019). *Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förbinder* (RIR 2019:33).
[119] Inspektionen för vård och omsorg (2019b). *IVO:s bidrag till omställningen i vården. Uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård.*

6 Nationellt stöd och styrning

6.1 Inledning

Under rubriken ”Samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll” i utredningens direktiv anges bl.a. följande. Trots det utbud av stöd som finns från nationella aktörer är det många kommuner som uppger att de behöver stöd på närmare håll, tydligare nationell samordning och styrning. Information om tekniska möjligheter och goda exempel på lösningar som fungerar i andra kommuner efterfrågas. Detsamma gäller stöd i juridiska frågor och frågor om upphandling för säkrare införande av välfärdsteknik. Utredaren ska därför undersöka och föreslå hur det befintliga stödet och formerna för samverkan mellan myndigheter, kommuner och andra relevanta aktörer kan förbättras och hur samverkan mellan kommuner kan underlättas (men stödet ska inte vara i form av finansiering).

I det här kapitlet ställer vi oss frågan vad det finns för styrning och stöd riktat till kommunerna från den nationella nivån. I avsnitt 6.2 presenteras nationella strategier och satsningar på området. I avsnitt 6.3 presenteras några statliga myndigheter med uppdrag av betydelse för ett breddat införande av välfärdsteknik. Avsnitt 6.4 behandlar först Rådet för styrning med kunskap och därefter SKR (tidigare SKL) och det arbete som koncernen bidrar med på den nationella och regionala nivån.

Utredningens överväganden i fråga om samverkan, styrning och stöd framgår i kapitel 8.

6.2 Nationella strategier och satsningar

6.2.1 Nationell eHälsa

Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg beslutades av regeringen år 2010. Strategin fokuserade på införande, nyttan och användningen av tekniken.[1] Därefter, under 2010–2014, avsatte regeringen stimulansmedel för att utveckla e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna. Satsningen uppgick till 20 miljoner kronor 2010 och 20 miljoner 2011. År 2012 fördubblades stödet till 40 miljoner kronor. Medlen användes till inrättandet av regionala samordnare, till utveckling av tekniska infrastrukturer, nationella informationsstrukturer och fackspråk inom socialtjänsten. År 2013 ingick regeringen en överenskommelse med dåvarande SKL och avsatte totalt 129,5 miljoner kronor för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna.[2] För år 2014 avsattes lika mycket.

6.2.2 Vision e-hälsa 2025

Visionen

I mars 2016 antog regeringen och SKR[3] en vision för e-hälsoutvecklingen i Sverige, *Vision e-hälsa 2025*:

> 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.

Ökad digitalisering ska stödja enskilda samt ge mer ändamålsenliga stöd för medarbetarna för att säkra en socialtjänst, hälso- och sjukvård som är jämlik, jämställd, tillgänglig och av god kvalitet. Digitaliseringen medför även att medarbetare och entreprenörer ges möjligheter att skapa nya verktyg som kan effektivisera verksamheterna, bidra till nya och innovativa arbetssätt, utveckla verksamhetsprocesser och öka möjligheterna för forskning, utveckling och innovation.[4]

[1] Socialstyrelsen (2018a), s. 9.
[2] Socialdepartementet (2013). *Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten.*
[3] Regeringen beslutade om strategin den 10 mars 2016 (S2016/01874/FS).
[4] Här kan noteras följande passus: ”för människor med nedsatt beslutsförmåga kan välfärdsteknologi vara ett verktyg för ökad delaktighet och självbestämmande samtidigt som det möjliggör en effektivare resursanvändning för huvudmännen”, s. 10 f.

När det gäller ansvaret för att realisera visionen framgår att kommuner och landsting har huvudansvaret för socialtjänsten och hälso- och sjukvården i fråga om att organisera, leda, planera, utveckla, kvalitetssäkra och finansiera verksamheten. Statens ansvar rör främst lagstiftning, tillsyn, utjämningssystem och bidragsgivning. Staten har även ansvar för att sätta upp mål och krav när det gäller t.ex. kvalitet i och tillgänglighet till offentliga verksamheter som socialtjänsten och hälso- och sjukvården och följa upp dessa.

I visionen nämns tre särskilt angelägna fokusområden:

– regelverk,
– enhetligare begreppsanvändning och
– standardisering.

Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025

I januari 2017 följdes visionen av en *Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025*[5] avseende tiden 2017–2019. Handlingsplanen tydliggjorde ansvarsfördelningen och satte upp strukturen för en gemensam styr- och samverkansorganisation som tar fram årliga samordningsplaner för genomförandet. Genom styr- och samverkansorganisationen samverkar staten och huvudmän ”runt samma bord”. Staten och huvudmännen anses som jämbördiga parter. E-hälsomyndigheten koordinerar ett samordningskansli till stöd för styr- och samverkansorganisationen.

I organisationen ingår bl.a. ett politiskt högnivåråd, som består av den högsta politiska ledningen hos respektive part, en styrgrupp bestående av statssekreterare från berörda departement och representanter från SKR:s styrelse samt en beredningsgrupp bestående av berörda myndigheters generaldirektörer, kommun- och landstingsråd och representanter från SKR och Inera. Till styrgruppen finns ett nationellt råd. Kopplat till beredningsgruppen finns Forum för standardisering. Forumet består av representanter för bl.a. branschföreningar, standardiseringsorgan och berörda myndigheter. I organi-

[5] Socialdepartementet & SKL (2017). *Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025. 2017–2019.*

sationen finns även gemensamma arbetsgrupper för bl.a. de utpekade insatsområdena med representanter för båda parter.

I handlingsplanen för 2017–2019 pekades tre insatsområden ut: 1) regelverk, 2) enhetligare begreppsanvändning och 3) standarder.[6] Arbetet på dessa områden har till stor del gjorts via särskilda arbetsgrupper som bl.a. haft till uppgift att stödja samverkan mellan medverkande organisationer samt att prioritera och vägleda parterna rörande nödvändiga insatser. Vidare har ett flertal kommunikativa insatser genomförts. Nedan beskrivs ett urval av insatserna.

Det första insatsområdet är regelverk. Skydd för personlig integritet ska balanseras mot önskemålen om en jämlik, patientsäker och tillgänglig vård. De möjligheter som digitaliseringen medför när det gäller att hantera dagens regelverk, t.ex. för behörighetsstyrning, ska tillvaratas. Ansvaret för normgivning ligger på staten medan ansvaret för stöd i tillämpningen delas mellan parterna.

Flera lagstiftningsprocesser rörande socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens personuppgiftshantering har genomförts under den tid som handlingsplanen gäller. Ett exempel är införandet av den nationella läkemedelslistan (NLL). Ett annat är anpassningar kopplade till EU:s dataskyddsförordning. Vidare har flera utredningar tillsatts på området, däribland Utredningen om välfärdsteknik inom äldreomsorgen och utredningen Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01)[7]. Den sistnämnda utredningen ska se över den rättsliga regleringen för informationsutbyte såväl inom som mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare har Socialstyrelsen tillsammans med E-hälsomyndigheten på uppdrag av regeringen publicerat ett juridiskt stöd för dokumentation vilket riktar sig till beslutsfattare och personer med journalföringsplikt.[8]

Målsättningarna för områdena enhetligare begreppsanvändning och standarder är att begrepp, termer och klassifikationer som är nödvändiga för verksamheterna ska kunna hanteras enhetligt och tolkas likartat vid utbyte mellan system eller verksamheter och att verksamheternas informations- och kommunikationssystem ska kunna utbyta relevant information på ett ändamålsenligt sätt och utan behov av extra åtgärder.

[6] Socialdepartementet & SKL (2017).
[7] *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet* (dir. 2019:37).
[8] *Juridiskt stöd för dokumentation.* https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod

Även inom detta område har ett flertal utvecklingsarbeten gjorts. Under 2018 fick E-hälsomyndigheten i uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer. SKR har tillskapat Nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation, vars uppdrag är att samordna regionernas arbete för en mer enhetlig informationsstruktur inom och över system- och vårdgivargränser. Inom ramen för arbetet med enhetligare begreppsanvändning gav regeringen 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur termer och begrepp med koppling till ordination och förskrivning av läkemedel ska kunna hanteras och tolkas likartat oberoende av aktör eller system. Arbetet knyter nära an till införandet av Nationella läkemedelslistan. Socialstyrelsen har även under samma period haft i uppdrag att verka för att den nationella modellen för enhetlig och strukturerad information kallad Individens behov i centrum (IBIC) införs i samtliga kommuner samt stödja kommuner vid införandet och implementeringen av modellen.[9]

Inom ramen för handlingsplansarbetet har också ett gemensamt projekt initierats kring ordnat införande av digitala produkter och tjänster. Projektet syftar till att få fram tydligare spelregler, större samordning och bättre vägledning med avseende på krav, utvärdering, upphandling och införande av digitala tjänster för ordinerad egenvård och hemmonitorering.

Strategin för genomförande av Vision e-hälsa 2025

I början av februari 2020 beslutade regeringen att godkänna en överenskommelse med SKR om en strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Dokumentet täcker åren 2020–2022 och anger den strategiska inriktningen för arbetet under de kommande åren. Strategin ska komma att följas av genomförandeplaner vars syfte är att beskriva vilka insatser som ska genomföras inom strategins prioriterade områden, vem som ska genomföra insatserna och hur dessa ska följas upp. Fyra inriktningsmål presenteras i strategin:

[9] I dag har 9 av 10 kommuner infört, påbörjat införande eller beslutat om att införa IBIC på samtliga verksamhetsområden inom socialtjänsten.

1. Individen som medskapare
2. Rätt information och kunskap
3. Trygg och säker informationshantering
4. Utveckling och digital transformation i samverkan.

Styr- och samverkansorganisationens utformning förändras delvis. Förändringarna syftar till att tydliggöra ansvarsfördelningen inom organisationen och därigenom öka förutsättningarna för organisationen som helhet att arbeta mer effektivt och mer flexibelt.

Strategin åsidosätter inte befintlig ansvarsfördelning mellan medverkande statliga aktörer eller mellan staten och kommunerna och regionerna utan syftar huvudsakligen till att skapa ett strukturerat samverkansarbete. Strategins genomförande förutsätter inte ökade kostnader för staten, regionerna eller kommunerna utan baseras på gällande ekonomiska ramar. Finansiering för insatser åläggs respektive organisation.[10]

6.2.3 Strategier som rör digitalisering och infrastruktur

Bredbandsstrategin

Regeringen beslutade den 20 december 2016 om en bredbandsstrategi där inriktningen för politiken på områdena framgår.

Enligt *Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi* bör hela Sverige ha tillgång till infrastruktur som medger snabbt bredband, stabila mobila tjänster och som stödjer digitalisering.[11] Regeringens vision är ett helt uppkopplat Sverige.

På kort sikt har målsättningen höjts till att 95 procent av alla hushåll och företag bör ha tillgång till bredband om minst 100 Mbit/s redan år 2020. På längre sikt bedömer regeringen att det behövs mål på två områden; tillgång till snabbt bredband i hela Sverige och till stabila mobila tjänster av god kvalitet där ledordet är ”användning utan upplevd begränsning”. Målen innebär att 98 procent bör ha tillgång till bredband om minst 1 Gbit/s i hemmet och på arbetet, resterande 1,9 procent bör ha tillgång till minst 100 Mbit/s och 0,1 procent bör ha tillgång till minst 30 Mbit/s senast år 2025.

[10] Se s. 17 i strategin.
[11] Näringsdepartementet (2016). *Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi.*

Båda bredbandsmålen är teknikneutrala, vilket innebär att anslutningen kan tillhandahållas genom fast eller trådlös teknik. Målen innebär också att alla bör ha tillgång till stabila mobila tjänster av god kvalitet där de normalt befinner sig senast år 2023.

För att nå det övergripande målet innehåller strategin fem delmål om digital kompetens, digital trygghet, digital innovation, digital ledning och digital infrastruktur. I strategin anges bl.a. följande.

> Tillgång till bredband håller på att bli en förutsättning för att kunna ta del av grundläggande samhällsservice och att fullt ut vara delaktig i samhället. I framtiden kommer många av våra välfärdstjänster att bäras av den digitala infrastrukturen. Till exempel kommer sannolikt en stor del av vården att ges på distans.[12]

Enligt regeringen är det tre strategiska områden som är centrala för att nå målen: roller och spelregler på bredbandsmarknaden, kostnadseffektiv utbyggnad av bredband samt nät och tjänster till alla.

Utgångspunkten för regelverket är att utbud och efterfrågan i första hand ska leda till utbyggnad av marknadsaktörerna. Utrymme för statligt ingripande finns dock när det saknas marknadsmässiga förutsättningar för att nå en ur allmän synpunkt önskvärd utveckling.[13] Statligt stöd, vilket också omfattar regionala och kommunala stöd till utbyggnad av bredbandsnät, är alltså som utgångspunkt inte tillåtet. Undantag kan medges av EU-kommissionen om stödet bedöms förenligt med den inre marknaden. Sådant undantag kan ges om stödet inte ger upphov till någon otillbörlig snedvridning av handel och konkurrens och på vissa villkor.

Utgångspunkten är alltså en marknadsdriven utbyggnad i samklang med det ansvar som det offentliga har, såsom tillgänglighet till samhällsservice och för att tillväxt och företagande är långsiktigt hållbara. Såväl de privata marknadsaktörernas som det offentligas roll betonas i strategin. Det anses viktigt att privata investeringar inte förhindras och trängs ut, samtidigt som det offentligas ansvar när det gäller tillgång till och användning av digitala tjänster måste beaktas. En balanserad försiktighetsprincip bör alltså råda. I delar av Sveriges lands- och glesbygder finns utmaningar när det gäller lönsamhet för bredbandsinvesteringar vilket kräver administrativa insatser såväl som offentliga investeringar. Ett exempel på administrativa insatser är stöd till bredbandsutbyggnad i områden där förutsättningar för kom-

[12] Näringsdepartementet (2016), s. 2.
[13] Näringsdepartementet (2016), s. 40.

mersiell utbyggnad saknas. Ett annat exempel är möjligheten för en fiberförening på en mindre ort att till rättvisa och rimliga villkor få tillgång till kanalisation i enlighet med lagen (2016:534) om åtgärder för utbyggnad av bredbandsnät.[14]

Regeringens aktiviteter för att nå mål om höjd utbyggnadstakt är:

- regeringens arbete med Bredbandsforum fortsätter
- tydlighet och enklare regler som inriktning vid översyn av EU-direktiv[15]
- uppdrag om styrning av stadsnät och tillhandahållande av bredband (till Post- och telestyrelsen, PTS)
- uppdrag om utvecklat arbete med bredbandskoordinatorer
- information om nyttan av bredbandsinvestering.

Bredbandsforum ska främja samverkan mellan olika aktörer i samhället för en effektiv utbyggnad av bredbandsinfrastruktur. Forumet har också i uppgift att se till att företag, myndigheter och andra organisationer möts för att tillsammans identifiera hinder och hitta lösningar som främjar tillgången till bredband i hela landet. Bredbandsforum arbete leds av en styrgrupp. Statsrådet som ansvarar för digitaliseringsfrågor i regeringen är styrgruppens ordförande och utser dess ledamöter. Styrgruppen består av nyckelaktörer som är viktiga för strategins genomförande. Bredbandsforums arbetsgrupp *Infrastruktur för digitalisering* har i juni 2019 föreslagit åtgärder för ökad robusthet och tillförlitlighet i infrastrukturen för offentliga aktörers tjänster över bredbandsnät.[16]

Bredbandslyftet är Bredbandsforums program för vägledning till kommuner som vill se över strategiska vägval i bredbandsfrågor. Det ska erbjuda en effektiv vägledning till kommuner som står inför utmaningar i arbetet med bredbandsutbyggnaden. I programmet kartläggs också kommunens nuvarande situation och investeringsbehovet för den utbyggnad som återstår uppskattas. Bredbandslyftet riktas till kommunledningen och genomförs på plats i kommunen. Bredbandsforums kansli genomförde Bredbandslyftet med några kommuner 2018. Nu erbjuds programmet till 30–50 kommuner.

[14] Näringsdepartementet (2016), s. 6 f.
[15] Jfr Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/61/EU av den 15 maj 2014 om åtgärder för att minska kostnaderna för utbyggnad av höghastighetsnät för elektronisk kommunikation.
[16] Bredbandsforum (2019).

Bredbandsforum ansvarar även för att tillhandahålla ett nätverk för de särskilda *bredbandskoordinatorer* som regeringen har beslutat att införa i varje län. Koordinatorerna ska arbeta för bredbandsutbyggnad i det egna länet och länsöverskridande samarbeten 2015–2020. De regionala bredbandskoordinatorerna kommer att samordna genomförandet av Bredbandslyftet i sin respektive region.

Statliga medel för bredbandsutbyggnad har fördelats, i form av statsstöd, till allra största delen via landsbygdsprogrammet, men även via regionalfondsprogrammen i de nordliga delarna av landet. Programmen sträcker sig till och med år 2020. Stödgivningen bygger på efterfrågan på lokal och regional nivå som genererar ansökningar om stöd via programmen. Modellen har genererat en mycket god utbyggnad på landsbygden, men i takt med att utbyggnaden når allt längre ut och att de områden som framöver kommer att sakna tillgång till snabbt bredband är allt mer glest befolkade och spridda, behöver utformningen ses över, enligt bredbandsstrategin.[17]

I bredbandsstrategin anges att PTS bör få aktivt ansvar för strategin. Syftet med att ge PTS det övergripande ansvaret trots att sakansvariga myndigheter fortsatt har ansvar för och följer upp sina områden, är enligt regeringen att det är viktigt att få en samlad bild av insatsernas effektivitet för att nå de mål som regeringen satt upp.[18]

Digitaliseringsstrategin

Regeringen beslutade en digitaliseringsstrategi den 18 maj 2017.[19] Det övergripande målet är det av riksdagen beslutade målet att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter.[20] Delmålen i digitaliseringsstrategin är följande:

– D-kompetens: i Sverige ska alla kunna utveckla och använda sin digitala kompetens.

– D-trygghet: i Sverige ska det finnas de bästa förutsättningarna för alla att på ett säkert sätt ta del av, ta ansvar för samt ha tillit till det digitala samhället.

[17] Näringsdepartementet (2016), s. 28.
[18] Näringsdepartementet (2016), s. 34.
[19] Näringsdepartementet (2018) *Hur Sverige blir bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter – en skrivelse om politikens inriktning.* (Skr. 2018/18:47).
[20] Se prop. 2011/12:1, utg. omr. 22, bet. 2011/12:TU1, rskr. 2011/12:87.

– D-innovation: i Sverige ska det finnas de bästa förutsättningarna för att digitalt drivna innovationer ska utvecklas, spridas och användas.
– D-ledning: i Sverige ska relevant, målmedveten och rättssäker effektivisering och kvalitetsutveckling ske genom digitalisering.
– D-infrastruktur: Hela Sverige bör ha tillgång till infrastruktur som medger snabbt bredband, stabila mobila tjänster och som stödjer digitalisering.

I strategin framgår att digitalisering är beroende av en fungerande infrastruktur omfattande allt från fysiska ledningar till logiska system för trafikhantering. Hård infrastruktur är bland annat kablar, master och basstationer, det vill säga det som transporterar data. Mjuk infrastruktur är bl.a. lagar, standarder, begreppsanvändning och internetprotokoll, dvs. det som gör att data kan utbytas.[21]

Bredbandsinfrastruktur är en förutsättning för att förbättra tillgången till digital samhällsservice i hela landet och därmed överbrygga klyftorna mellan stad och landsbygd. Bredbandsstrategin anger att hela Sverige ska ha tillgång till snabbt bredband år 2025.

Gällande utvecklingen av den mjuka infrastrukturen anges bl.a. att digitalt informationsutbyte kräver gemensamma standarder och begreppsmodeller. Det är viktigt att tillförsäkra interoperabilitet. Regeringen ser fortsatta behov av att förstärka samordningen för att skapa goda förutsättningar för digital samverkan inom offentlig sektor. Tillgång till en nationell digital infrastruktur som möjliggör interoperabilitet och samverkan är en förutsättning för digitalisering av offentlig sektor. Det behövs en stabil och säker bas för att kunna ge tillgänglig, likvärdig och effektiv digital service till människor och företag. Regeringen arbetar därför med att förtydliga styrningen och öka anslutningen till den digitala infrastrukturen. Den svenska förvaltningsmodellen bygger på att respektive myndighet i stor utsträckning själv väljer hur en uppgift ska utföras. Samtidigt kräver digitalisering allt oftare gemensamma lösningar och investeringar. Offentlig sektor ska kunna utbyta information, samarbeta och öka sin effektivitet genom gemensamma lösningar. Samordningen och styrningen av den digitala nationella infrastrukturen behöver därför utvecklas.

[21] Skr 2017/18:47 s. 23.

Vidare anges att regeringen skapar de grundläggande förutsättningarna för att nå visionen om ett hållbart digitaliserat Sverige. Det handlar om nationell samordning, kompetensutveckling, ett ändamålsenligt regelverk, att undanröja hinder och bejaka utveckling samt att aktivt förhålla sig till uppsatta mål.

Ett digitaliseringsråd med tillhörande kanslifunktion har inrättats för att stödja strategins genomförande. Rådets arbete samordnas inom Regeringskansliet, vilket bidrar till den horisontella organisation som är nödvändig för genomförandet av politiken då flera politikområden berörs. Samordningen innebär också en uppgift att se till att dubbelarbete inte görs i funktioner som regeringen inrättat för att främja, genomföra eller utveckla aspekter av digitalisering.[22]

Standardiseringsstrategin

Standarder utgör grunden för teknisk och logisk infrastruktur för internet och annan elektronisk kommunikation, t.ex. mobilnät och trådlösa system som gör att dataöverföringar kan ske från utrustning som t.ex. mobiltelefoner och datorer.[23] [24] Standardisering bedrivs huvudsakligen av ideella föreningar, s.k. standardiseringsorgan. Sveriges standardiseringsförbund (SSF) är en paraplyorganisation. Förbundet är samverkansorganisation för de tre svenska standardiseringsorganen Swedish Standards Institute (SIS), Svensk Elstandard (SEK) och Svenska Informations- och Telekommunikationsstandardiseringen (ITS), vilka på uppdrag av regeringen representerar Sverige inom internationella standardiseringsorgan.

Regeringens standardiseringsstrategi[25] pekar ut ett antal prioriteringar. I strategin anges bl.a. följande. Standardisering driver digitaliseringens utveckling. Regeringen ska verka för att främja att standarder tas fram i syfte att främja interoperabilitet och marknadskonkurrens samtidigt som rättssäkerhet upprätthålls, liksom stödja framtagandet av standarder som syftar till överensstämmelse med regelkrav för att främja marknadsbaserade och praktiska lösningar som gör att den digitala utvecklingen utvecklas på viktiga områden.

[22] Skr. 2017/18:47 s. 6.
[23] Femte generationens mobilnät, 5G, bygger liksom sina föregångare på standarder. Ett annat område är ”datormolnet”, som innebär att data kan hanteras och lagras mer effektivt och att tillämpningsprogram kan användas från en extern plats. Sakernas internet (Internet of Things, IOT) är också ett tillväxtområde där standarder bedöms vara avgörande.
[24] Utrikesdepartementet (2018). *Regeringens strategi för standardisering.* s. 13.
[25] Utrikesdepartementet (2018). Se bilaga till regeringsbeslut UD2018/12345/HI 2018-07-26.

Regeringen ska särskilt verka för att främja standardisering inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Inom ramen för arbetet med Vision e-hälsa 2025 ska regeringen prioritera standardiseringsinsatser, bl.a. via ett nationellt forum för standardisering inom e-hälsa.

En nationell strategi för life science

Life science-sektorn omfattar de företag, universitet och högskolor samt offentliga aktörer på kommunal, regional och statlig nivå, som genom sin verksamhet bidrar till att främja människors hälsa. Sektorn innefattar forskning, högre utbildning och innovation, utveckling av läkemedel, medicintekniska produkter och behandlingar, samt prevention, implementering och uppföljning.

Den 12 december 2019 presenterades den nationella life science-strategin.[26] Strategin är framtagen i dialog med aktörer från hela sektorn. Ramverkets prioriteringar och målsättningar bygger på de behov och utmaningar som sektorns aktörer har pekat ut. För att strategin ska vara framgångsrik måste alla sektorns aktörer vara med och bidra. I strategin har regeringen satt upp 30 målsättningar som bedöms vara särskilt angelägna att uppnå.

Strategin innebär att Sverige ska vara en ledande life science-nation. Life science bidrar till att förbättra hälsa och livskvalitet hos befolkningen, säkerställa ekonomiskt välstånd, utveckla landet vidare som en ledande kunskapsnation och förverkliga Agenda 2030.

Välfärdsteknik ägnas ett kapitel i strategin för life science. Där anges bl.a. följande. För att öka kvaliteten och ge effektivare arbetssätt ser regeringen behov av att snabba på den digitala omställningen genom bättre nyttjande av välfärdsteknik i omsorgen och för förebyggande insatser samtidigt som skydd för den personliga integriteten, informationssäkerhet, robusthet och redundans måste genomsyra implementeringen. Välfärdstekniska lösningar behöver integreras i verksamheterna och i vissa fall kopplas till befintliga verksamhetssystem i omsorgsverksamheterna för att uppnå mesta möjliga nytta.

Regeringen har lanserat fyra samverkansprogram för mandatperioden 2019–2022, varav ett inom hälsa och life science. En samverkansgrupp med företrädare från bl.a. hälso- och sjukvård, universitet och

[26] Näringsdepartementet, Socialdepartementet & Utbildningsdepartementet (2019). *En nationell strategi för life science.*

högskolor, näringsliv, patienter och professioner är rådgivande till programmet och till Life science-kontoret. Samverkansprogrammet syftar till att genom tvärsektoriell kraftsamling möta de stora hälsoutmaningarna och stärka Sveriges globala innovations- och konkurrenskraft. Nationella innovationsrådet, som leds av statsministern, arbetar nära samverkansprogrammen.

Nationell inriktning för artificiell intelligens (AI)

Regeringen har tagit fram en Nationell inriktning för artificiell intelligens.[27] Dokumentet pekar ut en övergripande färdriktning för AI-arbetet och utgör grund för kommande prioriteringar. Målsättningen är att Sverige ska vara ledande i att ta tillvara möjligheterna som användning av AI kan ge, med syftet att stärka både den svenska välfärden och den svenska konkurrenskraften. Målsättningen knyter an till det digitaliseringsmål som riksdagen antagit och utgör ett komplement till digitaliseringsstrategin. Enligt regeringen kan ett aktivt främjande av AI-applikationer i offentlig verksamhet ha stor betydelse för hur det offentliga klarar av att möta de stora samhällsutmaningarna i framtiden. Offentliga aktörer bör därför aktivt stödja AI-applikationer genom att, med hänsyn tagen till säkerhet och integritet, tillgängliggöra relevanta data och utveckla en nationell digital infrastruktur, anför regeringen.

Regeringens bedömning är bl.a. att Sverige behöver utveckla regler, standarder, normer och etiska principer i syfte att vägleda etisk och hållbar AI och användning av AI. Sverige behöver också verka för svenska och internationella standarder och regelverk som främjar användning av AI och förebygger risker, liksom kontinuerligt se över behovet av digital infrastruktur för att tillvarata möjligheterna som AI kan ge. Vidare behöver Sverige fortsätta arbetet med att tillgängliggöra data som kan utgöra en samlad infrastruktur för att använda AI på områden där det tillför nytta.

[27] Näringsdepartementet (2018). *Nationell inriktning för artificiell intelligens.*

6.2.4 Stimulansbidrag på området välfärdsteknik

Regeringen gav den 20 juni 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att under 2018 fördela, administrera och följa upp 350 miljoner kronor till investeringar i välfärdsteknik inom kommunal hälso- och sjukvård samt social omsorg.[28] Stimulansmedlen syftade till att möjliggöra för kommunerna att öka investeringstakten av välfärdsteknik i kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg. Samtliga kommuner rekvirerade medel. Det var dock 66 kommuner som inte förbrukade hela det rekvirerade beloppet.[29] Förklaringarna till varför kommunerna inte hade förbrukat alla medel handlade till stor del om att tiden var för knapp för att kunna omsätta medlen i investeringar. Det finns endast svaga tecken på att bidraget påverkade den utveckling som syns i 2019 års uppföljning av användningen av välfärdsteknik i kommunerna.[30]

De områden som flest kommuner hade använt pengarna till var läsplattor och smarta telefoner (58 procent), installation av Wi-Fi och internet på särskilda boenden (52 procent), mobil journalföring (38 procent) och kompetensutveckling för personalen (36 procent).

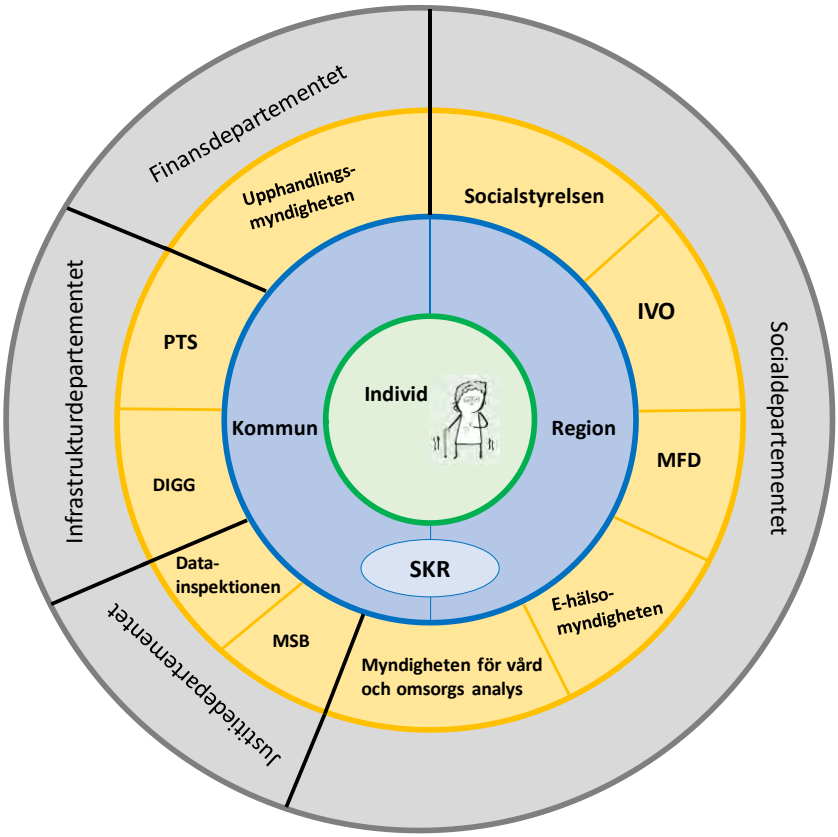
De inköpta läsplattorna och smarta telefonerna används för verksamhetsplanering och för att läsa och dokumentera mobilt. Utvecklingen av förekomsten av Wi-Fi på särskilda boenden och mobil journalföring tog ett steg framåt 2019 jämfört med resultaten av Socialstyrelsens undersökning från 2018. Det går dock inte att avgöra i vilken omfattning statsbidraget bidragit till utvecklingen.[31]

Socialstyrelsen konstaterar att satsningen var vällovlig men den givna tidsramen gjorde att satsningen inte gav optimal effekt. För en långsiktig och målmedveten utveckling av socialtjänstens verksamheter med stöd av välfärdsteknik och annan teknik är det inte tillfälliga satsningar utan koppling till andra insatser som behövs utan en genomtänkt och samordnad strategi som löper över flera år.[32]

[28] Socialdepartementet (2018). *Regeringsbeslut. Uppdrag fördela medel*. (S2018/03799/FST).
[29] Totalt uppgår oförbrukade medel till drygt 13,5 miljoner kronor, vilket är cirka 4 procent av det fördelade beloppet.
[30] Socialstyrelsen (2019c). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.*
[31] Socialstyrelsen (2019c), s. 56.
[32] Socialstyrelsen (2019c), s. 66.

6.3 Statliga myndigheters uppgifter och roll

Figur 6.1 Offentliga aktörer med anknytning till välfärdsteknik



6.3.1 Myndigheten för delaktighet

År 2013 gjorde regeringen en översyn[33] av formerna för styrningen av och inriktningen på verksamheten på det dåvarande Hjälpmedelsinstitutet, som tidigare hade haft ett nationellt ansvar för provning av hjälpmedel och för central upphandling.[34] Översynen resulterade i en samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området och avvecklandet av Hjälpmedelsinstitutet, som inte var en myndighet. De delar som bedömdes vara ett statligt åtagande inordnades i

[33] Socialdepartementet (2013). *En samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området.* Ds 2013:40.
[34] Se också Hjälpmedelsutredningen (2017), s. 92 f.

Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), som sedan bytte namn till Myndigheten för delaktighet (MFD). MFD startade sin verksamhet den 1 maj 2014.

MFD har till uppgift att främja respekten för och medvetenheten om rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt att ur ett rättighets-, mångfalds-, jämställdhets- och medborgarperspektiv verka för full delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och för jämlikhet i levnadsvillkor. [35]

Myndigheten ska bidra till kunskapsutveckling i frågor som rör delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnadsvillkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten ska arbeta tvärsektoriellt och sprida kunskap, utbildning, erfarenheter, initiera utvecklingsarbete, följa forskning samt främja innovationer (3 § i myndighetens instruktion).

Vidare har MFD i uppgift att utveckla kunskap om bl.a. hur samspelet mellan generella välfärdsteknologiska lösningar och personligt utformade hjälpmedel fungerar för den enskilde (4 § punkt 6). Myndigheten ska vidare följa och vid behov medverka i strategiskt viktig nationell och internationell standardisering inom välfärdsteknologi och tillgänglighet (4 § punkt 7). Här noteras att i 2 § i myndighetens instruktion finns en definition av välfärdsteknologi som avviker från den som Socialstyrelsen har: ”kunskapen om och användandet av teknik som kan bidra till ökad trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet för personer med funktionsnedsättning i alla åldrar och deras anhöriga”.

Statskontoret redovisade i juni 2016 en analys av MFD med ett antal rekommendationer och åtgärdsförslag.[36] Ett förbättringsområde var myndighetens arbete med välfärdsteknologi. Överlappningarna på området ansågs stora genom att MFD:s verksamhet inte var tydligt avgränsad mot den verksamhet som bedrevs av andra myndigheter. Sedan 2017 har MFD en strategisk plan för myndighetens långsiktiga arbete med välfärdsteknologi.[37] Innan dess hade arbetet främst bedrivits med utgångspunkt i regeringsuppdrag.

Av planen framgår att MFD vill se välfärdsteknik som ett verktyg för att bidra till att uppfylla och förverkliga de mänskliga rättigheterna. Myndighetens arbete med välfärdsteknologi ska vara tydligt

[35] 1 § förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet.
[36] Statskontoret (2016). *Myndighetsanalys av Myndigheten för delaktighet* 2016:18.
[37] Myndigheten för delaktighet (2017b). *Strategisk plan för arbetet med välfärdsteknologi på Myndigheten för delaktighet*.

kopplat till områdena innovation, standardisering, tillgänglighet och universell utformning. Mer konkret har myndigheten för avsikt att:

- kartlägga behov och identifiera kunskapsluckor inom området,
- identifiera forskning och innovationer som kan bidra till utveckling av området samt behov av ytterligare insatser,
- stödja implementering och utveckling av välfärdsteknik utifrån identifierade behov hos användare och verksamheter inom vård- och omsorgsområdet, men även inom andra områden som arbete, utbildning och byggd miljö,
- belysa skillnader gällande tillgång till tekniken, både ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv, och
- upprätta samverkansformer med andra berörda myndigheter, aktörer och sektorer som har viktiga strategiska roller i arbetet med välfärdsteknologi.

I planen framgår att MFD avser att prioritera vissa målgrupper i arbetet med välfärdsteknologi. Prioriteringarna ska baseras på myndighetens styrmodell, behovsanalyser samt omvärldsbevakning.[38] Vidare framgår att myndigheten bör arbeta sektorsövergripande och strategiskt men även på en mer operativ nivå, exempelvis med att ge stöd till berörda aktörer för att underlätta implementering av tekniken. Myndighetens arbete med välfärdsteknologi bör tydligare utgå från kunskapsbaserade metoder, både genom att strukturerat samla in kunskap, att utvärdera befintlig kunskap, att bidra till kunskapsutveckling på området samt spridning av kunskap. Det anses väsentligt att de insatser som genomförs utgår från en tydlig behovsanalys, baserat på användarnas och verksamheternas behov i relation till deras uppdrag och användarnas förutsättningar. Föreslagna insatser bör föregås av behovsanalys och prioritering.

MFD:s funktion som kunskapsnav för välfärdsteknologiområdet ska fortsatt utvecklas, både kunskapsöverföringen och den långsiktiga förvaltningen av kunskap. MFD ska omvärldsbevaka och följa kunskapsutvecklingen om välfärdsteknik och bidra till att offentliga och andra aktörer kan ta del av kunskapen på bästa sätt. Det stöd som MFD tar fram om välfärdsteknik ska baseras på bästa möjliga

[38] Myndigheten för delaktighet (2017b), s. 27 f.

kunskap och vara transparent, oavsett utformning. MFD ska kontinuerligt arbeta med att kartlägga behov och identifiera kunskapsluckor inom välfärdsteknologiområdet samt identifiera forskning och innovationer som kan bidra till utveckling av området. Vidare ska det arbete som MFD bedriver tydligare samordnas med Socialstyrelsens arbete som rör välfärdsteknik och hjälpmedel.

MFD ska också fortsätta begreppsdiskussionen om definitionen av välfärdsteknik och den inriktning myndigheten har. Myndigheten bör arbeta med att identifiera kopplingar mellan andra områden för att driva ett utvecklingsarbete som tar tillvara på synergieffekter och som inte fastnar i stuprör.[39] MFD ska följaktligen upprätta samverkansformer med andra berörda myndigheter, aktörer och sektorer som har viktiga strategiska roller i arbetet med välfärdsteknologi, liksom utveckla stöd, processer och samverkan med ansvariga, berörda och kunniga parter för innovationsarbetet och för kunskapsutveckling lokalt med fokus på välfärdsteknik/digital teknik.

Regeringsuppdrag m.m.

MFD har sedan myndigheten bildades haft flera regeringsuppdrag om digital teknik och välfärdsteknik. Uppdragen har under åren förändrats till sin inriktning. Inledningsvis handlade uppdragen främst om att stödja kommunerna i att bygga grundläggande kapacitet och kompetens vad gäller användning av digitala välfärdstjänster inom socialtjänsten, med särskilt tonvikt på trygghetstjänster. Enligt MFD har tyngdpunkten för myndighetens arbete inom ramen för sina olika regeringsuppdrag till stor del legat på att operativt stödja kommunerna i digitaliseringen och särskilt frågor om trygghetslarm men även annan digital teknik. Bakgrunden till detta har varit regeringens mål om digitala trygghetslarm samt att det är inom det området som utvecklingen av digital teknik varit störst, och således behovet av stöd till huvudmännen varit störst.[40] Under de senaste åren har regeringsuppdragen handlat mer om möjligheterna med digital teknik ur ett bredare perspektiv och med tydligt syfte att främja individens rättig-

[39] Myndigheten för delaktighet (2017b), s. 30.
[40] MFD (2017b), s. 12.

heter och öka förutsättningarna för delaktighet för personer med funktionsnedsättning.[41]

I mars 2016 redovisade MFD ett uppdrag om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård 2015.[42] Syftet var bl.a. att ta fram och sprida information till kommunerna om användning och implementering av digital teknik samt digitala trygghets- och servicetjänster inom bl.a. socialtjänst. Avsikten var att prioritera införande av digitala trygghetslarm i kommunerna, bygga upp en nationell plattform för information, kunskap och kompetensstöd riktad till kommuner, inventera behov och stödja införande, användning och implementering av välfärdsteknik.

I regleringsbrevet för 2017 fick MFD i uppdrag att lämna förslag hur en nationell samordning för utveckling av de tekniska förutsättningarna för digitala trygghetstjänster långsiktigt ska utformas. Uppdraget innebar att utreda kommunernas behov gällande tekniska förutsättningar, tydliggöra vilket ansvar olika aktörer har och att analysera och ge förslag på vilket sätt och i vilken form en nationell samordning behöver ske. Uppdraget redovisades i rapporten *Tekniska förutsättningar för digitala trygghetstjänster. Redovisning av ett regeringsuppdrag om nationell samordning* (2017:27).

I regleringsbrevet för 2018 fick MFD i uppdrag att fortsatt ta fram och sprida information samt ge stöd till kommunerna om användning och implementering av digital teknik, i syfte att främja individens rättigheter och möjlighet till ökad delaktighet, trygghet, aktivitet, självständighet och självbestämmande, oavsett ålder, kön och funktionsförmåga. I uppdraget ingick också att främja ökad samverkan mellan kommuner och mellan kommuner och regioner.[43]

Uppdraget redovisades i rapporten *Från digital teknik till digitalisering. Redovisning av ett regeringsuppdrag om delaktighet, självbestämmande och trygghet.* Inom ramen för uppdraget har ett metod- och kunskapsstöd tagits fram som finns på myndighetens webbplats. Syftet med metodstödet sägs vara att öka kommunernas medvetenhet om mänskliga rättigheter och möjligheten att med digital teknik också stödja den enskildes integritet och självbestämmande samt öka förmågan att identifiera risker för digitalt utanförskap.

[41] MFD (2019). *Från digital teknik till digitalisering Redovisning av ett regeringsuppdrag om delaktighet, självbestämmande och trygghet* (2019:7), s. 5.
[42] MFD (2016). *Digitala tjänster inom socialtjänst och hemsjukvård. Uppdrag angående information om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård* (S2014/8960/FST).
[43] Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Myndigheten för delaktighet S2017/07302/RS.

För att stötta kommuner och andra aktörer vid implementering av digital teknik har MFD utvecklat två webbutbildningar. ”Etik och integritet vid införande av välfärdsteknik” är en samproduktion med Socialstyrelsen som berör frågor om terminologi, etik, integritet och självständighet, behov av mänsklig kontakt, målkonflikter samt möjligheter och risker vid datainsamling. Den andra utbildningen, ”E-hälsa och välfärdsteknik i socialtjänsten”, är en samproduktion mellan Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, MFD, SKR, Vårdföretagarna samt Föreningen Famna. Den informerar om hur e-tjänster och välfärdsteknik underlättar administrativt arbete och ökar nytta för omsorgstagaren, professionen och beslutsfattare.

I samverkan med SKR har MFD tagit fram en nationell referensprofil för trygghetslarm, omfattande SCAIP-standard och stöddokument, kompatibilitetsfaktorer samt teknisk informationssäkerhet. Underlaget har införts i ramavtalet för upphandling av trygghetslarm, som sker via SKL Kommentus Inköpscentral (SKI).

Inom ramen för myndighetens uppdrag om digitala tjänster har etablerats en samrådsgrupp för välfärdsteknik. I gruppen ingår Socialstyrelsen, SKR, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), PTS, Upphandlingsmyndigheten, E-hälsomyndigheten, Datainspektionen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Vinnova, Forte och SIS.

MFD har tagit fram *Välfärdsteknologisnurran* som är ett verktyg som ger en indikation på vilka investeringskostnader och effektiviseringar som kan förväntas vid implementering av två digitala tjänster inom hemtjänsten, ett och fem år efter implementeringen. Dessa tjänster är nattillsyn med hjälp av webbkamera och tillsyn under dagtid baserat på videokommunikation. Välfärdsteknologisnurran byggde på en enkel modell som drar generella slutsatser från beräkningar av investeringar och effektiviseringar från erfarenheter i tre kommuner. I verktyget finns förinställda nyckeltal som bl.a. visar antal personer som har hemtjänst samt kostnader per timme, restider och befolkningstäthet. Verktyget har numera flyttat till PTS där den utvecklats och heter Digitaliseringssnurran.

Här ska också nämnas *Forum Välfärdsteknologi* som finns på Facebook och används för erfarenhetsutbyte och nätverkande. MFD har dessutom gjort en kartläggning av vetenskapligt publicerad litteratur över digital teknik (välfärdsteknik)[44], liksom ett webbaserat metod-

[44] MFD (2018). *En förstudie inom området välfärdsteknik.*

stöd för digital teknik (2019). Metoden knyter an till arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC).

6.3.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är enligt sin instruktion[45] förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och socialtjänst, Styrningen med kunskap sker genom icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kunskapsguiden är en nationell webbplats som samlar kvalitetssäkrad kunskap från flera myndigheter och andra aktörer. Kunskapsguiden.se är utgiven av Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Forte, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), SKR och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). På Kunskapsguiden finns som nämnts två allmänt tillgängliga webbaserade utbildningar om välfärdsteknik; ”Etik och integritet vid införande av välfärdsteknik” och ”E-hälsa och välfärdsteknik i socialtjänsten”. Den sistnämnda har producerats tillsammans med E-hälsomyndigheten, MFD, SKR, Famna och Vårdföretagarna. En ny version av Kunskapsguiden.se kommer att lanseras vid årsskiftet 2019/2020. Den gemensamma författningssamlingen och frågan om hur sökbarheten kan öka kommer också att ses över i samband med detta.

I maj 2019 publicerade Socialstyrelsen ett meddelandeblad om välfärdsteknik (3/2019), *Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. Meddelandebladet är tänkt att beskriva centrala rättsliga utgångspunkter som behöver beaktas av kommuner, regioner eller enskilda utförare. Gemensamt för olika användningsområden sägs vara att samma regler gäller som för andra insatser, dvs. lagstiftningen är teknikneutral, att användningen av tekniken är frivillig och den enskilde behöver samtycka till att en insats beviljas och att en viss åtgärd utförs vid genomförande av insatsen. I meddelandebladet hänvisas till att mer stöd finns på Kunskapsguiden under temana ”Stödja vuxna personer vilja” och ”Stödja äldre personers vilja”. Vidare hänvisas till Kunskapsguidens ”Tema välfärdsteknik”, MFD:s ”Kunskapsområde digital teknik” och SKR:s ”Välfärdsteknik inom social omsorg”.

[45] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Webbverktyget *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna* möjliggör jämförelser av utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, framför allt för beslutsfattare och tjänstemän inom socialtjänsten.[46]

Av regleringsbrevet för 2019[47] framgår Socialstyrelsens årligen återkommande uppdrag rörande e-hälsa och välfärdsteknik; Socialstyrelsen ska fortsätta utveckla nyckeltal för användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna samt följa upp och redovisa resultaten (uppföljningen omfattar välfärdsteknik sedan 2016). Myndigheten ska även beskriva och analysera resultaten av uppföljningen för att identifiera framgångsfaktorer och hinder för utveckling och implementering av e-hälsa och välfärdsteknik.

Av regleringsbrevet framgår vidare att Socialstyrelsen ska verka för att den nationella modellen för enhetlig och strukturerad information kallad Individens behov i centrum (IBIC) införs i samtliga kommuner samt stödja kommunerna vid införandet och implementeringen av modellen i relevanta verksamheter. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 29 maj 2020.

Socialstyrelsen ska i samverkan med E-hälsomyndigheten vidareutveckla det webbaserade stödet för digital verksamhetsutveckling i vården med särskilt fokus på det juridiska stödet för dokumentation som myndigheten utvecklat tillsammans med E-hälsomyndigheten inom ramen för tidigare uppdrag på området.[48] Sidan innehåller även stöd till socialtjänsten.

Under 2019 har Socialstyrelsen också haft i uppdrag att kartlägga omfattningen av och inriktningen på användningen av artificiell intelligens (AI) inom hälso- och sjukvården. I arbetet ska särskilt frågeställningar rörande ekonomi, vårdkvalitet, informationssäkerhet, etik och integritet beaktas. Kartläggningen är del av regeringens arbete med utgångspunkt i dess Nationella inriktning för AI.

Enligt regleringsbrevet för 2019 ska Socialstyrelsen stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Den åtgärdsplan som redovisas i Socialstyrelsens rapport *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie* ska vara en utgångspunkt. Åtgärdsplanen innehåller sju utvecklingsområden där Socialstyrelsen kan

[46] http://oppnajamforelser.socialstyrelsen.se/NationellEHalsa/Sidor/default.aspx
[47] S2019/01516/FS.
[48] S2017/02466/FS.

förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård. Stöden, som ska anpassas till kommunernas behov, ska omfatta både kunskap som behövs för att utveckla vården på systemnivå och kunskap som behövs för att säkerställa en god kvalitet i patientmöten.[49]

Det är värt att nämna här att Socialstyrelsen utarbetat en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.[50] Syftet med vägledningen är att underlätta för huvudmännen att upprätta lokala rutiner. Vägledningen riktar sig till vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som arbetar med personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård.

På området demenssjukdom kan nämnas följande. Av regleringsbrevet för 2018[51] framgår att Socialstyrelsen ska följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella strategin för demenssjukdom och därvid samråda med myndigheter och organisationer. Socialstyrelsen ska också utvärdera satsningar som ingår i den nationella strategin för demenssjukdom.[52]

6.3.3 E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten ska ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet.[53] Myndigheten fick i april 2018 ett regeringsuppdrag om nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa).[54] Uppdraget, som ska redovisas den 28 februari 2020, ska genomföras i dialog med PTS, MSB, Upphandlingsmyndigheten, MFD, Socialstyrelsen, Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) och SKR.

Det nationella stödet ska syfta till att ge chefer i verksamheter inom social omsorg och kommunala verksamheter inom hälso- och sjukvård och förvaltningsledning ökat stöd i deras verksamhetsutveckling genom digitalisering. I uppdraget ingår att visa exempel på strategier

[49] Insatserna behöver gå i takt med förslag från utredningen En samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01). I uppdraget ska Socialstyrelsen föra en dialog med SKR Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2021 med en delredovisning senast 31 mars 2020.
[50] Socialstyrelsen (2017c), *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.*
[51] S2017/07302/RS.
[52] Uppdraget ska redovisas senast den 1 juni 2022 med en delredovisning senast 1 juni 2020.
[53] Se 1 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.
[54] S2018/02375/FST.

för hur införandet av nya tekniska lösningar kan utformas med utgångspunkt i individens behov, och vilka för- och nackdelar olika tillvägagångssätt kan medföra. Det nationella stödet ska vara utformat på så sätt att det kan ge stöd till kommuner oavsett hur långt berörda verksamheter inom kommunen har kommit i arbetet med digitalisering och e-hälsa och införandet av välfärdsteknik och ska även beakta de olika utmaningar som verksamheterna står inför beroende på deras förutsättningar. Vid uppdragets genomförande ska myndigheten hålla sig uppdaterad om vad andra myndigheter erbjuder kommunerna för stöd, för att kunna hänvisa kommunerna till lämplig instans där de kan få fortsatt stöd i frågor som inte hanteras inom E-hälsomyndigheten som t.ex. bredbandsutbyggnad eller upphandlingsfrågor. Inom ramen för regeringsuppdraget har en delrapport lämnats 2019.[55]

E-hälsomyndigheten hade under 2016–2017 ett regeringsuppdrag att utarbeta en plan för hur nationella och internationella standarder inom e-hälsoområdet ska förvaltas långsiktigt och hur berörda mottagare ska involveras för att möjliggöra implementering i verksamheterna.[56] En rapport lämnades i mars 2018.[57]

Regeringen gav därefter E-hälsomyndigheten i uppdrag att kontinuerligt sammanställa samt på lämpligt sätt tillgängliggöra gemensamma nationella specifikationer, dvs. överenskommelser om hur standarder ska tillämpas i olika situationer för att underlätta informationsutbyte (semantisk och teknisk operabilitet) inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. E-hälsomyndigheten ska vidare inrätta en funktion inom myndigheten för förvaltning av specifikationerna.[58] Uppdraget ska redovisas den 30 september 2021.

6.3.4 Myndigheten för digital förvaltning

Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) startade sin verksamhet den 1 september 2018. Myndigheten ligger under Infrastrukturdepartementet. Syftet med inrättande av myndigheten var främst att minska fragmenteringen av styrningen av svensk digital förvaltning.

[55] E-hälsomyndigheten (2019). *Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa). Återrapportering enligt regeringsbeslut (S2018/02375/FST).*
[56] N2016/04455.
[57] E-hälsomyndigheten (2018). *Stöd för utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer Återrapportering av E-hälsomyndighetens regeringsuppdrag, N2016/04455.*
[58] S2019/01521/FS.

Enligt förordningen (2018:1496) med instruktion för Myndigheten för digital förvaltning ska myndigheten samordna och stödja den förvaltningsgemensamma digitaliseringen i syfte att göra den offentliga förvaltningen mer effektiv och ändamålsenlig (1 §). Myndigheten ska, i syfte att främja utvecklingen inom sitt verksamhetsområde, samverka med den offentliga förvaltningen och enskilda samt stödja samverkan inom den offentliga förvaltningen (10 §). Det samlade ansvaret innebär att Myndigheten för digital förvaltning behöver kunna samverka med hundratals myndigheter.

Myndighetens strategiska mål är att öka digitaliseringstakten i offentlig förvaltning, etablera det ”digitala ekosystemet” och säkerställa ändamålsenlig digitalisering. Mer konkret ska myndigheten ansvara för den förvaltningsgemensamma digitala infrastrukturen (bl.a. e-legitimationer och underskrifter[59], säkra digitala försändelser, e-fakturering, gemensamma standarder och format inom sitt ansvarsområde) och bistå regeringen med underlag för utvecklingen av digitaliseringen av den offentliga förvaltningen och följa och analysera utvecklingen av densamma. Därutöver ska myndigheten bl.a. främja öppen och datadriven innovation.

Myndigheten samordnar det nationella nätverket för nyttorealisering, där många myndigheter, kommuner och regioner finns representerade. Nätverket ska vara ett forum för informations- och erfarenhetsutbyte i frågor som rör nyttorealisering. Inom ramen för nätverket har en vägledning tagits fram, som förvaltas av DIGG.

Under 2019 prioriterade myndigheten arbetet med regeringsuppdrag, men också frågorna om nationell e-legitimation, gränsöverskridande e-legitimation inom EU (eIDAS), e-faktura/e-handel, Mina meddelanden, tillgänglighet till digital offentlig service m.m.

6.3.5 Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten, som är underställd Finansdepartementet, har det samlade ansvaret för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter. Myndigheten ska främja innovativa lösningar inom upphandling.[60]

[59] E-legitimationsnämnden gick upp i DIGG, liksom Expertgruppen för digitala investeringar, som skulle hjälpa myndigheter att göra kloka investeringar.
[60] Se 1 § förordningen (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten.

Mer konkret ska Upphandlingsmyndigheten ge upphandlingsstöd till upphandlande myndigheter, enheter och leverantörer.[61] Upphandlingsmyndigheten ger stöd genom att utveckla och förmedla kunskap, verktyg och metoder för offentlig upphandling. Målet är hållbara, innovativa och effektiva upphandlingar. Myndigheten ska också samverka med olika slags aktörer.

Upphandlingsmyndigheten har haft regeringens uppdrag att förstärka upphandlingskompetensen hos de myndigheter som upphandlar verksamheter som berör äldre och personer med funktionsnedsättning.[62] Inom ramen för uppdraget gjordes en kartläggning om hur upphandling av välfärdsteknik och hjälpmedel utförs. Uppdraget redovisades i januari 2016.[63] Utifrån kartläggningen tog myndigheten på eget initiativ fram en vägledning med förslag riktade till kommuner och regioner om hur hjälpmedel och välfärdsteknik bäst upphandlas, *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik*.[64] [65]

Vägledningen är uppbyggd i kapitel som kan tillämpas stegvis i upphandlingsprocessen. Första kapitlet fokuserar på upphandlingens strategiska potential att främja utveckling samt hur förutsättningar för samverkan kan skapas för att förbättra möjligheterna för lyckad upphandling. Kapitel 2 går igenom behovsanalysen där brukar- och dialogfokus är viktiga delar. Kapitel 3 ger en struktur för upphandlingsdokumenten, kravställande, särskilt funktionskrav och utvärdering av anbud. Kapitel 4, 5 och 6 rör avtalsuppföljning och -hantering samt utvärdering av upphandlingen. Vägledningen är dock inte heltäckande för upphandlingsprocessen. För mer kunskap om upphandlingsprocessen hänvisas till myndighetens webbplats.

[61] 2 § i instruktionen.
[62] Uppdrag att förstärka upphandlingskompetensen hos upphandlande myndigheter som upphandlar verksamhet som berör äldre och personer med funktionsnedsättning (S2015/110FST).
[63] Upphandlingsmyndigheten (2016a). *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning*.
[64] Upphandlingsmyndigheten (2017b). *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik. Vägledning nr 1.*
[65] Vägledningen togs fram med hjälp av representanter från brukar- och branschorganisationer, kommuner, landsting och myndigheter, Socialstyrelsen, MFD, SKR, Region Skåne, Eskilstuna kommun, Landstinget Dalarna och Stockholms läns landsting.

6.3.6 Post- och telestyrelsen (PTS)

Post- och telestyrelsen (PTS) är en myndighet under Infrastrukturdepartementet. PTS är den myndighet som enligt sin instruktion[66] ska bevaka områdena elektronisk kommunikation och post i Sverige. Arbetet sker genom tillsyn och beslut utifrån de bestämmelser som reglerar verksamheten. PTS har också meddelat föreskrifter om driftsäkerhet och robusthetshöjande åtgärder.

PTS har i uppdrag av regeringen att beskriva och analysera den faktiska och möjliga tillgången till infrastruktur och tjänster för elektronisk kommunikation. PTS mobiltäcknings- och bredbandskartläggning är en årlig rapport som kartlägger tillgången till och utbyggnaden av fast och mobil bredbandsinfrastruktur. Kartläggningarna bidrar till att ge kommuner en bild av den aggregerade mobiltäckningen respektive bredbandstillgången i kommunen som helhet eller i delar av kommunen, vilket underlättar kommuners planering t.ex. inför införandet av en digital tjänst.

PTS ansvarar för ett kansli för regeringens Bredbandsforum. En central del i Bredbandsforum där PTS medverkar är arbetsgrupperna, där sakfrågor diskuteras. Även Digitaliseringsrådets kansli är inrättat hos PTS. Digitaliseringsrådet inrättades av regeringen våren 2017 i syfte att driva på en aktiv digitaliseringspolitik och bistå regeringen med strategiska analyser.

6.4 Andra nationella aktörer på området digitalisering av välfärden

6.4.1 Rådet för styrning med kunskap

Enligt förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst ska styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst som statliga myndigheter ansvarar för utgöra ett stöd för huvudmän (kommuner och regioner) och olika professioner med ansvar för att patienter och brukare ges en god vård och insatser av god kvalitet (se 1 §).

De statliga myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap eller har centrala roller för att bidra till framtagandet av underlag för sådan styrning ska samverka i ett rådgivande organ. Rådets uppgift

[66] Förordningen (2007:951) med instruktion för Post- och telestyrelsen.

är att verka för att den statliga styrningen är samordnad och effektiv. Rådet ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttogörande av forskning och innovationer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rådet består av myndighetscheferna för Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forte, IVO, Läkemedelsverket, MFD, SBU och TLV. Det finns även en huvudmannagrupp och arbetsgrupper.

Huvudmannagruppen har gjort en prioriteringsordning för övergripande områden: socialtjänst, evidensbaserad praktik i socialtjänsten, folkhälsa och hälso- och sjukvård.[67] Huvudmannagruppen har i tidigare samråd med Rådet också framfört behovet av att stärka systemet för kunskapsstyrning genom att fokusera på strukturer för kunskapsutveckling och tagit fram några prioriterade områden, bl.a. hälso- och sjukvård som finansieras av kommunerna och förändring på systemnivå för att stödja utvecklingen inom mot en ”nära vård”.

Under 2018 inrättades den nya strukturen för kunskapsstyrning i regionerna med nationella programområden, NPO, med experter inom sjukdomsspecifika eller organisatoriska fält som exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar samt nationella samverkansgrupper, NSG, inom exempelvis patientsäkerhet. Fyra myndigheter i Rådet, bl.a. Socialstyrelsen, har tillsammans med regionernas nya struktur för kunskapsstyrning med NPO utvecklat en modell för långsiktigt samarbete på nationell nivå. Modellen kallas *Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården*. Syftet är att bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd, för att resurserna i hälso- och sjukvården ska användas på bästa sätt och för att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan personal och patient. Samverkan leds och samordnas av en nationell strategisk styrgrupp och en taktisk samordningsgrupp.

Större delen av partnerskapet är dock praktiskt arbete, t.ex. genom att nationella programområden och samverkansgrupper i regioners system för kunskapsstyrning och myndigheterna gör uppgifter till-

[67] Rådet för styrning med kunskap (2019). *Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2018*. s. 16.

sammans.[68] Målet är effektiv och jämlik hälso- och sjukvård med hög kvalitet.[69] Under 2018 arbetade man bl.a. med en pilot inom välfärdsteknik i samverkan mellan MFD, E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) och SKR i syfte att undersöka hinder för att använda de kunskapsstöd som tagits fram av olika aktörer på nationell nivå.

6.4.2 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Allmänt

SKR (tidigare SKL) är en medlemsorganisation för alla kommuner och regioner, en arbetsgivar- och intresseorganisation. Styrelsen består av förtroendevalda från kommuner och regioner.

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet. SKR fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. I rollen ingår att ge service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom, bl.a. socialtjänst. Man erbjuder även kurser och konferenser.

I uppdraget ingår att stödja kommuner med att digitalisera socialtjänstens verksamheter. SKR stödjer kommunernas utveckling med hjälp av digitalisering inom den sociala omsorgen på olika sätt. En del i SKR:s stöd är fördjupad kunskap. Det finns information om nyttorealisering, välfärdsteknik och juridik, informationssäkerhet, bredband, upphandling av välfärdsteknik m.m.

Inera AB

Inera ägs av SKR Företag, regionerna och nästan alla kommuner. Uppdraget är dels att utveckla och förvalta gemensamma, kvalitetssäkrade tjänster, dels att koordinera den digitala utvecklingen och tillhandahålla kompetens och material som stödjer regioners och kommuners verksamhetsutveckling genom digitalisering. Ägarna var länge Sveriges regioner (tidigare landsting). I mars 2017 blev SKR Ineras

[68] https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/partnerskapmedmyndigheter.26422.html
[69] Rådet för styrning med kunskap (2019), s. 18.

huvudägare. Därmed utvidgades Ineras uppdrag till att även omfatta kommunernas verksamhetsområden. Syftet är att öka tempot i digitaliseringen genom att återanvända Ineras kompetens och bredda Ineras tjänsteutbud. Inera har inget vinstintresse.

Ungefär 35 digitala tjänster drivs i dag av Inera, bland annat 1177 Vårdguiden, Nationell patientöversikt och Journalen. Inera ansvarar också för den gemensamma infrastruktur och it-arkitektur som ligger till grund för många av tjänsterna. Arbete pågår med hur de nuvarande tjänsterna kan anpassas för kommunerna.

Inera stödjer digitalisering av regioners och kommuners verksamheter genom att tillhandahålla kompetens och material, bl.a. vägledningar, riktlinjer och anvisningar till stöd för digitaliseringsarbetet. Ett arbete görs nu så att kommunerna får motsvarande stöd för sin verksamhetsutveckling med hjälp av digitalisering. Inera omvärldsbevakar och tar fram strategiska analyser, handlingsplaner och ställningstaganden för regioner och kommuner. Inera utvärderar både internationella och nationella standarder och tar fram anvisningar för hur de ska tillämpas för att skapa interoperabilitet.

Inera har i uppdrag av sina ägare att tillhandahålla ett ramverk för interoperabilitet, förvalta detaljerade specifikationer för informationsöverföringen samt stödja i tillämpning. Inera utvecklar och förvaltar referensarkitekturer inom specifika områden, exempelvis e-hälsa och identitet och åtkomst. Arkitekturen fungerar som en mall och är vägledande när verksamheter ska utveckla lösningar inom dessa områden. Inera tar också fram förslag till regelverk för informationssäkerhet, juridik och kvalitetssäkring, liksom upphandlingsstöd i form av ett kravbibliotek, alltså samlade krav på gemensamma förutsättningar som bör användas vid upphandlingar.

Gällande Ineras förhållande till andra aktörer framgår bl.a. följande på hemsidan. Inera samverkar med både statliga myndigheter och näringsliv. Inera fokuserar främst på att hantera sammansatta frågor som andra parter har svårt att ta och som samtidigt kan skapa stor verksamhetsnytta. Det kan exempelvis vara komplexa utvecklingsinsatser inom infrastruktur, såsom ”Säker digital kommunikation” och identitet och åtkomst, som behövs för en digital verksamhetsutveckling och där Ineras arbete kan vara möjliggörare. Inera ska inte ägna sig åt specifika insatser som kan hanteras av andra aktörer, som att utveckla och förvalta appar. Inera kan däremot stå för regelverk, upphandlingsunderlag och den infrastruktur som behövs för att appar

ska kunna utvecklas av andra parter. Inera vill stimulera marknaden till att utveckla slutanvändarapplikationer i verksamhetssystem för regioner och kommuner, alltså Ineras primära kunder.

SKL Kommentus Inköpscentral (SKI)

SKL Kommentus Inköpscentral ägs av SKR samt en majoritet av Sveriges kommuner. SKI samordnar upphandlingar åt kommuner, regioner och deras bolag. Huvudområdena är energi, it, digitalisering, finansiella och administrativa tjänster, fordon och drivmedel samt varor och tjänster.

Sedan februari 2013 har det funnits ett nationellt samordnat ramavtal där 131 kommuner har kunnat avropa hela eller valda delar av trygghetskedjan för *digitala trygghetslarm*. I det nya ramavtalet, som trädde i kraft den 17 oktober 2016, är 27 kommuner avropsberättigade, vilket innebär att nästan samtliga kommuner kan göra avrop för att digitalisering av trygghetslarm. SKI har också i och med det nya avtalet byggt upp en mer aktiv avtalsförvaltning inom detta område. Genom konsultstöd kan kommunerna få stöd gällande bl.a. kvalitetssäkring och förfrågningsunderlag. Vidare bekostar även SKI konsultstöd till avropande kommuner för stöd vid leveransverifiering vid implementering av ny lösning eller nya produkter. Upphandlingsarbetet har bedrivits i samverkan med SKR, SIS och MFD samt verksamhetspersoner från flera kommuner.[70]

SKI har inlett ett arbete med en upphandling av trygghetsskapande teknik för användning i både särskilt och ordinärt boende, *Trygghetsskapande teknik 2018*. Upphandlingen ska tillgodose upphandlande myndigheters behov att utan dröjsmål kunna uppmärksamma brukares behov av stöd och hjälp och att kunna utföra tillsyn på distans. Ramavtalet förväntas vara klart för avrop i juni 2020.

[70] Bland annat har krav ställts på att kommunikationen mellan trygghetslarmen och larmmottagningen ska följa den svenska standarden SS 91100:2014, Social Care Alarm Internet Protocol (SCAIP). Se MFD (2017a), s. 40.

Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS)

SKR administrerar 24 regionala nätverk för samverkan och utveckling. De regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) verkar på länsnivå. De är utformade efter förutsättningar och behov i respektive län och samverkar i frågor som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård mellan kommuner och mellan kommuner och regioner.

Respektive län har utsett en kontaktperson som fungerar som ingång till den regionala nivån. Till den personen kan man vända sig om man vill veta mer om utvecklingen. Deras yrkestitlar varierar beroende på verksamhetsområde. Gemensamt för representanterna i RSS är deras uppdrag att bidra till att stabila och långsiktigt hållbara strukturer kommer på plats i varje län/region. De ger också stöd till huvudmännen i dialogen om kunskapsutveckling och kunskapsstyrning, t.ex. som regionala representanter i NSK-S (Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten) och genom att vara parter i Partnerskapet mellan RSS, SKR och Socialstyrelsen.

Som nämnts finns en formell samverkansmodell för långsiktig kunskapsutveckling mellan RSS och den nationella nivån till stöd för socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård. Det s.k. partnerskapet bidrar till utvecklingen av evidensbaserad praktik på regional och lokal nivå anpassat till regionala och lokala prioriteringar, vilket kan innebära att identifiera behov av kunskapsutveckling, samla och sprida bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet, stödja systematisk uppföljning och analys, stödja systematiskt förbättringsarbete och implementering och stödja kompetensutveckling. I de tidigare satsningarna på en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten anslog regeringen medel specifikt till detta som bl.a. annat fördelades till regionala samverkans- och stödstrukturer.[71] [72] Efter överenskommelsens slut 2016 finns det ingen statlig finansiering riktad till strukturerna.

[71] MFD (2017a), s. 57.
[72] Totalt avsatte regeringen 682 miljoner kronor mellan åren 2011 och 2014 för överenskommelsens insatser. Under 2015 och 2016 avsattes 60 miljoner kronor respektive 25 miljoner kronor. Se vidare Statskontoret (2014), *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKR. Slutrapport*.

De finansieras nu genom de generella statsbidragen till kommuner och landsting och även genom SKR. [73] [74]

Nationella samverkansgrupper

För samverkan, stöd och lärande mellan länen/regionerna, kommuner och nationell nivå träffas regionernas representanter i olika nätverk som SKR leder. Nätverken är forum för information- och erfarenhetsutbyte och ett viktigt stöd i arbetet med kunskapsutveckling och förbättringsarbete. Nätverkens representanter har uppdrag av en region, ett kommunalförbund eller en FoU-miljö. Personen har en fast plats och man eftersträvar personalkontinuitet. Länen representeras vanligen av en person, men storstadslänen kan ha flera representanter per län. Medlemmarna i nätverken finansieras av kommunerna. Nätverken träffas cirka fyra gånger per år.

Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S) består i huvudsak av ledamöter som representerar socialtjänsten i samtliga län, tillsammans med representanter från relevanta nätverk och kunskapsstyrande myndigheter. Ledamöterna har titlar som socialchef, förvaltningschef, divisionschef, socialdirektör och chef för sociala avdelningen.

Socialchefsnätverket ska företräda länets socialchefer och bidra till beredning av frågor som rör socialtjänstens verksamhetsområde och angränsade hälso- och sjukvård. Nätverket är ett forum för erfarenhetsutbyte för socialchefer, myndigheter och organisationer.

Nätverket för e-hälsa i kommunerna består av representanter från regionerna, i regel en representant per region. Av nätverkets uppdragsbeskrivning framgår att en aktivitet är att agera referensgrupp i nationella projekt. Representanterna har befattningar som it-verksamhetsutvecklare, e-hälsostrateg, forsknings- och utvecklingsledare, digitaliseringsstrateg, e-strateg och e-hälsosamordnare.

De nationella nätverken finns för bl.a. områdena digitalisering inom socialtjänst, systematisk uppföljning och äldre. Deltagarna i nätverken arbetar med de frågor som respektive län/region bestämt

[73] *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015* samt *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.*

[74] Som MFD framhållit finns ”en utmaning” i att de regionala strukturerna ska fungera som de gjorde under åren då överenskommelsen fanns och det fanns särskilda medel anslagna.

utifrån de prioriterade frågor som Socialchefsnätverket och Nätverket för regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) beslutar att nätverket ska arbeta med under året. De har möjlighet att ingå i arbetsgrupper som ger möjlighet till förankring av de prioriterade frågorna nationellt och lokalt. Vid behov kan de medverka i kartläggningar i länet för att bidra till sammanställning av angelägna frågor där det finns behov av att få en nationell bild. De ansvarar för att sprida och förankra principiellt viktig information till kommunerna och föra upp motsvarande till den nationella nivån.

Beställarnätverk

Ett beställarnätverk kan beskrivas som ett permanent samarbete mellan köpare med likartade behov. Det ger ett underlag för de medverkande organisationerna att gemensamt eller var för sig genomföra upphandlingar. Nätverket erbjuder ett tätt och nära samarbete, men de medverkande förvaltningarna och bolagen är inte bundna av gemensamma upphandlingar.

SKR har sedan några år ett *beställarnätverk för välfärdsteknik*[75] där ett 15-tal kommuner ingår. Utöver kommunerna medverkar också kommunalförbund och SKI. Deltagarna i beställarnätverket har god kompetens och stort engagemang i de aktuella frågorna. Beroende på ämnet ska användare involveras direkt i gruppen eller i deltagande kommuner. Företag och branschorganisationer ingår inte i gruppen, men anses som en viktig samverkanspart.

SKR hade i en överenskommelse med Vinnova enats om uppdrag och finansiering för Beställarnätverk välfärdsteknik för 2017–2019. Uppdraget var att underlätta arbetet med att upphandla välfärdsteknik genom att publicera rekommendationer samt att stimulera innovation och utvecklingen av nya tjänster genom att kommunicera behov och utmaningar till marknaden.

[75] Jfr www.upphandlingsmyndigheten.se/omraden/dialog-och-innovation/bestallarnatverk/

Figur 6.2 Exempel på nationell och regional samverkan som berör e-hälsa och välfärdsteknik

[1] Se kapitel 3.6.2.

Nätverket väljer själva vilka frågor som ska prioriteras, men fokus ska vara på frågor där kommuner har svårt att nå framgång på egen hand. Gruppen arbetar med frågor som hänger nära samman med upphandlingsprocessen, t.ex. behovs- och riskanalys samt utvärdering. Fokus ligger på att ta fram underlag som kunskap, analyser, metoder och rekommendationer om till exempel krav och kriterier som kan användas av kommuner i samband med upphandling. Arbetet präglas av en strävan att möjliggöra innovationsupphandlingar. En viktig del är att få fram väl fungerande funktionskrav inklusive metoder för prövning och utvärdering. Nätverket har också deltagit i arbetet med E-hälsomyndighetens regeringsuppdrag om nationellt stöd.[76]

Beställarnätverk välfärdsteknik har tagit fram en vägledning för upphandling av välfärdsteknik.[77] Vägledningen gavs ut i januari 2018 och reviderades 2018. Den reviderade versionen är helt digital och publicerades successivt under januari–februari 2019. Vägledningen är tänkt att användas av både verksamhetsföreträdare och upphandlare.

Här ska också nämnas *beställarnätverk socialtjänsten* som SKR driver för att stödja kommunerna i arbetet med att modernisera och digitalisera sina verksamhetssystem. Många kommuner efterfrågar mer nationellt stöd i arbetet med att upphandla nya verksamhets-

[76] E-hälsomyndigheten (2019), s. 11.
[77] SKR (2019). *Upphandling av välfärdsteknik En vägledning* https://rapporter.skl.se/upphandling-av-valfardsteknik.html

system och i dialogen med leverantörer av befintliga system. För att stödja kommunerna leder SKR därför ett beställarnätverk för hela socialtjänstens verksamhetssystem (individ- och familjeomsorg, äldreomsorg, LSS, socialpsykiatri och kommunal hälso- och sjukvård). Arbetet pågår 2019–2022 och medfinansieras av Vinnova.

Slutligen ska framhållas att SKR under våren 2020 ska etablera ett *beställarnätverk inom området bredbandsanslutning* för offentliga digitala tjänster. Syftet är att stötta beställarrollen samt att skapa en mötesplats och plattform för att diskutera behov, strategiska vägval och formulera krav inför upphandling av bredbandsanslutning.[78]

Annat stöd för verksamhetsutveckling och digitalisering

Förändringsledningsprogrammet *LEDA för smartare välfärd* initierades av SKR i samarbete med Vinnova med syftet att öka hastighet, nytta och kvalitet i införandet av digitala lösningar. Hälsa och omsorg i en digital värld var en av de två inriktningarna i LEDA för smartare välfärd. Programmet skulle identifiera, beskriva och sprida vad som möjliggör utveckling och vad som kan stå i vägen. Genom ökad förståelse för vad som utmärker ett lyckat införande av ny teknik skulle programmet gynna vidare utveckling inom alla kommuner. Under 2016–2017 deltog 20 kommuner. Slutrapporter och lärdomar från projektet finns publicerade, men satsningen förefaller inte ha fått någon samordnad fortsättning.

SKR har dock nyligen ingått en överenskommelse med regeringen om ett kompetenslyft hos ledningen i kommuner och regioner, *Kompetenslyft för ökad digital kompetens hos ledning i kommuner och landsting 2018–2020*. Uppdraget ska slutrapporteras senast den 28 februari 2021. Med ledning avses politiker, ledande tjänstemän och andra nyckelpersoner inom kommuner och regioner. Syftet är att öka deras förmåga att ta tillvara digitaliseringens möjligheter och hantera dess utmaningar samt öka takten i moderniseringen av välfärden och den offentliga sektorn.

SKR avser att ta fram material för att användas i utbildningar, nätverk och andra forum för målgruppen t.ex. SKR:s ordförandedag, chefsnätverk, toppledarprogram etc., liksom material för inspiration

[78] *Källa:* SKR.

och agendasättning med fokus på ledningens engagemang och ansvarstagande för digitalisering samt vikten av utveckling och innovation. SKR avser även att ta fram ett självskattningsverktyg i syfte att utifrån den egna, gruppens och organisationens digitala kompetens aggregera en bild av ledningens samlade förmåga att leda förändringsarbete med digitalisering. SKR avser att erbjuda såväl regionala som lokala workshops som är lokalt anpassningsbara. Man planerar att erbjuda ett fördjupat återkommande stöd till en mindre grupp kommuner och regioner för att få fram goda förebilder. SKR ska utarbeta vägledningar till mer sektorsspecifikt kunskapsmaterial. När det gäller kunskapsmaterial kring frågor som är av generell karaktär för offentlig sektor är samarbete med sektorsmyndigheter nödvändigt. Utgångspunkten är att allt material ska publiceras under licensformer som möjliggör delning och återanvändning.

7 Rättsliga utgångspunkter

7.1 Rättsliga förutsättningar för vård och omsorg vid nedsatt beslutsförmåga.

7.1.1 Socialtjänsten

Enligt 1 kap. 1 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ska verksamheten bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Av 3 kap. 5 § SoL följer att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Bestämmelsen, som är av grundläggande betydelse för socialtjänsten, innebär att varken socialnämnden eller socialarbetarna får vidta insatser ”över huvudet” på klienterna.[1]

Såväl handläggningen av ärenden som genomförandet av sociala insatser och vårdinsatser ska grundas på den enskildes självbestämmande och frivillighet.[2] Vid valet mellan olika insatser ska stor hänsyn tas till den enskildes önskan. Vidare krävs som regel en ansökan från den enskilde för beslut om bistånd.[3] När det gäller uppsökande verksamhet ska socialnämnden enligt förarbetena vända sig till den saken rör, upplysa om vad som har blivit känt och föreslå stöd- och hjälpinsatser. Utredning bör endast inledas i samförstånd med den enskilde, såvida det inte är fråga om sociala nödsituationer. I förarbetena sägs också att om den enskilde avvisar erbjuden hjälp, kan nämnden som regel inte vidta någon ytterligare åtgärd. Undantag måste dock göras i de fall då nämnden oberoende av den enskildes samtycke kan vara skyldig att handla på grund av speciallagstiftning.

[1] Se förarbetena till dåvarande 9 § socialtjänstlagen (1980:620) som har samma lydelse som 3 kap. 5 § SoL; Regeringens proposition om socialtjänsten (prop. 1979/80:1), del A, s. 528.
[2] Prop. 1979/80:1 s. 208 f. Enligt Socialstyrelsens handbok ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten” kan ett ärende hos nämnden aktualiseras på i princip tre olika sätt: genom ansökan eller begäran, genom anmälan eller på annat sätt (s. 351).
[3] Jfr t.ex. JO:s beslut den 16 december 2009, dnr 4248-2008.

Den grundläggande bestämmelsen om bistånd finns i 4 kap. 1 § SoL. Rätten till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL förutsätter en individuell behovsprövning (jfr bl.a. RÅ 1991 ref. 61), varvid biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Av 4 kap. 2 a § SoL, som infördes i juli 2018, framgår att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer. Ett sådant erbjudande förutsätter dock att den äldre personen har informerats om i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon kan påverka utförandet av insatserna, på vilket sätt kommunen följer upp insatserna och rätten att alltid kunna ansöka om bistånd enligt 1 §. Kommunen ska i dessa fall följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas kvalitet enligt 3 kap. 3 § och värdegrunden i 5 kap. 4 §.

Av förarbetena till SoL framgår att vid bedömningen av vilken insats som kan komma i fråga måste en sammanvägning göras av olika omständigheter såsom den önskade insatsens lämplighet som sådan, kostnaderna för den i jämförelse med andra insatser samt den enskildes önskemål. Det kan inte finnas en obegränsad frihet för den enskilde att välja sociala tjänster oberoende av kostnad (prop. 2000/01:80 s. 91). Frågor som rör insatsens närmare utformning kan heller inte prövas i domstol. Om en domstol beviljar bistånd ska domstolen normalt inte gå närmare in på utformningen av insatsen utan överlåta det till kommunen, se t.ex. HFD 2013 ref. 39. I ett liknande rättsfall yttrade Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) att den enskilde hade rätt att få prövat om den av kommunen beslutade insatsen på ett godtagbart sätt tillgodosåg hans individuella behov. Däremot ankom det inte på domstolarna att begränsa kommunens möjligheter att utforma insatsen på ett lämpligt sätt.[4] HFD uttalade bl.a. följande.

> Vid de bedömningar och avvägningar som ska göras för den närmare utformningen måste hänsyn tas till lokala förhållanden som organisatoriska aspekter, tillgång till adekvat personal m.m. En viss flexibilitet måste också finnas. Ett ställningstagande till detaljerna i utformningen av en viss insats torde dessutom ofta vara att betrakta som ett beslut om verkställighetsåtgärder, och rena verkställighetsbeslut anses inte vara överklagbara (jfr RÅ 2007 ref. 62 I och II samt RÅ 2010 ref. 91).

[4] HFD 2011 ref. 48. Målet gällde insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

7.1.2 Hälso- och sjukvård

I början av 1900-talet torde det ha varit vanligt med uppfattningen att patienten redan genom att anlita läkarens tjänster underförstått också lämnat ett generellt samtycke till samtliga de åtgärder som läkaren kan finna det lämpligt att vidta i sin strävan att återställa patientens hälsa eller i vart fall lindra patientens lidande.[5] Enligt detta synsätt behövde inte patienten tillfrågas om han eller hon var villig att underkasta sig åtgärderna, eller ens närmare informeras. Ett sådant synsätt förutsätter att man frånkänner patienten självbestämmanderätt och inte värdesätter patientens aktiva medverkan i vården.

Detta är emellertid oförenligt med nu gällande rätt. Hälso- och sjukvården ska numera så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, se 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), förkortad PL.[6] Bestämmelsen bygger på 2 a § i äldre hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) där det också stod att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.[7] Även av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att patienten ska visas omtanke och respekt.

Patientlagens fjärde kapitel har rubriken ”Samtycke”. I 4 kap. 1 § anges att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och i 4 kap. 2 § anges att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke, om inte annat följer av lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. 1 och 2 §§ (ofta kallat informerat samtycke). Patienten ska bl.a. få information om sitt hälsotillstånd och de metoder som finns för undersökning, vård och behandling (3 kap. 1 §). Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 §). Enligt förarbetena måste den som lämnar informationen hjälpa mottagaren att värdera informationen, ge

[5] Rynning, E. (1994). *Samtycke till medicinsk vård och behandling: en rättsvetenskaplig studie*. s. 329.

[6] Patientlagen syftar enligt sin första paragraf till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen ska även stödja patientens möjlighet att medverka och vara medskapande i vårdprocessen.

[7] I förarbetena angavs att bestämmelsen skulle bidra till att ge patienterna möjlighet att påverka hälso- och sjukvårdsinsatserna. Patienten kan dock inte själv få bestämma vilken vård som ska ges och patientens medverkan kan aldrig innebära att kraven på att vården och behandlingen ska ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eftersätts (prop. 1981/82:97 s. 50).

aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande. I detta ingår att så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av informationen.

Patienten kan lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden (4 kap. 2 § andra stycket PL).[8] Enligt förarbetena kan detta ske genom att patienten genom sitt agerande visar att han eller hon samtycker till en åtgärd, genom att exempelvis underlätta vid blodprovstagning[9] (s.k. konkludent handlande). Patienten när som helst kan ta tillbaka sitt samtycke (tredje stycket).

För att patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa föreskrivs i 4 kap. 4 § ett undantag från regeln om krav på samtycke:

> Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Det är bara sådan vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa som får ges utan patientens samtycke. Det ska således vara fråga om sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning.[10]

Enligt författningskommentaren kan andra orsaker till att patienten inte kan ge sitt samtycke än att han eller hon är medvetslös vara att patienten är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetslöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat. Bestämmelsen är även tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation. Under den tid ett akut eller i övrigt nödvändigt omhändertagande pågår får en nödsituation anses vara för handen. När så inte längre är fallet kan vård inte längre ges med stöd av denna bestämmelse, även om patienten fortfarande inte är i stånd att uttrycka sin vilja. Bestämmelsen ska således inte tillämpas för att t.ex. fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutsoförmögen hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär. I dessa fall torde stöd för vården även fort-

[8] Av bestämmelsen framgår att den är subsidiär till annan lagstiftning.
[9] Prop. 2013/14:106. Patientlag, s. 57.
[10] Prop. 2013/14:106 s. 57 och 120.

sättningsvis få hämtas i den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken, enligt förarbetena. [11] Det har dock ifrågasatts om sådant stöd kan anses tillräckligt, se t.ex. i SOU 2015:80.[12]

Att hälso- och sjukvårdsåtgärder inte får vidtas utan patientens samtycke framgick före patientlagens ikraftträdande endast indirekt. Av förarbetena till den äldre hälso- och sjukvårdslagen framgår dock att patienten i princip ansågs ha en obegränsad rätt att avstå från behandling och att han eller hon därmed kunde kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas (jfr prop. 1981/82:97 s. 118).

I patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, finns vissa regler gällande behandling av personuppgifter som rör människor med nedsatt beslutsförmåga. Det handlar dels om sammanhållen journalföring, dels om nationellt kvalitetsregister. Sammanhållen journalföring är en benämning för ett elektroniskt system som möjliggör att vårddokumentation görs åtkomlig för andra vårdgivare genom direktåtkomst. Härigenom kan offentliga och privata vårdgivare bygga upp system för elektroniskt utlämnande i gemensamma databaser eller andra gränsöverskridande informationssystem för utbyte av individuell patientinformation.[13] [14]

Enligt 6 kap. 2 § PDL har patienten rätt att motsätta sig att uppgifter görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. En förutsättning för att uppgifter om en patient ska få göras tillgängliga för andra vårdgivare är enligt tredje stycket att patienten i förväg har informerats om vad den sammanhållna journalföringen innebär och om att det är möjligt att motsätta sig personuppgiftsbehandlingen.[15] I 6 kap. 2 a § PDL finns dock ett undantag: En vårdgivare får göra uppgifter om en patient *som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning* enligt 2 § tillgängliga om patientens

[11] Prop. 2013/14:106. s. 120 f.
[12] Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. (2015).
[13] Landstingen skapade inom ramen för regeringens strategi för Nationell eHälsa tjänsten Nationell patientöversikt (NPÖ) som bygger på bestämmelserna om sammanhållen journalföring och medger sammanhållen journalföring över hela riket, förutsatt att vårdgivare har tecknat tjänstekontrakt med Inera AB om att få ansluta sig till tjänsten antingen som ”producent” eller ”konsument” av information. De flesta privata vårdgivare är indirekt anslutna via regionernasit-plattformar. Även vissa kommuner har anslutit sig.
[14] Se prop. 2007/08:126 s. 170. Sådan direktåtkomst är inte tillåten mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst Den kommunala hälso- och sjukvården har däremot sådana möjligheter.
[15] Bestämmelsen i 6 kap. 2 § PDL kompletteras av en sekretessbrytande bestämmelse i 25 kap. 11 § OSL som innebär att hälso- och sjukvårdssekretessen inte hindrar att uppgift lämnas till en myndighet som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården eller till en enskild vårdgivare enligt reglerna om sammanhållen journalföring.

inställning till sådan behandling av personuppgifter så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen av personuppgifter.

I författningskommentaren till 6 kap. 2 a § PDL anges bl.a. följande.[16] Med att ta ställning avses det förhållandet att patienten inte har förmåga att ta ställning till om han eller hon ska motsätta sig att personuppgifter om honom eller henne ska få göras tillgängliga för andra vårdgivare i sammanhållen journalföring eller ta del av information som ska lämnas enligt sistnämnda paragraf. Förmågan för patienten att ta ställning kan exempelvis påverkas av olika former av kognitiva störningar. Oförmåga kan uppstå av många skäl. Exempelvis behöver demens inte alltid medföra att personen har nedsatt förmåga i alla avseenden. I tidigt stadium kan personen ofta ta ställning till vård- och behandlingsinsatser eller den informationshantering som föranleds inom hälso- och sjukvården. Förmågan att ta ställning till frågor om personuppgiftsbehandling måste bedömas i det enskilda fallet.

Vidare anges följande. Hur omfattande åtgärder vårdgivaren behöver vidta för att klarlägga inställningen får avgöras av förhållandena i det enskilda fallet. Med att det inte finns anledning att anta menas att det inte ska föreligga konkreta omständigheter som visar att patienten skulle motsätta sig personuppgiftsbehandlingen. En vårdgivare kan t.ex. ha fått information av en närstående eller en vård- och omsorgsanställd om att patienten skulle ha motsatt sig att dennes personuppgifter görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring. Sådan information får anses medföra att någon personuppgiftsbehandling i form av tillgängliggörande i ett system för sammanhållen journalföring inte bör ske. Skulle omständigheterna vara sådana att patienten när han eller hon hade förmåga att ta ställning har givit uttryck för att han eller hon inte vill att vårdgivare ska tillgängliggöra personuppgifterna för annan vårdgivare så bör inte heller uppgifterna tillgängliggöras genom sammanhållen journalföring. Detta bör gälla under förutsättning att inte alltför lång tid har förflutit mellan viljeyttringen och oförmågan att ta ställning. Saknas kännedom eller går det inte att ta reda på vad patienten har för inställning och finns det inte någon omständighet som visar att patienten skulle

[16] Prop. 2013/14:202 s. 41.

motsätta sig personuppgiftsbehandlingen så kan personuppgifterna göras tillgängliga med stöd av denna paragraf.

I förarbetena anfördes vidare bl.a. följande.[17]

> Enligt regeringens mening måste en avvägning göras mellan den personliga integriteten och det intresse som ska tillgodoses med ett tillgängliggörande av personuppgifter för personer som inte själva kan fatta dessa beslut. Möjligheten att tillgängliggöra personuppgifter i ett system för sammanhållen journalföring för personer med nedsatt beslutsförmåga måste därför framstå som proportionerligt i förhållande till ändamålet. Regeringen bedömer att behovet av skydd för patientens liv och hälsa väger tyngre än dennes behov av skydd för den personliga integriteten. Regeringen har i detta också beaktat den sekretessbrytande bestämmelse som i dag är tillämplig och som innebär att uppgifterna i sig kan lämnas ut på sedvanligt vis.

Regeringen föreslog samtidigt och på liknande grunder att det ska vara tillåtet att behandla personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister för enskilda som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning till detta om hans eller hennes inställning till sådan personuppgiftsbehandling så långt som möjligt klarlagts och det inte framkommer att han eller hon skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen (huvudregeln är att personuppgifter inte får behandlas i ett kvalitetsregister, om den enskilde motsätter sig det). En sådan bestämmelse återfinns nu i 7 kap. 2 a § PDL:

För den enskilde som *inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning* enligt 2 § första stycket får personuppgifter behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister, om

1. hans eller hennes inställning till sådan personuppgiftsbehandling så långt som möjligt klarlagts, och
2. det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen.

Av förarbetena framgår att bl.a. Datainspektionen avstyrkte förslaget, bl.a. för att lagförslaget saknade krav på att de utredningar som görs av den beslutsoförmögnes inställning ska dokumenteras. Regeringen anförde emellertid att förutsättningarna för att kvalitetssäkra och utveckla vården för personer som i dag eller i framtiden har nedsatt beslutsförmåga är begränsade och ansåg att det ska finnas lika goda legala förutsättningar att förbättra vården, omhändertagandet och

[17] Prop. 2013/14:202 s. 19.

livskvaliteten för personer med nedsatt beslutsförmåga som det gör för personer som kan samtycka och ge uttryck för sin inställning i dessa frågor. Det handlar om bärande värden i samhället och om att tillgodose alla människors behov av trygghet och rätt till bästa möjliga vård och omhändertagande. Det ansågs inte acceptabelt att det saknas legala förutsättningar för förbättringar av vården, ett gott och patientsäkert omhändertagande och ett aktivt arbete med livskvaliteten för personer med nedsatt beslutsförmåga. En patient som saknar möjlighet att samtycka till eller motsätta sig registrering i kvalitetsregister ska inte riskera sämre vård än andra patienter, anförde regeringen (prop. 2013/14:202 s. 29 f.).

En särskild fråga som berördes av regeringen på s. 35 var om och i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonalen bör dokumentera bedömningen av beslutsförmågan. Utredningen om rätt information i vård och omsorg hade inte föreslagit några ytterligare dokumentationskrav[18] än de som redan i dag följer av gällande bestämmelser i PDL och av Socialstyrelsens föreskrifter. Flera remissinstanser hade synpunkter på dokumentationen av bedömningen av beslutsförmåga. Regeringen anförde därvid bl.a. följande.

> Regeringen anser att hälso- och sjukvården redan i dag omfattas av en omfattande dokumentationsskyldighet. Redan av nuvarande regelverk följer att de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten ska dokumenteras i patientjournalen (3 kap. 6 § PDL). Det handlar bl.a. om väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om diagnoser samt om vidtagna och planerade åtgärder. … Regeringen anser att det av ovanstående följer att hälso- och sjukvårdspersonalen bör dokumentera att man bedömt att patienten saknade förmåga att lämna samtycke samt att man bedömt att uppgifterna behövdes för den vård som var nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd. Det möjliggör en spårbarhet i journalsystemen och en uppföljning av sådan åtkomst som sker med stöd av den bestämmelse som föreslås. Även andra grunder för åtkomst till journaluppgifter genom sammanhållen journalföring bör lämpligen dokumenteras i patientjournalen. Regeringen finner inte anledning att ytterligare reglera dokumentationsskyldigheten i lag. Behov av ytterligare föreskrifter inom området för att tydliggöra dokumentationsskyldigheten bör i så fall utfärdas på myndighetsnivå och komplettera de av Socialstyrelsen gällande föreskrifterna om informationshantering och journalföring.

[18] Utredningen om rätt information i vård och omsorg, överlämnade i juni 2013 sitt delbetänkande Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45).

7.1.3 Närmare om olika former för att lämna samtycke

I den juridiska doktrinen har under lång tid förts diskussioner om olika typer av samtycken och i vad mån de kan ligga till grund för åtgärder inom hälso- och sjukvården samt den sociala omsorgen.[19] En helt grundläggande förutsättning för att ett samtycke ska anses giltigt är förstås att det har avgetts frivilligt.[20]

Ett samtycke kan vara *skriftligt*. Skriftliga samtycken har fördelar i bevishänseende, t.ex. vid disciplinförfaranden mot personal. Det är dock mindre vanligt inom svensk hälso- och sjukvård. Dessutom utgör ett skriftligt samtycke knappast någon garanti för att personen verkligen har förstått innebörden av situationen. Det kan också ge det felaktiga intrycket av att man ingått ett avtal som inte får brytas, när i själva verket ett samtycke får återkallas när som helst.[21]

Ett vanligt sätt att tillkännage sin inställning till en hälso- och sjukvårdsåtgärd är att uttrycka ett *muntligt* samtycke. Den stora fördelen med denna samtyckesform är att det kan ingå som ett naturligt led i det föreskrivna samrådet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient. Det är också mindre resurskrävande än ett skriftligt förfarande, även om det bör dokumenteras på något sätt.

Om en person inte i ord ger uttryck för ett samtycke, kan ett samtycke likväl komma till uttryck genom patientens handlande, s.k. *konkludent samtycke*, en sorts tyst samtycke. Patienten kan t.ex. ta emot och svälja erbjuden medicin. Detta är troligen den vanligast förekommande samtyckestypen inom hälso- och sjukvården, i vart fall beträffande åtgärder av mindre ingripande art.[22] Hälso- och sjukvårdspersonalen informerar om vad som planeras, varpå patienten ställer sig till förfogande för åtgärdens genomförande. Fördelen är att det är enkelt och tidsbesparande att patienten inte måste lämna ett muntligt eller skriftligt samtycke till varje liten åtgärd. Risken för missförstånd antas emellertid vara större. Elisabeth Rynning har fört fram att tillämpningen av konkludent samtycke, att inte särskilt efterfråga ett verbalt uttryckt samtycke, kan anses vittna om en mer nonchalant inställning till patientens självbestämmanderätt och det

[19] Ett standardverk är Elisabeth Rynnings avhandling. Rynning (1994). Avhandlingen avspeglar dock rättsläget före patientlagen.
[20] Jfr lag (1924:323) om verkan av avtal, som slutits under påverkan av en psykisk störning och 3 kap. 28–31 §§ lagen (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område.
[21] Angående skriftliga samtycken, se Rynning (1994), s. 318 f.
[22] Rynning (1994), s. 322.

principiella kravet på samtycke. Patienten kan få den felaktiga uppfattningen att det saknar betydelse om man samtycker till åtgärden eller ej. Enligt Rynning bör konkludent samtycke undvikas dels vid ingrepp av mer ingripande art, dels när patientens hälsotillstånd eller personliga förutsättningar är sådana att det finns en ökad risk för missförstånd.[23]

Om en person är fullt medveten om vilken åtgärd som planeras och rent faktiskt samtycker utan att på något sätt låter detta komma till uttryck kan ett *inre samtycke* sägas föreligga. Detta skiljer sig från ett konkludent samtycke genom att personen är helt passiv och neutral.[24] I detta läge kan alltså inte personalen med säkerhet veta att personen verkligen samtycker. Man kan bara presumera detta, på mer eller mindre goda grunder. Att godta ett inre samtycke skulle göra det svårt att fastställa att ett samtycke föreligger. Det kan t.ex. vara så att patienten på grund av sitt hälsotillstånd har svårt att åstadkomma ens en avvärjande gest. Enligt nuvarande lagstiftning är det heller inte tillräckligt som samtycke till vård och behandling.

Presumerat samtycke är ett begrepp som florerar inom äldreomsorgen och som utredningen ofta har stött på. Egentligen är uttrycket missvisande, eftersom det inte alls är fråga om något samtycke från personen utan om antaganden från personalens sida. I vissa äldre utredningar på hälso- och sjukvårdsrättens område finns exempel på att presumerade samtycken ansetts godtagbara.[25] För att man ska kunna tala om samtycke fordras dock en viljeinriktning från den person som ska lämna samtycke, framhåller Rynning.[26] Vad som möjligen skulle kunna presumeras är att patienten skulle ha samtyckt om han eller hon haft tillfälle att ta ställning i frågan, ett *hypotetiskt* samtycke. Detta är dock, som Rynning framhåller, inte fråga om något samtycke utan om en alternativ rättsgrund för vård.

Rynning tar upp att personalen kan ställas inför motstridiga uttryck för patientens vilja.[27] Det torde inte vara alltför sällan förekommande att en patient i rädsla eller frustration över sin sjukdom och de föreslagna, kanske obehagliga, åtgärderna ger motstridiga uttryck för sin inställning. Patienten säger sig kanske samtycka, men undan-

[23] Rynning (1994), s. 323, där hänvisas till SOU 1984:64 s. 176.
[24] Rynning (1994), s. 325.
[25] Se t.ex. i Socialberedningens betänkande Psykiatrin, rättssäkerheten och tvånget (SOU 1984:64 s. 176 f.), jfr Rynning (1994), s. 324.
[26] Rynning (1994), s. 325.
[27] Rynning (1994), s. 323.

drar sig samtidigt genomförandet av åtgärden. Det kan också förhålla sig tvärtom, dvs. att patienten underkastar sig åtgärden under verbala protester. Patientens ambivalens kan bero på rädsla inför en åtgärd som hon eller han trots allt ändå vill underkasta sig, men det kan också vara så att patienten inte riktigt har kunnat bestämma sig för vad hon eller han egentligen vill. Enbart det förhållandet att en patient ger uttryck för det obehag eller den smärta en åtgärd förorsakar behöver inte uppfattas som en protest mot dess genomförande. Att patienten protesterar verbalt men inte drar sig undan fysiskt kan dock t.ex. bero på oförmåga och svaghet orsakad av sjukdom eller ålderdom. I dessa fall måste hälso- och sjukvården närmare utreda om patienten samtycker till åtgärden eller ej.

Som redan nämnts finns det numera i 4 kap. 2 § PL en regel om att samtycke som regel endast är giltigt om det föregåtts av information som gör det möjligt för patienten att fatta beslut i den aktuella frågan, s.k. *informerat samtycke* (eng. informed consent). Man kan ha invändningar mot tillägget ”informerat”, då en förutsättning för ett samtyckes giltighet är att det lämnats med kännedom om relevanta omständigheter.[28] Uttrycket är dock väl inarbetat.

Ett samtycke kan vara *specifikt*, dvs. omfatta vissa åtgärder. Dessvärre torde inhämtandet av kompletta, specificerade samtycken ofta vara en omöjlighet.[29] Med *allmänt samtycke* brukar avses samtycke till en åtgärd vilket samtidigt omfattar även diverse under- och sidoåtgärder, risker m.m. Det gäller för åtgärder som är mer eller mindre nödvändiga för genomförandet av huvudåtgärden.[30] [31] Det kan vara så att patienten inte *vill* ta del i beslutsprocessen och så att säga ger sin läkare en generalfullmakt, eller ett ”samtycke in blanco” att bestämma vilka åtgärder som ska vidtas.[32] Enligt Rynning bör ett sådant samtycke aldrig lämnas i form av ett konkludent samtycke.

Även om ett samtycke inte återkallats kan det ha blivit överspelat, *obsolet*, antingen genom den tid som förflutit eller genom att förutsättningarna för den aktuella åtgärdens genomförande ändrats.[33] Som

[28] Rynning (1994), s. 24.
[29] Rynning (1994), s. 327.
[30] I NJA 1990 s. 442 tog Högsta domstolen ställning till räckvidden av ett samtycke till operation som syftade till att åtgärda patientens höftsmärta. Avskärning av en nerv hade inte diskuterats som en möjlighet och ansågs inte omfattas av patientens allmänna samtycke.
[31] Så snart under- eller sidoåtgärden inte klart ingår i själva huvudåtgärden gäller inte det allmänna samtycket för denna.
[32] Rynning (1994), s. 329 f.
[33] Rynning (1994), s. 348.

Rynning konstaterat kan det bli besvärligt för hälso- och sjukvårdspersonalen när patientens aktuella inställning inte längre kan inhämtas för att hans eller hennes beslutskompetens avtagit.

Enligt Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som för några år sedan gjorde en särskild tillsynsinsats riktad mot verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas, kan det innebära stora svårigheter att inhämta samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga.[34] Som en verksamhet uttryckte saken:

> Några av de enskilda kan inte svara och då försöker personalen i stället läsa av kroppsspråk och om den enskilde verkar trygg. Det skulle vara problematiskt att inhämta samtycke från den enskilde mer formellt och man måste hela tiden tänka för vems skull skyddsåtgärden görs.

Tillsynsinsatsen visade också att själva begreppet samtycke upplevdes komplicerat ute i verksamheterna. Man är inte insatt i olika former av samtycke och i vilka situationer dessa kan tillämpas. Personal har ibland också svårt att hantera krav från anhöriga som anser att åtgärder ska vidtas för att skydda den enskilde men som innebär begränsningar. Tillsynen visade att det förekom tvångs- och begränsningsåtgärder utan att personalen ansett sig ha samtycke.[35]

IVO anförde vidare att personer med nedsatt beslutsförmåga på många sätt är en utsatt grupp med stort behov av stöd och hjälp från sin omgivning. Att ge personer med nedsatt beslutsförmåga så mycket frihet och självbestämmande som möjligt är en stor utmaning för personalen. Det är ett ständigt balanserande på gränsen mellan skydd och begränsande tvång. För detta krävs personal med rätt kompetens och utbildning men också med ett förhållningssätt och en attityd som signalerar respekt för den enskilde, enligt IVO.[36]

[34] IVO (2015). *Skapa trygghet utan tvång. Rapport om tillsynsinsats vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas. (Regeringsuppdrag S2013/4269/SAM, S2013/9047/SAM*), s. 5.
[35] Detta skedde enligt IVO i betydligt större utsträckning inom LSS-boenden. IVO konstaterade dessutom att personalens kompetens är lägre i LSS-boenden.
[36] IVO (2015), s. 6.

7.2 Grundlagsskyddet mot frihetsberövanden och tvång från det allmänna

Regeringsformen

Av målsättningsstadgandet i 1 kap. 2 § regeringsformen, förkortad RF, framgår att den offentliga makten ska utövas med respekt för den enskilda människans frihet och värdighet samt att det allmänna ska värna den enskildes privatliv och familjeliv.

De grundläggande bestämmelserna om fri- och rättigheter i svensk rätt finns i 2 kap. RF. De rättighetsbestämmelser som här är av störst intresse är 2 kap. 6 och 8 §§, se vidare nedan.

Skyddet enligt RF ges i princip enbart gentemot ”det allmänna”, dvs. domstolar, förvaltningsmyndigheter och andra som ägnar sig åt myndighetsutövning, men också normgivande organ som beslutar offentligrättsliga föreskrifter. De grundlagsskyddade fri- och rättigheterna kan däremot inte åberopas av medborgarna mot varandra.

Av 2 kap. 6 § andra stycket RF[37] följer att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, som sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Bakgrunden till att grundlagsbestämmelsen infördes 2010 var att det ansågs att det inte lagts tillräcklig vikt vid integritetsskyddsaspekterna när ny lagstiftning arbetats fram och att integritetsskyddet rent allmänt värderats lågt. Avsikten med den nya grundlagsbestämmelsen var att påverka och främja respekten för individens självbestämmande och den fria åsiktsbildningen (prop. 2009/10:80 s. 176).

Undantag från det skydd som föreskrivs i 2 kap. 6 § kan endast föreskrivas i lag och då bara i syfte att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle (2 kap. 20–21 §§ RF). Sådana begränsningar får heller aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett begränsningen.

Vad som avses med övervakning respektive kartläggning får, enligt förarbetena, bedömas med utgångspunkt från vad som enligt normalt språkbruk läggs i dessa begrepp. Avgörande för om en åtgärd ska anses innebära övervakning eller kartläggning är inte dess syfte utan vilken *effekt* åtgärden har. Uttrycket enskilds personliga

[37] Bestämmelsen infördes 2010.

förhållanden har samma innebörd som i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Både åtgärdens omfattning och arten av det intrång som åtgärden innebär ska beaktas vid bedömningen av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett ”betydande intrång”. Åtgärdens ändamål och andra omständigheter kan också ha betydelse vid bedömningen. Bestämmelsen omfattar endast sådana intrång som på grund av åtgärdens intensitet eller omfattning eller av hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildes privata sfär.[38]

Påtvingat kroppsligt ingrepp

Enligt 2 kap. 6 § första stycket RF är var och en gentemot det allmänna skyddad mot bl.a. påtvingat kroppsligt ingrepp. Med påtvingat kroppsligt ingrepp avses i första hand våld mot människokroppen, men även läkarundersökningar, smärre ingrepp som blodprovstagning samt kroppsbesiktning. Inom kategorin kroppsbesiktning faller även sjukvård i mera allmän bemärkelse, varmed torde avses diverse mindre ingripande omvårdnads- och behandlingsåtgärder.[39]

Vad som avses med begreppet ”påtvingat” framgår endast indirekt av förarbetena. Där framgår t.ex. att framställningen avser sådana bestämmelser om kroppsbesiktning som innebär en skyldighet att underkasta sig läkarundersökning, medan fall då en läkarundersökning utgör en förutsättning för att man ska kunna beviljas en förmån (t.ex. sjukpenning) inte berörs av stadgandet.[40] Petrén har fört fram att bestämmelsen inte är tillämplig då ett frivilligt samtycke lämnas. Ingreppet ska vara påtvingat i den meningen att det allmänna använder sig av någon form av maktmedel, t.ex. hot om sanktioner. Bestämmelsen gäller även situationen då en läkare i det allmännas tjänst utför ett operativt ingrepp på en nedsövd patient utan att denne på förhand gjorts införstådd med detta.[41]

[38] Prop. 2009/10:80 s. 250 f.
[39] SOU 2015:80 s. 124, med hänvisningar till SOU 1975:75 s. 356 f., prop. 1975/76:209 och Rynning (1994), s. 100 f.
[40] SOU 1975:75 s. 358–362.
[41] Petrén, G., Ragnemalm, H. (1980). *Sveriges grundlagar*. Liber förlag, Uddevalla.

Begreppet ”påtvingat kroppsligt ingrepp” har blivit föremål för tolkningar i doktrinen.[42] Bertil Wennergren har fört fram att det finns två alternativa tolkningar av begreppet:

1. Varje kroppsligt ingrepp som sker utan samtycke från personen själv (samtycket behöver dock inte vara uttryckligt och uttalat).
2. Varje kroppsligt ingrepp som sker *mot personens vilja*.

Wennergren anser för sin del att den senare tolkningen bör ges företräde, med hänvisning till bl.a. formuleringen av straffbestämmelsen om olaga tvång och att det rent språkligt är svårt att betrakta ett ingrepp som görs utan att inhämta ett samtycke som påtvingat – att handla egenmäktigt är inte liktydigt med att påtvinga något.[43]

Inom straffrätten förekommer distinktionen absolut och relativt tvång.[44] Med *relativt tvång* förstås när den enskildes motvilja bryts ner eller om ett samtycke framkallas genom hot om någon sanktion. *Absolut tvång* föreligger när den enskildes motstånd betvingas rent fysiskt eller i situationer när den enskilde berövas möjligheten att på något sätt manifestera motstånd eller motvilja.

I JO 2016/17 s. 548 ansågs lämnande av urinprov som villkor för att få socialt bistånd som relativt tvång. Jämför även JO 2016/17 s. 110 där en patient som vårdades inom öppen rättspsykiatrisk vård lämnade ett urinprov som vid ett s.k. screeningtest misstänktes innehålla spår av narkotika. I väntan på en mer grundlig analys fick patienten välja mellan att frivilligt stanna kvar på kliniken eller att chefsöverläkaren påbörjade utredning om att konvertera den öppna vården till sluten rättspsykiatrisk vård. Patienten stannade därför kvar sju dagar till dess att provet kom tillbaka. JO såg detta som ett icke reellt samtycke eftersom det lämnats efter hot om en sanktion.[45]

Elisabeth Rynning ansåg i sin avhandling om samtycke till medicinsk vård och behandling att det inte kan uppställas något krav på att den enskildes motvilja mot ett ingrepp ska ha kommit till uttryck för att det ska anses som påtvingat. Samtidigt kan inte heller varje

[42] Se även SOU 2015:80 s. 125.
[43] Wennergren (1980). *Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp. I: Om våra rättigheter*, s. 89.
[44] Se t.ex. Jareborg, N. (1985). *Brotten: första häftet: grundbegrepp, brotten mot person.*, Norstedts, 2 uppl., s. 267.
[45] Se särskilt s. 118–125.

ingrepp som saknar samtycke anses som påtvingat. Det måste föreligga en *hypotetisk motvilja*, menade Rynning.[46] Av avgörande betydelse för om ett ingrepp ska anses påtvingat är om den enskilde kan anses ha nödgats tåla det kroppsliga ingreppet.[47]

Enligt Rynning kan tvånget vara relativt och bestå i exempelvis påtryckningar i form av hot om våld och sanktioner av skiftande slag, eller absolut, vilket innefattar såväl fysiskt betvingande av motståndet som fall då den enskilde berövats möjligheten att ge uttryck för något motstånd eller motvilja mot ingreppet. Som exempel på den senare situationen nämns bl.a. att en medvetslös eller svårt sjuk person utsätts för åtgärder som han eller hon inte är införstådd med och att en fullt kontaktbar person hålls ovetande om ett ingrepps karaktär eller saknar kännedom om att ingreppet företas. För att ett ingrepp ska anses påtvingat krävs dessutom att det finns skäl att anta att den enskilde skulle ha motsatt sig detta om denne hade blivit tillfrågad och åtminstone i grova drag varit införstådd med åtgärdens innebörd. Ett antagande om en motvilja av detta slag, hypotetisk motvilja, kan antingen vara av objektiv karaktär, dvs. grunda sig på en inställning som människor i allmänhet skulle ha i motsvarande situation, eller av subjektiv karaktär, baserad på kunskap om den berörda individens personliga åsikter och förhållanden. I de fall då det inte finns tillräckligt underlag för ett antagande om hypotetiskt samtycke, är det enligt Rynnings uppfattning mycket tveksamt om ingreppet kan betecknas som påtvingat, samtidigt som det heller inte kan betecknas som frivilligt.[48]

Inom demenssjukvården kan uppstå situationer då det saknas underlag för att betrakta ett förfarande som frivilligt i patientlagens mening, eftersom den enskilde inte uttrycker någon viljeriktning inför den aktuella åtgärden. Om åtgärden är för patientens bästa torde hälso- och sjukvården i detta läge ändå vidta åtgärden i fråga. Åtgärden saknar då stöd i hälso- och sjukvårdsrätten. Därmed är inte sagt att den anställdes handlande är straffbart, vilket vi återkommer till. När det gäller åtgärder som vidtas med stöd av socialtjänstlagen är det mer diffust vad som är tillåtet, eftersom det inte är föreskrivet att samtycke krävs, bara att insatserna vilar på frivillighetens grund. Så länge den enskilde är helt passiv kan åtgärden inte anses påtvingad.

[46] Se Rynning (1994), s. 107.
[47] Rynning (1994), s. 103 ff.
[48] SOU 2015:80 s. 126.

Utrymmet för att vidta omvårdnadsåtgärder när personen inte ger uttryck för någon vilja är således större inom socialtjänsten än vad det är inom hälso- och sjukvården som det ser ut nu.

Vad gäller situationen då en person som är beslutsoförmögen har förordnats en ställföreträdare och denne ger uttryck för en inställning till ett ingrepp, anförde Rynning följande.[49]

> Ytterligare en aspekt på begreppet påtvingat ingrepp ger frågan om vems inställning som är den avgörande i de fall där den enskilde inte kan anses kompetent att bestämma över sig själv och har en legal ställföreträdare. Kan ett ingrepp anses påtvingat om den på vilken ingreppet utförs motsätter sig det, men den legala ställföreträdaren ger sitt samtycke? Här måste svaret tveklöst bli ja! Oavsett den legala ställföreträdarens inställning utövas ju tvång mot den ingreppet avser. Ingreppet måste i detta fall anses påtvingat och fordrar därmed stöd i lag för att inte vara grundlagsstridigt.[50]

Rynning avvisade därefter möjligheten att kroppsliga ingrepp som en patient inte kan anses kompetent att själv samtycka till, men rent faktiskt har samtyckt till,[51] skulle betraktas som påtvingade. Inte ens om den enskildes bristande förmåga medvetet har utnyttjats och det framstår som uteslutet att en beslutskompetent person skulle ha lämnat sitt samtycke, bör ingreppet anses påtvingat, enligt Rynning.

Personlig integritet

Ordet integritet härstammar från latinet[52] och betyder oberoende, okränkbarhet eller frihet från obehörig påverkan.[53] Integritet kan delas in i rumslig, materiell, kroppslig och personlig integritet. Den personliga integriteten har i sin tur en fysisk och en ideell dimension, där den förra avser skydd för personlig frihet och rörelsefrihet och

[49] SOU 2015:80 s. 126, som citerar Rynnings avhandling.
[50] Om däremot ställföreträdaren säger nej men personen själv går med på ingreppet anser Rynning att ingreppet knappast kan anses påtvingat, även om det kan vara rättsstridigt. Detta fall är dock mera komplicerat, eftersom tillkomsten av den enskildes samtycke kan ha varit beroende av att hon/han inte har förstått ingreppets innebörd, omfattning och konsekvenser, dvs. just det förhållande som konstituerar den bristande förmågan att bestämma över sig själv i den aktuella frågan. Situationen företer alltså viss likhet med den där den enskilde hålls ovetande om ingreppets närmare innebörd.
[51] Låt vara ett ur juridisk synvinkel icke hållbart samtycke.
[52] Lat. integer betyder ren.
[53] SOU 1987:74 s. 43.

den senare skydd för ens personlighet och privatliv.[54] Begreppet är knutet till värde och värdighet och avser varje människas oförytterliga egenvärde. Man talar om respekten för den enskildes integritet varmed också kan avses människovärdet som sådant. Förenklat handlar det om dels en negativt formulerad rätt att fredas från intrång i sin personliga sfär, dels en positivt formulerad rätt att få vara med och påverka sin egen situation. Integritet är således starkt kopplat till och hävdas genom autonomi eller självbestämmande.[55]

Det finns ingen definition eller beskrivning av personlig integritet om vilken det råder konsensus.[56] En beskrivning som återkommer i förarbeten är att personlig integritet inbegriper det som normalt framstår som angeläget att värna om för att den enskilde ska vara tillförsäkrad en rimlig, fredad, privat zon som är skyddad från fysiska och psykiska intrång (Ds 1994:51, SOU 2008:3 och SOU 2016:41). Gemensamt för alla integritetskränkningar är att de innebär intrång i en skyddad zon som den enskilde är tillförsäkrad. Det är en av grundpelarna i rättssamhället att integritetsskydd i denna bemärkelse ska upprätthållas.[57]

Frihetsberövanden

I 2 kap. 8 § RF slås ett skydd mot frihetsberövanden fast. Ett frihetsberövande har i förarbetena definierats som att den enskilde är ”fängslad eller genom inspärrning eller annan övervakning eller dylikt är faktiskt förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt avgränsat område”.[58]

Skyddet för rörelsefriheten kan begränsas genom lag (2 kap. 20 § RF). Som exempel på begränsningar som har skett kan nämnas att enskilda får berövas sin frihet på grundval av straff- eller vårdlagstiftning. Bestämmelsen medför alltså bl.a. att ingen mot sin vilja får föras till eller kvarhållas på någon form av sjukvårdsinrättning om det inte finns lagstöd i det individuella fallet. När det gäller vård- och

[54] Se SOU 1984:54 s. 42; SOU 1992:84 s. 187.
[55] SOU 1989:98 s.134.
[56] Eng. *privacy.*
[57] SOU 1987:74 s. 43.
[58] Prop. 1975/76:209 s. 52.

omsorgslagstiftning finns sådant lagstöd bl.a. i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT.[59]

Angående begreppet frihetsberövande kan det alltså handla om att personen i fråga rent faktiskt är förhindrad att lämna vissa lokaler genom att han eller hon saknar nyckel till dörrarnas låsanordningar eller inte behärskar den teknik som krävs för att öppna dörren. JO uttalade bl.a. följande i ett ärende som gällde bl.a. användning av inbrottsskyddskåpa på lås för att förhindra äldre personer med demenssjukdom från att lämna sina bostäder.[60]

> Enligt min mening måste med inlåsning förstås vidtagande av sådan särskild åtgärd som syftar till att den äldre på grund av sitt handikapp inte själv ska kunna öppna dörren. Det kan således enligt min mening inte anses tillåtet att använda skyddskåpan på ett sådant sätt att de äldre därigenom betas varje möjlighet att öppna dörren och lämna sin bostad.

Detsamma torde, enligt Rynning, gälla i det fallet nyckeln förvaras på en plats som är åtkomlig, men som den enskilde inte informeras om eller förväntas glömma bort. Avgörande är i dessa fall huruvida den enskilde rent faktiskt är hindrad att lämna området i fråga. Den enskildes inställning verkar således inte vara avgörande för om ett frihetsberövande föreligger eller ej, vilket är viktigt att notera.[61] Rynning menar att ett frihetsberövande även kan ske genom att personalen lurar den enskilde till att tro att denne har en skyldighet att stanna på äldreboendet eller genom att personalen inte gör något för att korrigera en sådan villfarelse hos den enskilde.[62]

Ibland kan gränsdragningen mot påtvingade kroppsliga ingrepp enligt 2 kap. 6 § första stycket RF vara flytande. Fasthållande kan t.ex. betraktas både som ett kroppsligt ingrepp och – om det blir mera långvarigt – som ett frihetsberövande.[63]

7.3 Europakonventionen

Rätten till respekt för den personliga integriteten ingår som en del i rätten till respekt för privatlivet enligt den europeiska konventionen den 4 november 1950 angående skydd för de mänskliga rättigheterna

[59] Dessutom är frihetsberövande tillåtet enligt smittskyddslagen (2004:168), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.
[60] JO 1989/90 s. 212.
[61] Se prop. 1975/76:209 s. 52, SOU 2004:112 s. 731.
[62] Rynning (1994), s. 111 f.
[63] Jfr prop. 1975/76:209 s. 56 f.

och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen, EKMR. Europakonventionen är inkorporerad i svensk rätt genom lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Av 2 kap. 19 § RF framgår att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen.[64]

När det gäller skyddet för den fysiska integriteten ska först framhållas artikel 2 som föreskriver att envars rätt till livet ska skyddas genom lag. I artikel 3 slås fast att ingen får utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Artikel 3 förbjuder inte att tvång används med lagligt stöd, t.ex. för att genomföra nödvändig psykiatrisk behandling. Regler för användning av tvångsåtgärder måste dock hållas inom den ram som anges i artikeln.

Enligt artikel 5 har var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Den som är psykisk sjuk kan enligt artikel 5:1 e) berövas friheten med stöd av lag och i den ordning som lagen föreskriver. Av artikel 5:4 framgår att var och en som berövas friheten ska ha rätt att få sin sak prövad av domstol. Artikel 5 skyddar mot godtyckliga frihetsberövanden men inte mot begränsningar av rörelsefriheten, vilken hanteras av artikel 2 i fjärde tilläggsprotokollet och artikel 8.

Av artikel 8 följer att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens.

Att uttömmande lista alla situationer som kan komma att omfattas av artikel 8.1 är svårt. Enligt Danelius har artikel 8 kommit att bli konventionens generalklausul i förhållande till övriga artiklar. En begränsande åtgärd som inte är allvarlig nog att klassas som ett frihetsberövande (artikel 5) eller tortyr (artikel 3) kan fortfarande fångas upp av artikel 8.1.[65] Tvångsmedicinering, avskiljning, fastspänning och besöksförbud vid psykiatrisk tvångsvård är exempel på åtgärder som inskränker rätten till skydd för privatlivet. Domstolen har klargjort att begreppet privatliv bl.a. omfattar en persons fysiska och psykiska integritet, rätten till personlig utveckling och självbestäm-

[64] Här kan också nämnas att inom Europarådet antogs år 1981 en konvention (nr 108) om skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter, den s.k. dataskyddskonventionen. Konventionens syfte är att säkerställa den enskildes rätt till personlig integritet i samband med automatiserad behandling av personuppgifter. Regleringen i dataskyddskonventionen kan ses som en precisering av skyddet enligt artikel 8 i Europakonventionen när det gäller automatiserad behandling av personuppgifter.

[65] Danelius, H. (2015) *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis: en kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna.*

mande[66]. Tvingande medicinska ingrepp, hur små de än är, utgör en kränkning av rätten till privatliv.[67]

Inskränkningar i det i artikel 8:1 föreskrivna skyddet kan enligt artikel 8:2 godtas endast under förutsättning att de har stöd i lag och om de i ett demokratiskt samhälle är nödvändiga med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

I rättsfallet *Storck mot Tyskland*[68], där Europeiska domstolen för mänskliga rättigheter (Europadomstolen, ECHR) prövade om en kvinna som upprepade gånger varit föremål för psykiatrisk vård varit utsatt för olagligt frihetsberövande, fastslog domstolen att det objektivt sett ska röra sig om ett bestämt avgränsat område där den enskilde hålls kvar under en icke försumbar tid. Av Storck-fallet följer att ett samtycke kan ha betydelse för bedömningen om det är fråga om ett frihetsberövande enligt artikel 5.1 EKMR när den enskilde vårdas på institution. Samtycket är dock bara giltigt om den enskilde haft tillräcklig beslutsförmåga.[69]

I *H.L. mot Storbritannien*, där en person med autism vårdades frivilligt på en psykiatrisk klinik, fastslogs återigen att en bedömning av om ett frihetsberövande föreligger måste avgöras mot bakgrund av de faktiska omständigheterna i det specifika fallet. Om den enskilde inte är fri att när som helst lämna institutionen och den vårdande personalen har total kontroll över den enskildes vård och hur denne rör sig talar dock mycket för att ett frihetsberövande föreligger. Huruvida rummet eller vårdenheten är låst eller inte har enligt domstolen betydelse, men är inte avgörande.[70] Domstolen framhöll att rätten till frihet är för viktig för att den enskilde ska kunna berövas denna rättighet endast genom att denne låtit sig tas i förvar.[71]

Här ska också nämnas fallet *H.M. mot Schweiz*. I målet ansåg en 85-årig kvinna att hon olagligen hade frihetsberövats då hon tvångsvis flyttades till ett äldreboende på grund av ”neglect” (försummelse i vården), vilket inte är en uppräknad grund för tvångsomhänder-

[66] McDonald mot Storbritannien, dom den 20 maj 2014 (ansökningsnr 4241/12), p. 46, med där gjorda hänvisningar.
[67] Y.F. mot Turkiet, dom den 22 juli 2003 (ansökningsnummer 24209/94), p. 33.
[68] Storck mot Tyskland, dom den 16 juni 2005 (ansökningsnr 61603/00), p. 72.
[69] Storck mot Tyskland, p. 76–77.
[70] H.L. mot Storbritannien, dom den 5 oktober 2004 (ansökningsnr 45508/99), p. 91–92; Raninen mot Finland, dom den 16 december 1997 (ansökningsnr 20972/92), p. 63; Danelius (2015), s. 371.
[71] H.L. mot Storbritannien, p. 91–92.

tagande i artikel 5.1 EKMR. Domstolen tog dock inte ställning till om grunden för omhändertagandet var konventionsenlig eller inte. I stället bedömde domstolen, mot bakgrund av de levnadsförhållanden som kvinnan levde under och det faktum att hon varit ambivalent inför flytten till äldreboendet, att det allmännas agerande inte var ett tvångsomhändertagande utan en ansvarsfull åtgärd från det allmännas sida som låg i linje med kvinnans intressen.[72] Domstolen fokuserade således på den enskildes bästa i stället för på att flytten skedde utan den enskildes samtycke.

Avslutningsvis kan nämnas fallet *Dodov mot Bulgarien* där en kvinna med Alzheimers sjukdom hade försvunnit från det boende där hon vårdades. Den klagande, som var en anhörig till kvinnan, ansåg bl.a. att hennes försvinnande berodde på vårdhemmets försummelse i sin övervakning. Europadomstolen såg ett direkt samband mellan kvinnans försvinnande och antagliga död och fann därefter att den nationella regleringen inte skyddat rätten till liv i artikel 2 EKMR.[73]

7.4 Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna

EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna kodifierar grundläggande fri- och rättigheter som redan är erkända inom EU.[74] Stadgan har samma rättsliga värde som ett fördrag[75] och ska tillämpas vid tillämpning av unionsrätten, som t.ex. dataskyddsförordningen.[76]

I artikel 7 föreskrivs, med artikel 8 EKMR som förebild[77], att var och en har rätt till respekt för sitt privatliv och familjeliv, sin bostad och sin korrespondens. Av artikel 8 följer att var och en har rätt till skydd för personuppgifter. Rättighetens innebörd är att personuppgifter ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och

[72] H.M. mot Schweiz, dom den 26 maj 2002 (ansökningsnr 39187/98), p. 40–49.
[73] Dodov mot Bulgarien, dom den 17 januari 2008, (ansökningsnr 59548/00).
[74] I stadgan bekräftas de rättigheter som har sin grund i medlemsstaternas gemensamma författningstraditioner och internationella förpliktelser, Europakonventionen, unionens och Europarådets sociala stadgor samt rättspraxis vid Europeiska unionens domstol och Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna.
[75] Enligt artikel 6.1 i fördraget om Europeiska unionen.
[76] Artikel 51.
[77] I den mån en rättighet som erkänns i stadgan motsvarar en rättighet som också garanteras i EKMR ska rättigheten i stadgan ha samma innebörd och räckvidd som i konventionen.

lagenlig grund. Vidare har var och en rätt att få tillgång till insamlade uppgifter som rör honom eller henne och att få rättelse av dem.

Enligt artikel 52 måste varje begränsning i utövandet av de fri- och rättigheter som erkänns i stadgan vara föreskriven i lag och vara förenlig med det väsentliga innehållet i dessa fri- och rättigheter. Begränsningar får, med beaktande av proportionalitetsprincipen, göras endast om de är nödvändiga och faktiskt svarar mot mål av allmänt samhällsintresse som erkänns av unionen eller behovet av skydd för andra människors fri- och rättigheter.

7.5 FN:s resolution

FN:s generalförsamling antog 1991 en resolution med 25 principer för vård av personer med psykisk störning, *The Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*. Principerna anger vissa rättigheter som får inskränkas endast med lagstöd och om det är nödvändigt med hänsyn till patientens eller någon annans hälsa eller personliga säkerhet eller annars med hänsyn till samhällsskyddet eller andras grundläggande fri- och rättigheter.

Enligt princip 11 ska patientens behandling bygga på vederbörandes informerade samtycke. Behandling utan patientens informerade samtycke får dock ges när det från medicinsk synpunkt anses oundgängligen nödvändigt för att förhindra omedelbar eller överhängande fara för att patienten eller någon annan ska ta skada. Sådan behandling får dock inte pågå längre än vad som är nödvändigt för att avvärja den fara som föranlett behandlingen (princip 11.8). När behandling ges utan informerat samtycke ska han eller hon, så långt det är möjligt, informeras om vad behandlingen går ut på och eventuella alternativ. Syftet härmed är att i så stor utsträckning som möjligt involvera patienten i behandlingsplanen (princip 11.9). Större medicinska eller kirurgiska behandlingar får ges en patient med psykisk störning endast under förutsättning att den nationella lagstiftningen medger det, att behandlingen bedöms vara den som bäst gagnar patienten och att denne ger sitt informerade samtycke till behandlingen. Om patienten inte är förmögen att ge sitt informerade samtycke får behandlingen genomföras först sedan en oberoende bedömning av densamma skett (princip 11.13).

7.6 Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin (Biomedicinkonventionen)

Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin[78] antogs 1996. Syftet med konventionen är att på grundval av de grundläggande principerna om respekt för mänskliga rättigheter och människovärdet i sig skapa ett skydd för människor i samband med hälso- och sjukvård och medicinsk forskning.[79] Det finns även en förklarande rapport till konventionen. Europarådet har i en resolution från 2012 rekommenderat medlemsstaterna att underteckna, ratificera och fullt ut implementera konventionen.[80]

Sverige har undertecknat konventionen men inte ratificerat den. Den är alltså ännu inte bindande för Sverige. Sverige har även undertecknat tilläggsprotokollet om biomedicinsk forskning men inte heller det har ratificerats. Ett hinder har bedömts vara de krav som ställs på reglering rörande personer som inte kan lämna samtycke.[81]

Huvudregeln om samtycke finns i artikel 5. En medicinsk åtgärd inom hälso- och sjukvårdsområdet får endast företas efter att den berörda har lämnat sitt fria och informerade samtycke till åtgärden. Personen ska i förväg få erforderlig information om syftet med ingreppet och dess karaktär samt om konsekvenser och risker.

Enligt den förklarande rapporten är samtycket att betrakta som fritt och informerat om det lämnats på grundval av objektiv information (från personalen) om den planerade åtgärdens karaktär, eventuella konsekvenser och alternativa åtgärder samt om den som ska lämna samtycket inte har utsatts för press av något slag. Informationen ska vara individuellt anpassad.

Vidare anges att ett samtycke kan vara uttryckligt eller underförstått. I artikel 5 ställs inga formkrav utan formen är i hög grad beroende av ingreppets eller åtgärdens karaktär. Det råder enighet om att det uttryckliga samtycket inte är ändamålsenligt vid många rutinåtgärder, utan då är samtycket i regel underförstått så länge personen

[78] Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine.
[79] Till konventionen finns tilläggsprotokoll om bl.a. transplantation och biomedicinsk forskning.
[80] Se punkten 6.1 i Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients, Resolution 1859 (2012).
[81] SOU 2015:80 s. 215.

är tillräckligt informerad. I andra situationer, t.ex. vid invasiva diagnostiska åtgärder eller behandling, kan ett uttryckligt samtycke krävas. Deltagande i forskning och organdonation förutsätter ett uttryckligt och specificerat samtycke.[82]

Enligt artikel 5 kan ett lämnat samtycke när som helst återkallas. Ett beslut om att återkalla ett samtycke ska, enligt den förklarande rapporten, respekteras så snart personen har fått fullständig information om konsekvenserna av beslutet. Denna princip innebär dock inte att t.ex. man måste respektera ett under pågående operation återkallat samtycke. Om ett avbrytande skulle innebära fara för patientens hälsa får operationen fortsätta.

I den förklarande rapporten anges att kravet på samtycke i vissa fall kan vara begränsat, t.ex. när det handlar om personer som inte kan lämna något samtycke (artikel 6), personer med psykisk störning (artikel 7) eller i nödsituationer (artikel 8).

När det gäller vuxna som på grund av psykisk störning, sjukdom eller liknande saknar förmåga att lämna samtycke till en medicinsk åtgärd får den endast genomföras med tillstånd av en ställföreträdare eller myndighet, person eller instans som lagen föreskriver (artikel 6.3).

I artikel 6.3 anges vidare att den berörda personen så långt möjligt ska delta i samtyckesförfarandet. Enligt den förklarande rapporten är det således nödvändigt att för den personen förklara betydelsen av och omständigheterna kring en medicinsk åtgärd och därefter inhämta hans eller hennes åsikt. Den som återfår förmågan att ta ställning i en fråga efter att initialt ha saknat densamma, ska därefter själv lämna samtycke till pågående vård eller behandling.

Den ställföreträdare, myndighet, person eller instans som ger sitt tillstånd till en medicinsk åtgärd ska på samma villkor få den information som krävs för ett informerat samtycke (artikel 6.4). Även ett samtycke som lämnas i den ordning som anges i artikel 6.2 och 6.3 får när som helst återkallas, dock endast i den berörda personens intresse (artikel 6.5). Hälso- och sjukvårdspersonalens främsta plikt är patientens bästa, vilket även är i linje med yrkesetiska riktlinjer. I själva verket är det läkarens skyldighet att skydda en patient mot beslut som tas av en person eller en instans, vars godkännande krävs, om beslutet inte är för patientens bästa. Nationell lag måste innehålla adekvata procedurregler för tvister av detta slag.

[82] SOU 2015:80 s. 217.

I den förklarande rapporten anges att det inte har ansetts nödvändigt att i artikel 6 reglera frågan om överklagande av beslut som fattas i den berörda personens ställe. Skälen som anges är följande. I och med att beslut får fattas endast av en ställföreträdare, myndighet, person eller organ som lagen föreskriver innebär detta i sig en möjlighet att överklaga i den ordning som föreskrivs i nationell lagstiftning. Denna bör alltså tillhandahålla en lämplig procedur för överklagande av den legala ställföreträdarens beslut.

De ”beslutsoförmögna vuxna” avgränsas i artikel 6:3 enligt följande:

> Where, according to law, an adult does not have the capacity to consent to an intervention because of a mental disability, a disease or for similar reasons …

I konventionens förklarande rapport ges ett förtydligande i kommentar 43 att med ”similar reasons” menas ”such situations as accidents or states of coma, for example, where the patient is unable to formulate his or her wishes or to communicate them …”

Enligt Europarådet ska de närmare kriterierna bestämmas i enlighet med det nationella rättssystemet, då medlemsstaterna antas ha olika generella rättsliga lösningar för hanteringen av beslutsoförmögna, och ”the purpose of the Convention is not to introduce a single system for the whole of Europe but to protect persons who are not able to give their consent …”.[83]

Artikel 14 i tilläggsprotokollet innehåller ett processuellt krav:

1. Where the capacity of the person to give informed consent is in doubt, arrangements shall be in place to verify whether or not the person has such capacity.

I tilläggsprotokollets förklarande rapport utvecklas kravet:

> Such persons may be those who have not been declared incapable of giving consent by a legal body, but whose capacity to give consent may be questionable due to an accident or due to a persistent or worsening condition, for instance. The aim of this paragraph is not to set out any particular arrangement for verification, but to require that such procedures exist. The arrangements would not necessarily be in the framework of the courts; they could be developed and implemented through professional standards.[84]

[83] Explanatory note, comment 42.
[84] Explanatory Report to the Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Biomedical Research, comment 81.

7.7 Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) antogs 2006 och har ratificerats av Sverige. Konventionens fokus ligger på icke-diskriminering och den listar nödvändiga åtgärder som staterna ska vidta för att personer med funktionsnedsättning ska kunna åtnjuta såväl medborgerliga och politiska som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Artikel 12 innehåller bestämmelser om likhet inför lagen. I punkt 2 anges att konventionsstaterna ska erkänna att personer med funktionsnedsättning åtnjuter rättskapacitet på lika villkor som andra i alla hänseenden. Konventionsstaterna ska vidta ändamålsenliga åtgärder för att erbjuda personer med funktionsnedsättning tillgång till det stöd de kan behöva för att utöva sin rättskapacitet (punkt 3). Konventionsstaterna ska enligt artikel 12.4 även säkerställa att alla åtgärder som hänför sig till utövandet av rättshandlingsförmåga tillgodoser ”en ändamålsenlig och verksam garanti för att förhindra missbruk i enlighet med de mänskliga rättigheterna”. Sådana garantier ska säkerställa att åtgärder som hänför sig till utövandet av rättshandlingsförmåga bl.a. respekterar personens rättigheter, önskemål och preferenser och är fria från motstridiga intressen och otillbörlig inverkan samt är föremål för regelbunden översyn av en behörig, oberoende och opartisk myndighet eller ett rättsligt organ. Garantierna ska stå i proportion till den grad sådana åtgärder inverkar på personens rättigheter och intressen.

FN:s kommitté för konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har även publicerat allmänna kommentarer till artikel 12[85] som innehåller mer långtgående skrivningar om vad som förväntas av staterna.[86] I kommentarerna till tredje punkten anges bl.a. följande.

I de flesta av konventionsstaterna som kommittén har granskat hittills har begreppen mental kapacitet (”mental capacity”) och rättshandlingsförmåga smält samman så att en persons rättshandlingsförmåga avseende ett visst slags beslut avlägsnas när denne anses ha nedsatt beslutsförmåga, ofta på grund av kognitiva eller psykosociala funktionsnedsättningar. Detta avgörs enbart utifrån diagnos av en

[85] General comment No 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law.
[86] SOU 2015:80 s. 199.

nedsättning, om en person fattar ett beslut som bedöms få negativa konsekvenser, eller om en persons beslutsförmåga anses vara bristfällig. Det (sistnämnda) funktionella synsättet försöker bedöma mental kapacitet och förneka rättshandlingsförmåga i enlighet med detta. Detta funktionella synsätt har två huvudsakliga brister. Det första är att det tillämpas diskriminerande på personer med funktionsnedsättningar. Det andra är att det förutsätts korrekt kunna bedöma vad som pågår i det mänskliga sinnet för att sedan kunna neka en grundläggande mänsklig rättighet – rätten till likhet inför lagen – när en person inte bedöms som beslutsförmögen. Alla dessa metoder innebär att en persons funktionsnedsättningar och/eller beslutsfattande färdigheter tas som legitima skäl för att neka en person sin rättshandlingsförmåga och sänka hans eller hennes status som person i lagens mening. Artikel 12 tillåter inte ett sådant diskriminerande förnekande av rättshandlingsförmåga, utan kräver snarare att stöd ges i utövandet av rättshandlingsförmåga.

Vidare står det i kommitténs kommentarer till fjärde punkten att denna ska läsas tillsammans med resten av artikel 12 och hela konventionen, varefter anges följande. Punkten kräver att konventionsstaterna skapar lämpliga och effektiva garantier för utövandet av rättshandlingsförmåga. Det primära syftet med dessa garantier måste vara att garantera respekten för personens rättigheter, önskemål och preferenser. För att åstadkomma detta måste garantierna ge skydd mot övergrepp på lika villkor som andra. Om det, efter att betydande ansträngningar har gjorts, inte är praktiskt möjligt att fastställa en individs vilja och önskemål, måste ”bästa tolkning av vilja och önskemål” ersätta ”best interests”-bedömningar. Detta respekterar individens rättigheter, önskemål och preferenser, i enlighet med artikeln. Principen om ”best interests” ger inte garantier som överensstämmer med artikel 12 i förhållande till vuxna. Paradigmet om ”vilja och önskemål” måste ersätta paradigmet om ”best interests” för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning åtnjuter rättshandlingsförmåga på samma villkor som andra.

I SOU 2015:80 kommenteras artikel 12 CRPD enligt följande:

> I litteraturen har konstaterats att artikel 12 lämnar många frågor olösta. Ett exempel är frågan huruvida artikel 12 innebär att termen ”mental capacity” aldrig kan användas i lagstiftning, p.g.a. att när denna bedömning görs är den så tätt sammankopplad med själva tillståndet för personen med funktionsnedsättning. Och för det fall artikel 12 kräver en övergång från den traditionella dualistiska modellen, där det görs en indelning i kapacitet

och avsaknad av kapacitet, till ett system som bygger uteslutande på stöd i beslutsfattandet; hur ska ett sådant system utformas och kunna fungera?

Flera artiklar kan vara av intresse för frågor om åtgärder utan samtycke. Personer med funktionsnedsättning har, enligt artikel 25, rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan att diskrimineras på grund av funktionsnedsättningen. Staterna ska bl.a. erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende gratis eller subventionerad hälso- och sjukvård samt insatser och behandlingsprogram som erbjuds andra personer. Staterna ska också kräva att hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra, med deras fria och informerade samtycke (punkt d). I artikel 28.2 anges bl.a. att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta social trygghet utan att diskrimineras och att staterna ska vidta ändamålsenliga åtgärder för att trygga och främja denna rätt.

7.8 Europarådets rekommendation om hjälpbehövande vuxna

Europarådets ministerkommittés rekommendation R (99) 4 om hjälpbehövande vuxna[87] från 1999 innehåller principer som syftar till att göra en avvägning mellan den enskildes rätt till självbestämmande och skyddsbehov. Rekommendationen är varken bindande för Sverige eller Europadomstolen för mänskliga rättigheter, men den senare har hänvisat till rekommendationens bestämmelser och uppgett att den ger uttryck för en gemensam europeisk standard för regler om ställföreträdarskap. Rekommendationen har också framhållits i svenska statliga utredningar om ställföreträdarskap.[88]

Rekommendationen är indelad i fem delar. I den första delen om tillämpningsområdet anges att rekommendationen tar sikte på skyddet för vuxna som till följd av försämringar eller brister i personlig förmåga inte klarar av att på egen hand fatta beslut som berör deras personliga eller ekonomiska angelägenheter, eller som inte kan förstå, uttrycka eller agera utifrån sådana beslut och som till följd av detta inte kan bevaka sina intressen. Bristerna kan bero på psykisk

[87] Council of Europe Committee of Ministers Recommendation No. R (99) 4 of the Committee of Ministers to Member States on Principles Concerning the Legal Protection of Incapable Adults.
[88] Se SOU 2004:112, SOU 2015:80.

oförmåga, sjukdom eller liknande orsaker. I Europarådets till rekommendationen förklarande memorandum förklaras att det exempelvis handlar om personer som på grund av sitt tillstånd fattar uppenbart irrationella beslut eller som inte kan agera utifrån beslutet för att hon exempelvis glömt bort detsamma minuten senare.

De övriga fyra delarna innehåller totalt 28 principer som medlemsstaternas regeringar rekommenderas att införliva i sin lagstiftning. De fyra delarna rör styrande principer (princip 1–10), processuella principer (princip 11–17), ställföreträdarnas roll (princip 18–21) och åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet (princip 22–28).

Rekommendationen förespråkar flexibla ställföreträdarsystem som möjliggör skräddarsydda lösningar för att skydda beslutsoförmögna personers ekonomiska och personliga angelägenheter och som samtidigt är ”proportionella och inte mer ingripande än nödvändigt” för den enskilde. Enligt princip 2 punkt 5 bör det finnas regler för vissa slags åtgärder som inte kräver att en ställföreträdare utses. I princip 3, som har rubriken ”Maximum preservation of capacity” slås fast att regelverket så långt möjligt bör erkänna att det finns olika grader av beslutsoförmåga och att beslutsoförmågan kan variera från tid till annan. Den enskildes rättshandlingsförmåga bör inte inskränkas i onödan. I synnerhet gäller detta rätten till samtycke i fråga om hälso- och sjukvård och andra personliga beslut (punkt 2)

Enligt princip 7 ska det finnas rimliga och effektiva förfaranden för att ge hjälpbehövande vuxna skydd. Ett adekvat procedurmässigt skydd ska tillhandahållas för att säkerställa deras mänskliga rättigheter och för att förhindra missbruk. Enligt det förklarande meddelandet är det särskilt viktigt att vara medveten om risken för att användningen av en välfärdsterminologi kan skymma den verkliga karaktären av de handlingar som görs. En åtgärd som benämns skyddsåtgärd eller assistans kan i själva verket, ur hjälpbehövandes synvinkel, vara en kränkning av mänskliga fri- och rättigheter.

I princip 12 behandlas handläggningen av mål eller ärenden om skyddsåtgärder. Det ska finnas fullgoda procedurer för utredning och bedömning av en individs personliga förmåga. Ingen åtgärd som inskränker en persons rättshandlingsförmåga får vidtas utan att den person som vidtar åtgärden först har sett den hjälpbehövande eller kan bilda sig en uppfattning om den hjälpbehövandes status och en aktuell redogörelse från minst en kvalificerad expert har avgetts. Redogörelsen ska vara skriftlig. Vidare ska den som berörs ha rätt att

höras personligen i alla rättegångsförfaranden som kan påverka hans eller hennes rättsliga handlingsförmåga (princip 13).

I princip 16 anges att det ska finnas en adekvat kontroll av användningen av skyddsåtgärder och av ställföreträdarnas handlingar och beslut. I det förklarande meddelandet erinras dock om att alltför strikt kontroll, och då särskilt av mindre formella åtgärder, kan vara kontraproduktiv och i praktiken innebära att skyddsåtgärderna inte kommer till användning. Vidare måste hänsyn tas till att höga kostnader kan hindra åtgärder som under andra omständigheter skulle kunna vara fördelaktiga för de hjälpbehövande.

Enligt princip 2 bör övervägas att ge närstående eller nära vänner en uttrycklig rätt att för den hjälpbehövande fatta vissa beslut om de närstående ändå har en laglig rätt att företräda den enskilde i andra angelägenheter. Detta gäller särskilt rutinåtgärder eller åtgärder av mindre ingripande karaktär som hänför sig till hälsan eller personliga förhållanden. Enligt det förklarande meddelandet pekar principen på fördelarna med att låta familjemedlemmar få något slags laglig ställföreträdarfunktion vid utförandet av de sysslor som de i många fall de facto tar hand om för en hjälpbehövande anhörig. Om nödvändigt skydd och assistans kan tillhandahållas av familjemedlemmar finns i vissa fall inte behov av några formella åtgärder, är tanken.

Rekommendationens femte del handlar som nämnts om åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet och omfattar varje handling som av hälsoskäl utförs yrkesmässigt på en person, framför allt förebyggande hälsoåtgärder, diagnostik, behandling, rehabilitering och forskning. Princip 22 rör samtycke.

I första punkten i princip 22 står att när en vuxen i praktiken kan lämna ett fritt och informerat samtycke till en viss medicinsk åtgärd får denna bara genomföras med dennes samtycke. Detta gäller, enligt det förklarande meddelandet, även om personen i fråga i och för sig är föremål för ”skyddsåtgärder”. Den person som ska vidta åtgärden ska aktivt inhämta samtycket. Ibland kan det föreligga oenighet, t.ex. mellan en läkare och en anhörig, beträffande frågan om en person kan fatta ett beslut eller inte. Enligt det förklarande meddelandet kan det då bli nödvändigt att överlämna frågan till en myndighet.

I andra punkten anges att om den hjälpbehövande inte är kapabel att lämna ett fritt och informerat samtycke till en åtgärd får denna likväl genomföras. Detta förutsätter dock att åtgärden är till direkt nytta för den hjälpbehövande och att tillstånd till åtgärden har getts

av den hjälpbehövandes ställföreträdare eller en person eller ett organ som enligt lag kan lämna ett sådant tillstånd.

I tredje punkten står det att överväganden bör göras kring hur man genom lagstiftning kan låta lämpliga myndigheter, personer eller organ ge tillstånd till åtgärder av olika slag i de fall då den hjälpbehövande inte själv kan lämna ett fritt och informerat samtycke och inte heller har en representant med sådan behörighet. Vidare ska övervägas om domstolar eller något annat organ ska kunna ge tillstånd till åtgärder som är särskilt ingripande.

Enligt det förklarande meddelandet kan det finnas många situationer då det krävs en mindre eller rutinartad behandling av ett slag som inte aktualiseras vid brådskande fall. En sådan behandling kan vara av lätt invasiv karaktär men inte sådan att det motiverar vare sig att en ställföreträdare utses eller att tillstånd söks från domstol eller någon annan myndighet. Som exempel anges när en vårta som orsakar obehag fryses bort eller när ett sår sys för att det ska läka bättre. Den typen av åtgärder genomförs i praktiken utan samtycke eller tillstånd. Om det inte finns något lagstöd för någon att agera i en sådan situation kan åtgärdens laglighet ifrågasättas. Ingen läkare förtjänar att arbeta i ett sådant rättsligt vakuum.[89] Det är dock inte i någons intresse att det krävs en rättslig procedur i sådana fall, bara för att en representant ska utses. Det finns därför starka skäl för att låta läkarna själva ge tillstånd till vissa mindre åtgärder medan särskilt ingripande behandlingsåtgärder skulle kunna kräva tillstånd från någon särskilt utsedd företrädare, en domstol eller något annat organ. Enligt det förklarande meddelandet innebär rekommendationens betoning på proportionalitet och att legala åtgärder ska tillgripas först om andra arrangemang är otillräckliga (”proportionality” och ”subsidiarity”) att det måste betraktas som normalt att en vuxen hjälpbehövande saknar en representant med omfattande behörighet. Detta är något som bör välkomnas snarare än beklagas men betyder också att viss möda måste läggas på att säkerställa att det inte finns några rättsliga tomrum, enligt meddelandet.

I princip 23 ges alternativa regler om samtycke, vilka blir aktuella om en medlemsstat inte tillämpar princip 22.1 och 22.2. Trots att en hjälpbehövande är föremål för en skyddsåtgärd som innebär att en viss åtgärd på hälso- och sjukvårdsområdet bara är tillåten efter tillstånd av ett organ eller en person enligt lag, ska den hjälpbehövande till-

[89] Punkt 77 i nämnda memorandum.

frågas om samtycke till åtgärden, om han eller hon har förmåga att lämna samtycke. I de fall då en person, enligt lag, inte kan ge ett fritt och informerat samtycke till en åtgärd, får den likväl genomföras om den är till direkt nytta för personen och tillstånd har getts av hans eller hennes ställföreträdare eller av en sådan myndighet eller person som pekas ut i lag. Lagen ska innehålla föreskrifter som tillåter att personen i fråga hörs av ett oberoende organ innan någon viktig medicinsk åtgärd genomförs.

Enligt princip 25 är det möjligt att sätta in en behandlande åtgärd för en hjälpbehövande med psykisk störning av allvarligt slag, trots att samtycke inte finns. En förutsättning är att det är sannolikt att personen kommer att lida allvarlig skada om denne inte får behandlingen. Bestämmelsen förutsätter att det finns skyddande villkor i lag som inkluderar tillsyn, kontroll och överklagandeprocedurer.

Princip 26 behandlar samtyckesfrågan i nödsituationer. Om samtycke från patienten eller tillstånd från berört organ inte kan inhämtas, får medicinskt nödvändiga åtgärder genast genomföras. Enligt det förklarande meddelandet, som hänvisar till artikel 8 i biomedicinkonventionen, avses inte bara livshotande situationer utan även då medicinska åtgärder är nödvändiga och inte kan avvaktas.

7.9 Om allmänna grunder för ansvarsfrihet

7.9.1 Ansvarsfrihetsgrunderna i 24 kap. brottsbalken

I 3 och 4 kap. brottsbalken, förkortad BrB, finns straffregler som riktar sig till envar och som rör brott mot liv och hälsa respektive brott mot frihet och frid. För att ett brott ska föreligga krävs i första hand att rekvisiten i en enskild straffbestämmelse är uppfyllda, innefattande bl.a. krav på uppsåt eller i förekommande fall oaktsamhet. Vidare får det inte föreligga någon s.k. rättfärdigande omständighet, t.ex. att gärningen begåtts i nödvärn, i en nödsituation eller med samtycke från den som gärningen riktar sig mot. I 24 kap. BrB regleras allmänna grunder för ansvarsfrihet, vars tillämpning leder till att en gärning inte ska anses utgöra ett brott.[90] Även om ingen av ansvarsfrihetsgrunderna skulle anses tillämplig i ett visst fall, kan en i princip

[90] Sin nuvarande utformning fick kapitlet genom SFS 1994:458 om ändring av brottsbalken (förarbeten finns i prop. 1993/94:130).

straffbelagd gärning likväl anses icke-brottslig med stöd av allmänna principer om social adekvans, se vidare nedan.

En gärning som någon begår i nödvärn utgör brott endast om den med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig. Rätt till nödvärn föreligger bl.a. mot ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom (24 kap. 1 § BrB).

Nödbestämmelsen är tveklöst den som flitigast har kommit till användning inom hälso- och sjukvårdsområdet.[91] Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse (24 kap. 4 § BrB). I bestämmelsen anges att en i nöd företagen gärning utgör brott endast om den som handlat i nöd gått för långt och överskridit gränsen för nödrätten. Vilken straffbelagd handling som helst kan vidtas i nöd. Åtgärder utan samtycke kan vara tillåtna med stöd av bestämmelsen. Nödbestämmelsen ska dock, enligt förarbetena, endast tillämpas i undantagsfall.[92] Nöd kan rättfärdiga att hindra någon från att begå självmord, genomföra tvångsmatning eller tvångsmedicinering eller utföra ett operativt ingrepp mot en patients vilja.[93] Däremot torde man inte rimligen kunna vidta vård- eller behandlingsåtgärder under en längre tid under åberopande av pågående nöd. Denna begränsning är särskilt betydelsefull just när det gäller vården av varaktigt beslutsoförmögna patienter.[94]

Också samtycke är en särskild ansvarsfrihetsgrund i BrB. Enligt 24 kap. 7 § BrB är en gärning som någon begår med samtycke från den mot vilken den riktas brottslig endast om gärningen, med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter, är oförsvarlig.

För att ett samtycke ska godtas i detta sammanhang krävs att det förelåg när gärningen företogs. Samtycket måste även vara allvarligt menat, ha lämnats frivilligt och under insikt om relevanta förhållanden. Den som lämnat samtycket måste dessutom vara kapabel att förstå dess innebörd och behörig att förfoga över det berörda intresset. Vid gärningar som är utsträckta i tiden måste samtycket föreligga under hela den tid som gärningen företas. Samtycket behöver emellertid inte vara uttalat utan det är tillräckligt med ett s.k. tyst

[91] SOU 2015:80 s. 180 med däri gjorda hänvisningar.
[92] Se Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.), prop. 1993/94:130, s. 35.
[93] Asp m.fl. s. 224.
[94] SOU 2015:80 s. 180 med däri gjorda hänvisningar.

inre samtycke.[95] Bestämmelsen om ansvarsfrihet vid samtycke i brottsbalken omfattar inte s.k. hypotetiska samtycken, vilket framgår av förarbetena.

I förarbetena till bestämmelsen anges bl.a. följande.[96] Inom sjukvården förekommer åtgärder som i och för sig uppfyller rekvisiten för t.ex. misshandel. Det kan naturligtvis ifrågasättas om exempelvis en operation verkligen bör tas in under begreppet misshandel. I doktrinen har påpekats att en typisk misshandel sker i avsikt att tillfoga skada eller smärta medan operationens syfte är det rakt motsatta. Häremot kan emellertid sägas att även en otypisk handling som faller under rekvisiten i 3 kap. 5 § BrB enligt lagens bokstav utgör misshandel. I vart fall torde en illa utförd eller omotiverad operation kunna bestraffas som vållande till kroppsskada. Samtycke från patienten är en grundläggande förutsättning för i princip all sjukvård. Förekomsten av samtycke är emellertid inte det enda som styr tillåtligheten när det gäller åtgärder på det medicinska fältet. Bl.a. kan också nödbestämmelsen vara tillämplig. En grundprincip är att åtgärder av läkare är tillåtna även utan lagstöd om de sker i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och patienten inte motsätter sig dem. Även om bestämmelsen alltså i och för sig är tillämplig också på åtgärder inom det medicinska fältet, måste inte minst försvarlighetsbedömningen i dessa fall göras från andra utgångspunkter. Det innebär att den numera gällande bestämmelsen om ansvarsfrihet vid samtycke i praktiken torde få begränsad betydelse på dessa områden, anförde regeringen.[97]

I propositionen diskuterades också varför en lagregel om ansvarsfrihet vid samtycke borde införas. Fängelsestraffkommittén ansåg att starka skäl talade för att den ansvarsfriande verkan som samtycke har borde lagfästas. Främst pekade kommittén på de krav som legalitetsprincipen ställer. Enligt kommittén bör i den mån det är möjligt varje omständighet som inverkar på frågan, om en handling utgör brott eller ej, regleras i lag.[98] Regeringen och remissinstanserna delade denna bedömning. Regeringen ville peka på att det är angeläget att, så långt det går, undvika att straffrättsliga frågor får sin lösning utanför lagen. Endast om det skulle varit omöjligt att skapa en sådan lagregel, som

[95] Se prop. 1993/94:130 s. 139 och Asp m.fl. s. 226 f.
[96] Prop. 1993/94:130 s. 40 f.
[97] Prop. 1993/94:130. prop. s. 44.
[98] SOU 1988:7 s. 111 f.

tillgodoser de krav som man bör ställa på straffrättsliga regleringar, hade frågan bort lämnas åt doktrin och praxis att lösa, ansåg regeringen.[99] Regeringen ansåg dock att den ”oklarhet som i viss utsträckning råder beträffande samtyckets ansvarsfriande verkan” inte skulle undanröjas helt genom lagen.

Vidare ansåg regeringen – liksom Fängelsestraffkommittén och flertalet remissinstanser – att det fanns skäl att inta en reserverad hållning till s.k. hypotetiskt samtycke. Som skäl anfördes bl.a. att en regel som direkt slår fast hypotetiskt samtycke som en ansvarsfrihetsgrund skulle kunna uppfattas som en minskning av det skydd som strafflagstiftningen ger den enskilde mot angrepp av andra. Dessutom skulle en regel av detta slag innebära tillämpningsproblem. Den föreslagna regeln om ansvarsfrihet vid samtycke skulle därför enligt sin ordalydelse inte omfatta hypotetiskt samtycke. Vidare anfördes bl.a. följande.

> Detta innebär emellertid inte att ansvarsfrihet i dessa och liknande fall skall vara helt utesluten. I praktiken torde den oskrivna ansvarsfrihetsgrund som ibland tillämpas i mera bagatellartade mål, och som har formen av en hänvisning till ”livets regel” eller ”social adekvans” eller liknande i litteraturen använda uttryck, ofta kunna åberopas i sådana situationer.

Ett hypotetiskt samtycke skulle alltså kunna ha ansvarsbefriande verkan i situationer där handlandet kan betecknas som socialadekvat.

7.9.2 Social adekvans

Principen om social adekvans framgår inte i 24 kap. BrB utan av praxis från Högsta domstolen (HD). Social adekvans kan betraktas som en säkerhetsventil. Utan den skulle det inte vara möjligt att fria från ansvar i fall, där det inte går att finna stöd i givna regler för att anse gärningen vara rättsenlig, och där det framstår som orimligt att straffrättsligt ingripande ska ske.

Exempel på situationer där social adekvans kan tillämpas är lärares tillsyn, rättslig nöd, handlande i annans intresse, militär övning och krigstillstånd. Principen om social adekvans har också bärighet på olika former av idrottsutövande och vid vissa former av lek. Gemensamt för de situationer där frihet från ansvar på denna grund aktua-

[99] Prop. 1993/94:130 s. 41.

liseras kan sägas vara att det intresse som straffstadgandet skyddar kolliderar med intressen som bör ges företräde.

Om en profylaktisk eller terapeutisk åtgärd utförs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och inte sker mot patientens vilja kan åtgärden enligt Nils Jareborg anses socialadekvat.[100] Ett ingrepp som företas mot en beslutsoförmögen person som motsätter sig ingreppet, anses grundlagsstridigt såvida inte nödbestämmelsen (eller nödvärnsbestämmelsen) är tillämplig.[101]

I rättsfallet NJA 2018 s. 1051 aktualiserades dels frågan om ett frihetsberövande av en kvinna med demenssjukdom som bodde på ett kommunalt vård- och omsorgsboende varit tillåtet med stöd av oskrivna regler om social adekvans, dels frågan om den tilltalade hade haft erforderligt uppsåt. Enligt gärningsbeskrivningen hade en beredskapssjuksköterska berövat kvinnan friheten genom att på natten blockera dörren till hennes bostadsrum med en fåtölj och därefter sitta i fåtöljen i cirka två timmar. Den boende sa under denna tid flera gånger att hon ville komma ut. Hon bankade också på insidan av dörren och försökte att ta sig ut med våld.

HD anförde bl.a. följande. Det finns inga särskilda regler beträffande frihetsberövanden vid vård- och omsorgsboenden. Förslag till lagstiftning, innefattande bestämmelser om tvång och inlåsning av bl.a. personer med demenssjukdom, har lämnats av statliga utredningar, men de har inte lett till lagstiftning (se SOU 1984:64 och SOU 2006:110). De allmänna reglerna om rättfärdigande (tillåtande) och ursäktande ansvarsfrihetsgrunder som finns i 24 kap. brottsbalken är emellertid tillämpliga också i dessa sammanhang. … Vid sidan av de uttryckliga undantagsreglerna i bl.a. 24 kap. brottsbalken och i offentligrättslig lagstiftning, finns det också ett utrymme för att bedöma en annars otillåten gärning som tillåten med stöd av oskrivna regler om social adekvans.

HD anförde vidare. I vård- och omsorgssituationer måste det – liksom i andra situationer där ett tillsyns- och omsorgsansvar aktualiseras (sådana situationer kan bl.a. lärare och föräldrar befinna sig i) – med stöd av oskrivna regler om social adekvans finnas ett visst utrymme att vidta gärningar som i och för sig uppfyller rekvisiten för olika straffbelagda gärningar (jfr ”Äppelkastningen” NJA 1988 s. 586 och ”Läraren och elevassistenten” NJA 2009 s. 776). Social adekvans

[100] Jareborg (1984). *Brotten I – Grundbegrepp: Brotten mot person*, 2 uppl. s. 259.
[101] Se Jareborg (1984). Allmän kriminalrätt, s. 299.

kan vara av betydelse bl.a. för tillåtligheten av gärningar som innefattar mer begränsade intrång i någons kroppsliga integritet, t.ex. gärningar som i och för sig utgör olaga tvång eller ofredande. Det måste exempelvis i vissa situationer vara tillåtet att använda mildare former av tvång. Vid en bedömning av vad som är tillåtet kan det ha betydelse om åtgärden riktar sig mot en person som är förvirrad eller på annat sätt inte är beslutskapabel.

HD kom fram till att sjuksköterskan skulle frikännas, men inte för att gärningen inte anses brottslig utan för att sjuksköterskan trott sig ha rätt att handla som han gjorde. HD anförde följande.

> Att på detta sätt stänga in någon i ett rum utgör ett frihetsberövande i den mening som avses i 4 kap. 2 § brottsbalken. Även om det i anslutning till den aktuella händelsen kan ha förelegat både nödvärns- och nödsituationer som kunnat ge rätt att utföra annars straffbelagda gärningar, så har frihetsberövandet pågått efter det att dessa situationer varit överspelade. I sådan vård- och omsorgsverksamhet som den aktuella måste finnas ett visst utrymme att med stöd av oskrivna regler om social adekvans vidta åtgärder som i och för sig kan anses utgöra t.ex. ofredande, olaga tvång eller olaga frihetsberövande. Frihetsberövandet i detta fall måste, även om den situation N.N. befann sig i inte var enkel att hantera, anses ha gått utöver vad som är tillåtet. [– – –] Utredningen ger inte stöd för annat än att han utgått från att åtgärden har legat inom ramen för vad han som beredskapssjuksköterska haft befogenhet att göra. Av detta följer att det inte är visat att han agerat med erforderligt uppsåt.

7.10 Ställföreträdare vid nedsatt beslutsförmåga

7.10.1 God man och förvaltare

Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, ska rätten, om det behövs, besluta att anordna *godmanskap* för honom eller henne. Ett sådant beslut får inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap ska anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. När rätten meddelar ett sådant beslut, ska rätten samtidigt förordna en god man att utföra uppdraget (11 kap. 4 § föräldrabalken, förkortad FB).

Huvudregeln när god man förordnas är alltså att den enskilde måste lämna sitt samtycke. I förarbetena motiveras detta av att ett godmanskap bygger på förtroende mellan de inblandade parterna och att

risken för kolliderande rättshandlingar skulle vara alltför stor om den enskilde är fientligt inställd till förordnandet.[102] Om den enskilde inte har förmåga att uttrycka sin inställning i frågan kan dock en god man förordnas utan den enskildes samtycke.[103] Detta tillstånd måste enligt 11 kap. 17 § FB styrkas av ett läkarintyg eller en likvärdig utredning.[104]

Om någon som befinner sig i en sådan situation som anges i 4 § är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, får rätten besluta att anordna *förvaltarskap* för honom eller henne. Förvaltarskap får dock inte anordnas, om det är tillräckligt att godmanskap anordnas eller att den enskilde på något annat, mindre ingripande sätt får hjälp (11 kap. 7 § FB). Förvaltaruppdraget ska anpassas till den enskildes behov i varje särskilt fall. Rätten får överlåta åt överförmyndaren att närmare bestämma uppdragets omfattning. Anledningen till den restriktiva hållningen gentemot förvaltarskap är att förvaltaren i princip har en bestående ensam beslutanderätt för den enskilde inom det område förordnandet avser. Detta till skillnad från den gode mannen, vars rättshandlingar enligt huvudregeln endast är bindande om den enskilde lämnat sitt samtycke.

Innan rätten anordnar förvaltarskap ska den inhämta läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd. Detta gäller som nämnts även i ärenden om anordnande av godmanskap när den enskilde inte har lämnat samtycke (11 kap. 17 § FB).

I 11 kap. 5 § FB framgår två undantag från samtyckeskravet vid godmanskap. Det första är om det är fråga om beslut som ”sedvanligen företas för den vardagliga hushållningen”. Syftet med denna presumtionsregel är att inköp av mat och kläder, hyresbetalningar och andra typer av vardagliga transaktioner inte ska betungas av att

[102] Eftersom den enskilde fortfarande har rättshandlingsförmåga finns det ingenting som hindrar denne från att vidta rättshandlingar även om de befinner sig inom sfären för den gode mannens förordnande. Har den enskilde och huvudmannen olika uppfattningar i en fråga ska den enskildes uppfattning vara avgörande. Om den enskilde handlar i strid med en tidigare rättshandling som gode mannen vidtagit med dennes goda minne ska båda rättshandlingarna ses som giltiga. En eskalerande konflikt kan vara grund för att övergå till ett förvaltarskap, se prop. 1987/88:124 s. 142.
[103] Prop. 1987/88:124 s. 138.
[104] Läkarintyget ska utfärdas av en legitimerad läkare på en standardiserad blankett, se 5 kap. 2 § och 8 kap. 2 § SOFS 2005:29. Läkarintyg som utfärdats för ett annat ändamål kan ibland godtas. Som likvärdig utredning nämns journalanteckningar tillsammans med utlåtande från en kompetent befattningshavare (oklart vilka professioner som avses) i det fall den enskilde långvarigt vistats på någon form av vårdinstitution, se NJA II 1988 s. 472 f.

ett uttryckligt samtycke alltid behöver lämnas.[105] Det andra undantaget från samtyckeskravet är om den enskilde ”på grund av sitt tillstånd varit ur stånd att ge uttryck för sin mening eller denna av annan orsak inte har kunnat inhämtas”. I förarbetena framgår att undantaget är tillämpligt också när den enskildes ”tillstånd är sådant som avses i lagen (1924:323) om verkan av avtal som slutits under inflytande av rubbad självverksamhet”, dvs. psykisk störning.[106]

Förvaltning av egendom kan sägas vara den ekonomiska delen av uppdraget medan bevaka rätt rör den juridiska delen, t.ex. att bistå den enskilde vid kontakter med myndigheter. Vad som ingår i begreppet sörja för person är oklart, eftersom det inte finns några regler som uttryckligen reglerar den delen av ställföreträdarens uppdrag. I propositionen till de nuvarande reglerna om god man och förvaltare övervägdes om ”sörja för person” inte skulle ingå i uppdraget eftersom dessa uppgifter sköttes av socialtjänsten. Lagstiftaren framhöll dock att ställföreträdaren var tvungen att ha viss insikt i den enskildes personliga förhållanden för att kunna sköta den ekonomiska förvaltningen. Vidare anfördes att det personliga uppdraget minskar om den enskilde har insatser från hemtjänsten.[107]

Även i de fall en god man eller förvaltare har ett oinskränkt förordnande har han eller hon inte rätt att företräda den enskilde i alla personliga angelägenheter.[108] Enligt förarbetena har den enskilde viss beslutanderätt i frågor som rör den sociala vårdlagstiftningen samtidigt som ställföreträdaren också har rättshandlingsförmåga i dessa frågor. I samma avsnitt anges att den enskilde i allmänhet bör bestämma själv vid frågor som rör vård och boende. Som ett annat exempel nämns att en förvaltare i normalfallet inte bör kunna företräda den enskilde och lämna samtycke å dennes vägnar till ett operativt ingrepp. En annan sak är att ställföreträdarens uppfattning kan inhämtas. Gränsdragningen mot när frågorna blir alltför personliga är inte helt klar.[109] När det gäller ansökan om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL anser Socialstyrelsen att varken god man eller förvaltare kan ansöka om bistånd mot den enskildes vilja.[110]

[105] Prop. 1987/88:124 s. 166.
[106] Prop. 1987/88:124 s. 164. Se även s. 141.
[107] Prop. 1987/88:124 s. 139 f.
[108] Prop. 1987/88:124 s. 172.
[109] SOU 2015:80 s. 432.
[110] Socialstyrelsen, ”Frågor och svar om rättssäker äldreomsorg – ansökan”.

Här kan nämnas ett avgörande från hovrätten från 2007[111] där en enskild som tvångsvårdats vid vårdens upphörande ansågs vara i behov av särskilt boende. Då den enskilde inte ville flytta till ett särskilt boende förordnades denne en förvaltare av tingsrätten. Förvaltarens uppdrag omfattade endast att vårda den enskilde i frågan om ansökan till särskilt boende. Hovrätten rev upp tingsrättens beslut och konstaterade med hänvisning till SOU 2004:112 s. 576 f. att beslut om medicinska vård- och behandlingsåtgärder är så pass personligt att inte ens förvaltare – i vart fall om den enskilde motsätter sig åtgärden – har beslutanderätt. Att på detta sätt försöka förmå den enskilde att flytta eller underkasta sig vårdåtgärder kunde enligt hovrätten inte komma på fråga. Ett sådant förfarande ansågs stå i strid med förvaltarskapsinstitutets syfte.[112]

För fullständighets skull ska också nämnas 17 kap. FB som infördes 2017, vilket innehåller regler om anhörigas behörighet att rättshandla i vissa fall. Enligt 17 kap. 1 § gäller att om det är uppenbart att någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande inte längre har förmåga att ha hand om sina ekonomiska angelägenheter, är en anhörig behörig att för den enskilde vidta ordinära rättshandlingar med anknytning till dennes dagliga livsföring. Behörigheten gäller endast i fråga om ekonomiska angelägenheter.[113]

7.10.2 Framtidsfullmakter

En framtidsfullmakt utgör ett alternativ till ordningen med god man och förvaltare. Att förordna en god man förutsätter att behovet av hjälp finns vid tidpunkten för förordnandet. I praktiken leder detta till begränsade möjligheter att påverka valet av ställföreträdare. Detta kan bidra till att enskilda känner oro för sin framtid. Framtidsfullmakter ger enskilda en möjlighet att genom fullmakt utse någon som kan ha hand om deras angelägenheter om de själva senare skulle bli beslutsoförmögna (se prop. 2016/17:30 s. 19). Lagen trädde i kraft den 1 juli 2017.

[111] Hovrätten över Skåne och Blekinges beslut den 17 juli 2007 i mål nr ÖÄ 1368-07.
[112] Rynning menar att förvaltares beslutanderätt i frågor som rör medicinsk vård och behandling när den enskilde är ur stånd att ge uttryck för sin mening endast är informell, se Rynning (1994), s. 301 ff.
[113] Prop. 2016/17:30 s. 136.

En framtidsfullmakt är en fullmakt som någon ger åt en fysisk person att företräda fullmaktsgivaren om han eller hon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande varaktigt och i huvudsak inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser (1 § lag [2017:310] om framtidsfullmakter). En framtidsfullmakt får omfatta ekonomiska och personliga angelägenheter (2 §). Fullmaktshavaren ska bevaka fullmaktsgivarens rätt i de angelägenheter som framtidsfullmakten omfattar. Åtgärder inom hälso- och sjukvård eller tandvård och vissa frågor av utpräglat personlig karaktär omfattas dock inte. I uppdraget ingår inte heller att utföra den faktiska omsorgen utan att vidta åtgärder så att fullmaktsgivaren får den omsorg som behövs. Detta motsvarar en god mans uppgift att sörja för huvudmannens person (prop. 2016/17:30 s. 28 f.)

7.11 Stöd från Socialstyrelsen

Tidigare, numera upphävda riktlinjer

Socialstyrelsen har tidigare lämnat vägledning bl.a. genom föreskrifter och allmänna råd riktade till verksamheter där personer med demenssjukdom vistas. Det gäller SOSFS 1980:87 (M) Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård och SOSFS 1992:17 (S) Socialstyrelsens allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Genom SOSFS 1997:16 (S) kompletterades de allmänna råden med en föreskrift om individuella larm. Enligt dessa upphävda råd var det en förutsättning för anbringande av individuella larm att den enskilde samtyckt till att bära larmet. Samtidigt anfördes att det ofta är svårt att få samtycke av åldersdementa personer. Om personen inte är rättskapabel och inte förstår vad det handlar om, fick man enligt föreskriften i stället bedöma om den enskilde skulle ha accepterat larmet, om han eller hon hade kunnat lämna medgivande (vilket i sammanhanget benämndes som ett presumerat samtycke). För närmare besked om den enskildes hypotetiska uppfattning hänvisades beslutsfattaren till närstående eller den enskildes gode man eller förvaltare.[114] Socialstyrelsen var tyd-

[114] SOU 2004:112 s. 573.

lig med att inlåsning inte fick ske och att andra åtgärder inte fick innebära ”olagligt tvång”. Det ansågs inte heller möjligt att hänvisa till nödrätten som grund för rutinmässiga ingripanden. Om personalen inte lyckades att övertala personen att stanna hemma borde personal eller anhörig följa med, om den enskilde kunde ha svårt att hitta hem.

Den 15 juni 2010 upphörde Socialstyrelsens SOSFS 1980:87 (M) och SOSFS 1992:17 (S) att gälla. Ett huvudskäl var att lagstöd saknades för att kunna vidta åtgärder mot någon enskild persons vilja.

Meddelandeblad om tvångs- och skyddsåtgärder

Socialstyrelsens meddelandeblad nr 12/2013 rör tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna. Detta meddelandeblad innehåller en redogörelse för det regelverk som gäller och måste beaktas när frågor om tvångs- och skyddsåtgärder för vuxna aktualiseras i en verksamhet. Redogörelsen avser verksamheter som bedrivs med stöd av HSL, SoL och LSS.

Meddelandebladet är en reviderad version av det meddelandeblad som publicerades i maj 2010 med anledning av upphävandet av Socialstyrelsens kungörelse (1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Här förtjänar kanske att framhållas att meddelandeblad inte har någon juridisk status.

I meddelandebladet redogörs kortfattat för gällande rätt med hänvisningar. Socialstyrelsen konstaterar att det i HSL och SoL inte finns några bestämmelser som klargör vad som gäller när en enskild person av något skäl inte kan samtycka till en åtgärd eller insats. Av gällande lagstiftning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt tillhörande förarbeten framgår inte heller var gränsen går för när en åtgärd som vidtas mot en person som inte har förmåga att lämna ett samtycke ska anses utgöra en tvångsåtgärd.

Med hänvisning till förarbetsuttalanden[115] anses förutsättningarna för ett samtyckes rättsliga giltighet vara att det har lämnats av någon som är behörig att förfoga över det aktuella intresset, den samtyckande är kapabel att förstå innebörden av samtycket, vederbörande har haft

[115] Prop. 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.), s. 39.

full insikt om relevanta omständigheter, samtycket har lämnats frivilligt, samt att samtycket är allvarligt menat.

Även om ett samtycke uppfyller alla förutsättningar för giltighet vid tidpunkten då det lämnades, medför det inte att samtycket gäller för all framtid. En person kan när som helst återkalla sitt samtycke. Även om samtycket inte återkallas kan det också av andra skäl upphöra att gälla. För att ett samtycke ska tillerkännas rättslig relevans måste det finnas vid tidpunkten för åtgärdens genomförande. JO har i ett ärende behandlat frågan om en person kan samtycka till tvångsåtgärder inom hälso- och sjukvården (psykiatrin) som inte har stöd i lag. I sitt beslut redovisar JO att man inte kan samtycka till sådana tvångsåtgärder som bältesläggning.[116] Att ge vård och omsorg mot en vuxen persons vilja eller att använda tvångsåtgärder kräver stöd i lag. Därav följer att en god man eller förvaltare inte kan samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja eller till användning av tvångsåtgärder. [117]

Gällande anhöriga och andra närstående konstateras att dessa inte har några rättsliga befogenheter att agera som ställföreträdare för en vuxen person. Att ge vård eller omsorg mot en vuxen persons vilja eller att använda tvångsåtgärder kräver stöd av lag. Därmed följer att anhöriga eller annan närstående inte kan samtycka till vård eller omsorg mot den enskildes vilja eller till användning av tvångsåtgärder.[118] Anhöriga kan inte kräva att personal ska utföra vård eller omsorg mot en persons vilja eller använda olika tvångsåtgärder.

Här ska också nämnas Socialstyrelsens meddelandeblad 3/2019 om välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Där framgår bl.a. att samma regler gäller som för andra insatser, att användningen av tekniken är frivillig och att den enskilde behöver samtycka till att en insats beviljas och att en viss åtgärd utförs vid genomförande av insatsen. När det gäller personer med nedsatt beslutsförmåga är det viktigt att anpassa informationen om, och erbjudandet av, välfärdstekniken utifrån den enskilda personens förmåga och förutsättningar, liksom att anpassa tekniken till och planera uppföljningen utifrån personens förmåga och förutsättningar. Det gäller i synnerhet personer vars kognitiva förmåga kan förväntas försämras över tid. Om den enskilde själv ansöker om en välfärdsteknisk pro-

[116] JO beslut den 19 september 2007, dnr 3236-2006.
[117] JO 1983-84 s. 150, dnr 3131-1892.
[118] Se t.ex. SOU 2004:112 s. 625, 626 och 697.

dukt kan man i regel utgå från att samtycke finns till användning av tekniken. Detsamma gäller om den enskilde själv väljer att använda välfärdsteknik som t.ex. finns tillgänglig i en verksamhet. Huvudmannen behöver ändå försäkra sig om att den enskilde så långt möjligt förstår syftet med tekniken och hur den fungerar. Det är också viktigt att följa upp hur den enskilde upplever användningen av tekniken för att se om samtycket fortfarande gäller. Mer stöd finns på www.kunskapsguiden.se under temana ”Stödja vuxna personer vilja” och ”Stödja äldre personers vilja”.

7.12 Dataskydd

7.12.1 EU:s dataskyddsförordning (GDPR)

Allmänt

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning)[119], dvs. GDPR, började tillämpas den 25 maj 2018. Den allmänna regleringen om behandling av personuppgifter inom EU fanns tidigare i det s.k. dataskyddsdirektivet[120], som låg till grund för den numera upphävda personuppgiftslagen (1998:204), PUL. Dataskyddsförordningen baseras till stor del på dataskyddsdirektivets innehåll.

Dataskyddsförordningen får likt andra EU-förordningar inte implementeras i svensk rätt utan ska tillämpas direkt av enskilda, myndigheter och domstolar. Det tidigare svenska generella regelverket om dataskydd kunde därför inte finnas kvar, eftersom det skulle leda till en otillåten dubbelreglering. PUL upphävdes därför i samband med ikraftträdandet av dataskyddsförordningen.

Den omständigheten att den nya generella unionsrättsakten om dataskydd är en förordning, och inte ett direktiv, innebär således omfattande begränsningar av möjligheten att införa eller behålla nationella bestämmelser om dataskydd. Dataskyddsförordningen både

[119] Utfärdad den 27 april 2016.
[120] Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter.

förutsätter och medger emellertid nationella bestämmelser som kompletterar eller föreskriver undantag från förordningens regler.

Europeiska dataskyddstyrelsen har i uppdrag att utfärda riktlinjer och rekommendationer till dataskyddsförordningen.[121] Dessutom har nationella tillsynsmyndigheter, i Sveriges fall Datainspektionen, i direkt uppdrag att bidra till en enhetlig tillämpning.[122]

Vissa definitioner (artikel 4)

Med personuppgift avses varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person. Som identifikatorer anges förutom namn, identifikationsnummer, lokaliseringsuppgift eller onlineidentifikatorer även faktorer som är specifika för personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet.

Behandling av personuppgifter är en åtgärd eller kombination av åtgärder beträffande personuppgifter eller uppsättningar av personuppgifter, oberoende av om de utförs automatiserat eller inte. Det gäller t.ex. insamling, registrering, strukturering, lagring, bearbetning, läsning, användning, spridning och radering.[123]

Uppgifter om hälsa definieras som personuppgifter som rör en fysisk persons fysiska eller psykiska hälsa, inbegripet tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster, vilka ger information om dennes hälsostatus. Biometriska uppgifter definieras som personuppgifter som erhållits genom en särskild teknisk behandling som rör fysisk persons fysiska, fysiologiska eller beteendemässiga kännetecken och som möjliggör eller bekräftar identifieringen av denna fysiska person, som ansiktsbilder eller fingeravtrycksuppgifter.

Principer för behandling av personuppgifter (artikel 5)

Utöver det grundläggande kravet på att all behandling måste vara laglig, i betydelsen att någon av de rättsliga grunder som anges i artikel 6.1 i förordningen är tillämplig, omgärdas varje behandling av personuppgifter av mer specifika krav. Principerna för behandling av person-

[121] Artikel. 70.1.e.
[122] Artikel 51.2.
[123] Kameraövervakning anses exempelvis som behandling av personuppgifter, varför sådana åtgärder måste stödja sig på en rättslig grund i GDPR, se prop. 2017/18:231 s. 51.

uppgifter, dvs. vilka allmänna krav som gäller för all personuppgiftsbehandling, anges i artikel 5.1 i dataskyddsförordningen. Artikel 5.1 motsvarar i stora drag artikel 6 i dataskyddsdirektivet.[124]

1. Personuppgifter ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt och de ska samlas in för på förhand bestämda och berättigade ändamål, som tydligt angivits (ändamålsbegränsning).
2. Personuppgifterna ska vara korrekta och dessutom adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till ändamålet (uppgiftsminimering).
3. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål (korrekthet).
4. Behandlingen ska ske på ett säkert sätt och inte pågå under längre tid än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet (lagringsminimering).
5. De ska behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (integritet och konfidentialitet).

Enligt andra punkten ska den personuppgiftsansvarige ansvara för och kunna visa att punkt 1 efterlevs (ansvarsskyldighet).

Rättslig grund (artikel 6)

Artikel 6.1 innehåller en uttömmande uppräkning av i vilka fall det är tillåtet (lagligt) att behandla personuppgifter, dvs. rättsliga grunder för behandling av personuppgifter. Grunderna kan överlappa så att ett ändamål har stöd i mer än en grund. De grunder som är av intresse i detta sammanhang är de följande:

[124] SOU 2017:39 s. 106.

– Den registrerade har lämnat samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål (punkt a).
– Behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (punkt c).
– Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (punkt e).

För behandling av personuppgifter för att utföra arbetsuppgifter av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning finns inget krav på att syftet med behandlingen ska framgå av den rättsliga grunden, men behandlingen vara nödvändig för att utföra arbetsuppgiften av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövningen.

Vad som är ett allmänt intresse finns inte definierat i vare sig dataskyddsförordningen eller det tidigare dataskyddsdirektivet.[125] Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår dock att hälso- och sjukvårdsändamål, såsom socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster inbegrips i allmänintresset.

Dataskyddsutredningen har bedömt att det är rimligt att anta att alla arbetsuppgifter som utförs av statliga myndigheter i syfte att uppfylla ett uttryckligt uppdrag av riksdag eller regering är av allmänt intresse. Även obligatoriska arbetsuppgifter som utförs av kommuner och landsting, till följd av åligganden enligt lag eller förordning, bedöms vara av allmänt intresse i dataskyddsförordningens mening.[126] Någon ytterligare reglering av myndigheternas obligatoriska uppgifter på generell nivå krävs inte för att myndigheter ska kunna vidta nödvändiga behandlingsåtgärder för att fullgöra sina uppgifter.[127] Regeringen var av samma uppfattning[128], liksom Socialdataskyddsutredningen[129] som ansåg att bedrivandet av verksamhet som ska finnas enligt internationella rättighetsstadgor – bl.a. hälso- och sjukvård och förmåner som tillhandahålls inom socialtjänsten – är sådana allmänna intressen som avses i artikel 6.1 e.[130]

[125] SOU 2017:66 s. 215.
[126] SOU 2017:39 s. 124.
[127] SOU 2017:39 s. 129, SOU 2017:66 s. 224.
[128] Prop. 2017/18:105 s. 57.
[129] Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning (SOU 2017:66).
[130] SOU 2017:66 s. 219.

Vid tillämpningen av artikel 6.1 e spelar det ingen roll om den personuppgiftsansvarige är en offentlig eller en privat aktör. De uppgifter av allmänt intresse som utförs i syfte att utföra ett uttryckligt uppdrag eller till följd av ett åliggande måste anses vara av denna karaktär oavsett om de faktiskt utförs i myndighetens egen regi eller om de genom utkontraktering eller entreprenad utförs av någon annan. När en juridisk eller fysisk person, på uppdrag av en kommunal eller statlig myndighet, utför en förvaltningsuppgift som åligger kommunen eller myndigheten, bör alltså även den privata utföraren, entreprenören eller det kommunala bolaget anses utföra en uppgift av allmänt intresse (prop. 2017/18:105 s. 58).

Medlemsstaterna får behålla eller införa nationella bestämmelser för att anpassa tillämpningen av förordningen med hänsyn till behandling för att efterleva punkt c och e genom att närmare fastställa specifika krav för uppgiftsbehandlingen och andra åtgärder för att säkerställa en laglig och rättvis behandling[131]. Det kan handla om villkor som ska gälla för den personuppgiftsansvariges behandling, vilken typ av uppgifter som ska behandlas, vilka registrerade som berörs, de enheter till vilka personuppgifterna får lämnas ut och för vilka ändamål, ändamålsbegränsningar, lagringstid samt typer av behandling och förfaranden för behandling, inbegripet åtgärder för att tillförsäkra en laglig och rättvis behandling. Lagstödet ska ”uppfylla ett mål av allmänt intresse” och stå i proportion till det legitima mål som eftersträvas (jfr artikel 6.3).

Beträffande kravet på att behandlingen ska vara nödvändig kan följande sägas. Datalagskommittén ansåg att nödvändighetskravet i det dåvarande dataskyddsdirektivet inte rimligen kunde anses innebära att det rent faktiskt är omöjligt att utföra en arbetsuppgift utan sådan behandling av personuppgifter (se SOU 1997:39 s. 359). Det måste räcka med att det innebär en påtaglig förenkling för den personuppgiftsansvarige att personuppgifter behandlas på automatiserad väg.[132] Kan en arbetsuppgift däremot utföras nästan lika enkelt och billigt utan att personuppgifter behandlas, kan behandlingen inte anses nödvändig. Exempelvis går det kanske lika bra att använda anonyma uppgifter. Regeringen har dock ansett att det mer eller mindre regelmässigt kan anses vara nödvändigt att använda tekniska hjälpmedel

[131] Inbegripet för andra specifika situationer då uppgifter behandlas i enlighet med kapitel IX. Kapitlet rör bestämmelser om särskilda behandlingssituationer.
[132] SOU 2001:32 s. 95 och SOU 2001:100 s. 90.

och därmed behandla personuppgifter på automatisk väg, eftersom en manuell informationshantering inte utgör ett realistiskt alternativ för vare sig myndigheter eller företag.[133] Jfr även Dataskyddsutredningen i SOU 2017:39 s. 105.

Bedömningen av om nödvändighetskravet är uppfyllt kan utfalla olika beroende på vilken form av behandling av personuppgifter det gäller: insamling, registrering, utlämnande, samkörning osv. Det kan t.ex. tänkas att insamlingen av personuppgifter är nödvändig, men att ett utlämnande av dem inte är det. Det måste bedömas om varje behandlingssteg för sig är nödvändigt (jfr SOU 2003:40 s. 169).[134]

Regeringen har nyligen anfört bl.a. följande apropå tolkningen av ordet nödvändig i detta sammanhang (prop. 2017/18:105 s. 60):

> Den metod som den personuppgiftsansvarige väljer för att utföra sin uppgift måste dock – som all offentlig förvaltning – vara ändamålsenlig, effektiv och proportionerlig och får därmed inte medföra ett onödigt intrång i enskildas privatliv. [– – –] Om ett uppdrag … har reglerats på en mer övergripande och resultatinriktad nivå kan det sannolikt utföras på många olika sätt, vilka i förhållande till varandra kan vara mer eller mindre nödvändiga i dataskyddsförordningens mening. Kravet på att ändamålet ska vara nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse innebär alltså i sig en spärr mot helt onödig behandling av personuppgifter eller sådan behandling som utgör ett oproportionerligt intrång i privatlivet som inte kunnat förutses.

Dessutom, framhöll regeringen, ankommer det på varje svensk myndighet att i all verksamhet iaktta proportionalitetskravet. Detta krav kommer numera till uttryck i 5 § förvaltningslagen (2017:900)[135] under rubriken Legalitet, objektivitet och proportionalitet där det anges att en åtgärd aldrig får vara mer långtgående än vad som behövs och att den får vidtas endast om det avsedda resultatet står i rimligt förhållande till de olägenheter som kan antas uppstå för den som åtgärden riktas mot (prop. 2017/18:105 s. 51).

---

[133] Prop. 2017/18:105 s. 46 f.

[134] För en redogörelse av olika avgöranden från domstolar och Datainspektionen i detta sammanhang, se Öman, S. *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m.* (ver. 1 i Zeteo), kommentaren till artikel 6 i dataskyddsförordningen under rubriken ”Nödvändighetskravet”.

[135] Förvaltningslagen gäller enligt 1 § för handläggning av ärenden hos förvaltningsmyndigheter, under förutsättning att inte annat är föreskrivet (2 §). Den är således inte tillämplig generellt inom hälso- och sjukvårdsverksamhet exempelvis.

Känsliga personuppgifter

För att en behandling av personuppgifter över huvud taget ska vara tillåten utan samtycke krävs för det första att behandlingen är nödvändig för något av de syften som anges i artikel 6.1. Ska behandlingen avse känsliga personuppgifter, krävs dessutom att behandlingen är nödvändig[136] för de syften som anges i artikel 9.2 b–j.

Av artikel 9.1 framgår att behandling av personuppgifter som avslöjar uppgifter om bl.a. hälsa ska vara förbjuden.[137] [138] Från detta finns dock vissa angivna undantag. Ett sådant är när den registrerade uttryckligen lämnat samtycke till behandlingen av dessa personuppgifter för ett eller flera ändamål (punkt 2 a), se vidare nedan.

Av punkt 2 c framgår att undantag medges om behandlingen är nödvändig för att skydda den registrerades eller någon annan fysisk persons grundläggande intressen när den registrerade är fysiskt eller rättsligt förhindrad att ge sitt samtycke, vilket skulle kunna vara fallet när en människa har nedsatt beslutsförmåga. I skäl 46 talas i sammanhanget om behandling som är av avgörande betydelse för den registrerades eller en annan fysisk persons liv. Sören Öman nämner som exempel i sin kommentar till dataskyddsförordningen att personuppgifter om den som plötsligt blivit sjuk och förlorat medvetandet behandlas för att kontrollera blodgrupp och sjukdomshistoria samt underrätta anhöriga. Att personuppgifter i läkemedelsförteckningen lämnas ut till förskrivare av läkemedel när det är nödvändigt för att en registrerad som inte kan lämna sitt samtycke ska kunna få vård eller behandling som han eller hon oundgängligen behöver, nämns också som exempel på behandling av personuppgifter för att skydda den registrerades grundläggande intressen.[139]

---

[136] Som nämnts ska ordet nödvändig inte förstås i egentlig mening. Datainspektionen har funnit att behandlingen av känsliga personuppgifter i register med det övergripande syftet att förbättra kvaliteten på individnivå inom svensk hälso- och sjukvård – dvs. kvalitetsregister – ska anses nödvändig för vård och behandling (Datainspektionens rapport 2002:1 s. 11, se också SOU 2006:82 s. 438).

[137] De i artikeln angivna kategorierna av personuppgifter benämns i artikeln som ”särskilda kategorier av uppgifter”. Dataskyddsutredningen konstaterade dock att begreppet känsliga personuppgifter, som användes i personuppgiftslagen, är tydligare och dessutom inarbetat på såväl nationell nivå som EU-nivå. Se SOU 2017: 30 och SOU 2017:66 s. 235.

[138] Förbudet att behandla känsliga personuppgifter bottnar i artikel 6 i dataskyddskonventionen, som förbjuder automatiserad behandling av uppgifter om ras, politiska åsikter, religiös tro eller annan övertygelse, hälsa, sexualliv samt brott, om inte den nationella lagen ger ett ändamålsenligt skydd.

[139] Jfr prop. 2004/05:70 s. 21 och 50.

Vidare kan behandlingen av personuppgifter vara tillåten enligt punkt 2 h om den är nödvändig av skäl som hör samman med bl.a.

– förebyggande hälso- och sjukvård, medicinska diagnoser, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling, social omsorg eller
– förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg och av deras system,

på grundval av unionsrätten eller nationell rätt eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet, under förutsättning att de villkor och skyddsåtgärder som avses i punkten 3 är uppfyllda.[140] [141]

I punkt 3 framgår att känsliga personuppgifter får behandlas för de ändamål som avses i punkt 2 h när uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare som omfattas av tystnadsplikt.

Av fjärde punkten framgår att det är tillåtet att ha nationella villkor för behandling av vissa typer av personuppgifter (genetiska och biometriska uppgifter och uppgifter om hälsa).[142]

Vad som avses med social omsorg framgår inte av förordningen. Både social omsorg och förvaltning av social omsorg och av deras system är nya verksamheter jämfört med dataskyddsdirektivet.[143] Dataskyddsutredningen ansåg att det sannolikt är uppgifter som utförs av socialtjänsten som omfattas av begreppet.[144] Socialdataskyddsutredningen instämde i den bedömningen och ansåg att social omsorg innefattar sådan verksamhet som avses i 2 § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.[145]

Begreppet administration av hälso- och sjukvård har ersatts med ”förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och deras system”. I skäl 53 finns det en uppräkning av vad som innefattas i detta begrepp:

> … behandling som utförs av förvaltningen och centrala nationella hälsovårdsmyndigheter av sådana uppgifter för syften som hör samman med kvalitetskontroll, information om förvaltningen samt allmän nationell och lokal tillsyn över hälso- och sjukvårdssystemet och systemet för social omsorg och säkerställande av kontinuitet inom hälso- och sjuk-

[140] Det verkar finnas ett ökat utrymme och flexibilitet jämfört med direktivet från 1995. Numera nämns särskilt tillhandahållande och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och folkhälsoområdet som skäl för att lyfta förbudet mot behandling av särskilda kategorier av uppgifter. Detta kan komma att underlätta samarbetet mellan offentlig och privat vård.
[141] Jfr artikel 8.3 i dataskyddsdirektivet, som dock inte nämner social omsorg.
[142] Artikeln har sin motsvarighet i artikel 8 i dataskyddsdirektivet och 13–20 §§ PUL.
[143] SOU 2017:66 s. 243.
[144] SOU 2017:39 s. 184.
[145] SOU 2017:66 s. 245.

> vård och social omsorg samt gränsöverskridande hälso-och sjukvård eller hälsosäkerhet, syften som hör samman med övervakning samt varningssyften eller för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål …

Socialdataskyddsutredningen konstaterade mot bakgrund av den uppräkningen att i vart fall det som tidigare innefattades i begreppet administration av hälso- och sjukvård omfattas av bestämmelsen.

Artikel 9.2 h verkar inte förutsätta någon nationell reglering förutom själva grundvalen för verksamheten. Den reglering som redan finns av hälso- och sjukvårdsverksamhet och verksamhet inom social omsorg uppfyller kraven enligt ordalagen i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen på att verksamheten – hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen – ska ha sin grundval i nationell rätt. Även om artikel 9.2 h skulle anses kräva nationella bestämmelser som tillåter behandlingen av känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvård och social omsorg, är också det uppfyllt genom befintlig reglering, framhöll Socialdataskyddsutredningen.[146] [147] För verksamhet som omfattas av en särskild registerförfattning, som socialtjänsten, regleras möjligheterna att behandla känsliga personuppgifter där.[148]

Samtycke

Samtycke definieras i artikel 4 som varje slag av frivillig, specifik, informerad och otvetydig viljeyttring, genom vilken den registrerade, antingen genom ett uttalande eller genom en entydig bekräftande handling, godtar behandling av personuppgifter som rör honom eller henne.

Enligt artikel 7 gäller att om behandlingen grundar sig på samtycke, ska den personuppgiftsansvarige kunna visa att den registrerade har samtyckt till behandling av sina personuppgifter. Om den registre-

[146] SOU 2017:66 s. 245 f.

[147] Enligt artikel 9.2 g finns ännu ett undantag som skulle kunna vara tillämpligt: när behandlingen är nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt, vilken ska stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenligt med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen. Det är ett viktigt allmänt intresse att bedriva sådan verksamhet som ska finnas enligt internationella rättighetsstadgor, som omfattar alla medlemsstater i EU, bl.a. hälso- och sjukvård, socialförsäkring och pensioner samt sociala förmåner som tillhandahålls inom socialtjänsten (SOU 2017:66 s. 219 f.). Att socialtjänsten kan utföra sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt är ett viktigt allmänt intresse (prop. 2000/01:80 s. 144).

[148] SOU 2017:66 s. 195.

rades samtycke lämnas i en skriftlig förklaring som också rör andra frågor, ska begäran om samtycke läggas fram på ett sätt som klart och tydligt kan särskiljas från de andra frågorna i en begriplig och lätt tillgänglig form, med användning av klart och tydligt språk. De registrerade ska ha rätt att när som helst återkalla sitt samtycke. Innan samtycke lämnas ska den registrerade informeras om detta. Det ska vara lika lätt att återkalla som att ge samtycke.

I skäl 32 anges som ett förtydligande bl.a. att en förklaring om samtycke kan inbegripa att ”en ruta kryssas i vid besök på en internetsida, genom val av inställningsalternativ för tjänster eller genom annan förklaring eller beteende som i sammanhanget tydligt visar att den registrerade godtar den avsedda behandlingen av sina personuppgifter. Tystnad, på förhand ikryssade rutor eller inaktivitet bör därför inte utgöra samtycke”.

För att säkerställa att samtycket lämnas frivilligt bör samtycke enligt skäl 43 inte utgöra giltig rättslig grund för behandling av personuppgifter i ett särskilt fall där det råder betydande ojämlikhet mellan den registrerade och den personuppgiftsansvarige, särskilt om den personuppgiftsansvarige är en offentlig myndighet och det därför är osannolikt att samtycket har lämnats frivilligt när det gäller alla förhållanden som denna särskilda situation omfattar.

Detta framgår alltså inte i en artikel utan bara i förordningens preambel (som innehåller beaktandesatser eller ”skäl”). Skälen är till skillnad från artiklarna inte direkt förpliktande. Socialdataskyddsutredningen framhöll dock apropå skäl 43 att någon motsvarande skrivning inte fanns i dataskyddsdirektivet och man bedömde därför att det inte kan uteslutas att kraven på samtycke i vissa situationer när samtycke utgör den rättsliga grunden för behandling av personuppgifter skärpts något i förhållande till vad som tidigare gällt.[149]

Den s.k. Artikel 29-gruppen[150] har gett ut riktlinjer om bl.a. samtycke enligt dataskyddsförordningen (WP 259), jfr yttrande 15/2011 om definitionen av samtycke i dataskyddsdirektivet (WP 187). I yttrandet anges att typen av registeransvarig kan vara avgörande för valet av rättslig grund för behandling av personuppgifter. Detta gäller framför allt registeransvariga inom den offentliga sektorn, där be-

[149] SOU 2017:66 s. 229.

[150] Artikel 29-gruppen var en oberoende europeisk arbetsgrupp som behandlade frågor om integritetsskydd och skydd av personuppgifter fram till den 25 maj 2018. Det formella namnet var Arbetsgruppen för skydd av enskilde med avseende på behandlingen av personuppgifter, inrättad genom Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995.

handlingen av personuppgifter normalt är knuten till fullgörandet av en rättslig förpliktelse eller utförandet av en arbetsuppgift av allmänt intresse. Att använda samtycke som rättslig grund i dessa fall är inte lämpligt. Detta är särskilt tydligt när det gäller hur personuppgifter behandlas av offentliga myndigheter med officiella maktbefogenheter, t.ex. rättsvårdande myndigheter som agerar i samband med polisiära och rättsliga aktiviteter. Vidare anges att ett samtycke som i en vårdsituation getts under hot om att medicinsk vård annars inte kommer att ges, eller att medicinsk vård av lägre kvalitet kommer att ges, inte kan betraktas som frivilligt.[151] Yttrandet har setts över senast i april 2018, jfr *Riktlinjer om samtycke enligt förordning (EU) 2016/679*. Artikel 29-gruppens yttranden är fortsatt relevanta i de fall där de är förenliga med den nya rättsliga ramen, eftersom dataskyddsförordningen anses som en kodifiering av artikel 29-gruppens riktlinjer och allmänna goda praxis.[152]

Datainspektionen skriver i linje med detta på sin hemsida att samtycke ofta är en olämplig rättslig grund för myndigheter, eftersom samtycket måste vara frivilligt och jämlikt. Vidare anges att endast en rättslig grund bör användas för en viss personuppgiftsbehandling. Därför ska man alltid först överväga om det går att stödja personuppgiftsbehandlingen på någon annan grund än just samtycke.[153]

I det här sammanhanget kan det vara värt att notera att det förekommer bestämmelser i registerförfattningar om att en behandling för vissa ändamål bara får utföras med den registrerades samtycke, trots att den behandling som författningen reglerar stödjer sig på en annan rättslig grund än samtycke, t.ex. en arbetsuppgift av allmänt intresse. Bestämmelser som innebär krav på samtycke för en viss åtgärd, t.ex. direktåtkomst, när den behandling som författningen reglerar stödjer sig på en annan rättslig grund kan enligt Socialdataskyddsutredningens bedömning i vissa fall anses utgöra en integritetshöjande åtgärd, dvs. en slags skyddsåtgärd.[154]

Datainspektionen har tidigare uttalat att ett giltigt samtycke förutsätter att en person har ett verkligt fritt val och senare kan ta tillbaka sitt samtycke utan att det medför några nackdelar för honom eller

[151] Se SOU 2017:66 s. 230.
[152] I det nya dokumentet ersätts därför inte tidigare yttranden utan de utvecklas.
[153] Jfr här Datainspektionens icke lagakraftvunna tillsynsbeslut i fråga om ansiktsigenkänning i skolan (beslut den 20 augusti 2019 i dnr DI-2019-2221).
[154] Se SOU 2017:66 s. 232.

henne.[155] Hypotetiska eller tysta samtycken accepteras inte. Däremot kan konkludent handlande grunda ett lagligt samtycke under förutsättning att den enskilde har fått tydlig information om personuppgiftsbehandlingen. Konkludent handlande innebär i detta sammanhang att den enskilde lämnar efterfrågade uppgifter efter att ha fått information om såväl den tilltänkta behandlingen som att det är frivilligt att lämna uppgifterna och att uppgiftslämnandet kommer att betraktas som ett samtycke. Konkludent handlande är dock i normalfallet inte godtagbart som samtycke till behandling av känsliga personuppgifter, t.ex. uppgifter om hälsa. Då ska samtycket vara uttryckligt, se artikel 9.2 a dataskyddsförordningen.

I artikel 9.2 a finns som tidigare en möjlighet för medlemsstaterna att föreskriva att den registrerade inte kan samtycka till behandling av känsliga personuppgifter.[156] Vid införandet av PUL ansåg regeringen att det inte var befogat att förbjuda en behandling som den registrerade och den personuppgiftsansvarige var överens om.[157] Det infördes därför varken någon sådan bestämmelse i lag eller någon möjlighet för regeringen eller Datainspektionen att föreskriva om förbud mot behandling trots samtycke. Även senare har bedömningen gjorts att det inte bör införas ett förbud mot behandling trots den registrerades samtycke.[158] Att behandling av känsliga personuppgifter får ske då den registrerade lämnat samtycke framgår av artikel 9.2 a och behöver inte föreskrivas i nationell rätt, menade regeringen.

Upplysningsvis kan nämnas att Europeiska dataskyddsstyrelsen tagit fram riktlinjer om kameraövervakning och ansiktsigenkänning, *Guidelines 3/2019 on processing of personal data through video devices*. Här framhålls vikten av att iaktta de generella principerna i artikel 5, liksom av att överväga om övervakningen verkligen är nödvändig. ”Video surveillance measures should only be chosen if the purpose of the processing could not reasonably be fulfilled by other means which are less intrusive to the fundamental rights and freedoms of the data subject” (punkt 24). I riktlinjerna framgår att i regel krävs

[155] Datainspektionens rapport 2005:3 s. 7, 22 och 24 samt beslut 2005-09-20 dnr 763-2005.
[156] Bestämmelsen motsvarar artikel 8.2 a i dataskyddsdirektivet. Exempel på svensk sådan lagstiftning finns i lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor och lag (2006:351) om genetisk integritet m.m. (jfr HFD 2017 ref. 67).
[157] Se prop. 1997/98:44 s. 69.
[158] Se prop. 2017/18:105 s. 76.

samtycke vid ansiktsigenkänning där enskilda kan identifieras.[159] Vikten av att alltid göra konsekvensbedömningar enligt artikel 35 (DPIA) lyfts fram och här erinras också om riktlinjerna på det området, dvs. *Guidelines on Data Protection Impact Assessment*.

7.12.2 Informationssäkerhet och inbyggt skydd

I artikel 32 föreskrivs att med beaktande av den senaste utvecklingen, genomförandekostnaderna och behandlingens art, omfattning, sammanhang och ändamål samt riskerna, av varierande sannolikhetsgrad och allvar, för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige och personuppgiftsbiträdet vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till risken, inbegripet, när det är lämpligt

1. pseudonymisering och kryptering av personuppgifter,
2. förmågan att fortlöpande säkerställa konfidentialitet, integritet, tillgänglighet och motståndskraft hos behandlingssystemen och -tjänsterna,
3. förmågan att återställa tillgängligheten och tillgången till personuppgifter i rimlig tid vid en fysisk eller teknisk incident,
4. ett förfarande för att regelbundet testa, undersöka och utvärdera effektiviteten hos de tekniska och organisatoriska åtgärder som ska säkerställa behandlingens säkerhet.

I artikel 25 föreskrivs om inbyggt dataskydd och dataskydd som standard. Med beaktande av den senaste utvecklingen, genomförandekostnader och behandlingens art, omfattning, sammanhang och ändamål samt riskerna, av varierande sannolikhetsgrad och allvar, för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder vilka är utformade för ett effektivt genomförande av dataskyddsprinciper – såsom uppgiftsminimering – och för integrering av de

[159] Det förefaller därmed som att en myndighet i dessa fall måste ha stöd i två grunder samtidigt, både individens samtycke och en annan rättslig grund, t.ex. art. 6.1 e. Det kan i och för sig anses rimligt vid mer integritetskänslig behandling av personuppgifter, men framstår som inkonsekvent om man anser att samtycket inte lämnas frivilligt och därmed inte ska anses giltigt när individen är i underläge mot den andra parten, t.ex. hälso- och sjukvården. Eftersom det är omöjligt att erhålla ett giltigt samtycke i ojämlika situationer, blir slutsatsen i sådana fall att dessa tekniker inte kan användas inom hälso- och sjukvården eller den sociala omsorgen – inte ens om personen samtycker. Frågan är om det har varit avsikten.

nödvändiga skyddsåtgärderna i behandlingen. Den personuppgiftsansvarige ska vidare genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa att endast personuppgifter som är nödvändiga för varje specifikt ändamål med behandlingen behandlas. Det handlar både om mängden insamlade personuppgifter, behandlingens omfattning, tiden för deras lagring och deras tillgänglighet. Åtgärderna ska framför allt säkerställa att personuppgifter inte utan den enskildes medverkan görs tillgängliga för ett obegränsat antal fysiska personer.

7.12.3 Konsekvensbedömning avseende dataskydd

Enligt artikel 35.3 b i dataskyddsförordningen måste en konsekvensbedömning avseende dataskydd göras på förhand om behandlingen av personuppgifter innefattar behandling i stor omfattning av känsliga personuppgifter. I punkt 1 anges att om en typ av behandling, särskilt med användning av ny teknik och med beaktande av dess art, omfattning, sammanhang och ändamål, sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige före behandlingen utföra en bedömning av den planerade behandlingens konsekvenser för skyddet av personuppgifter. En enda bedömning kan omfatta en serie liknande behandlingar som medför liknande höga risker.[160]

Bedömningen ska innehålla åtminstone

- en systematisk beskrivning av den planerade behandlingen och behandlingens syften, inbegripet, när det är lämpligt, den personuppgiftsansvariges berättigade intresse (punkt a),
- en bedömning av behovet av och proportionaliteten hos behandlingen i förhållande till syftena (punkt b),
- en bedömning av de risker för de registrerades rättigheter och friheter som avses i punkt 1 (c), och
- de åtgärder som planeras för att hantera riskerna, inbegripet skyddsåtgärder, säkerhetsåtgärder och rutiner för att säkerställa skyddet av personuppgifterna och för att visa att denna förordning efterlevs, med hänsyn till de registrerades och andra berörda personers rättigheter och berättigade intressen (d).

[160] Se även skäl 84, 89, 90 och 92. Överträdelser av skyldigheterna enligt artikeln kan medföra administrativa sanktionsavgifter enligt artikel 83.4.

Konsekvensbedömningen avseende dataskydd ska, enligt skäl 84, syfta till att framför allt bedöma riskens ursprung, art, särdrag och allvar samt, enligt skäl 90, riskens specifika sannolikhetsgrad och allvar. Risken ska bedömas utan hänsyn till de åtgärder som planeras för att minska risken.

I skäl 75 berörs vilka riskerna för fysiska personers rättigheter och friheter kan vara. Det handlar om immateriella skador, i synnerhet om behandlingen kan leda till diskriminering, identitetsstöld eller bedrägeri, ekonomisk förlust, skadat anseende, förlust av konfidentialitet när det gäller personuppgifter som omfattas av tystnadsplikt, obehörigt hävande av pseudonymisering eller annan betydande ekonomisk eller social nackdel, om registrerade kan berövas sina rättigheter och friheter eller hindras att utöva kontroll över sina personuppgifter, om personuppgifter behandlas som avslöjar bl.a. etniskt ursprung, politiska åsikter, religion, genetiska uppgifter, uppgifter om hälsa eller sexualliv, om behandlingen gäller sårbara personer, framför allt barn, eller om behandlingen inbegriper ett stort antal personuppgifter och gäller ett stort antal registrerade.

Den tidigare nämnda Artikel 29-gruppen har gett ut riktlinjer även om konsekvensbedömning avseende dataskydd (WP 248).[161]

Datainspektionen har i enlighet med artikelns fjärde punkt beslutat om en kompletterande förteckning över det slags verksamheter som omfattas av kravet på en konsekvensbedömning avseende dataskydd.[162] Den s.k. högriskförteckningen har offentliggjorts på Datainspektionens webbplats. I förteckningen anges såvitt nu är av intresse att en konsekvensbedömning avseende dataskydd ska göras om den planerade behandlingen uppfyller minst två kriterier:

– systematisk övervakning av människor, till exempel genom kameraövervakning av en allmän plats eller genom att samla in personuppgifter från internetanvändning i offentliga miljöer,
– behandling av känsliga personuppgifter eller uppgifter av mycket personlig karaktär, t.ex. ett sjukhus som lagrar patientjournaler,
– behandling av personuppgifter i stor omfattning,

[161] Data Protection Impact Assessment (DPIA).
[162] Datainspektionens beslut 2019-01-19, dnr DI-2018-13200, jfr Europeiska dataskyddsstyrelsens yttrande 20/2018.

– behandling som kombinerar personuppgifter från två eller flera behandlingar på ett sätt som avviker från vad de registrerade rimligen kunnat förvänta sig, t.ex. när man samkör register,
– behandling av personuppgifter om personer som befinner sig i ett underläge eller i beroendeställning och därför är sårbara, t.ex. barn, anställda, asylsökande, äldre och patienter
– användning av ny teknik eller nya organisatoriska lösningar, t.ex. en sakernas internet-applikation (Internet of things, IoT).

Datainspektionen har under särskilda rubriker även lämnat mer konkreta exempel på behandling av personuppgifter som kräver att en konsekvensbedömning avseende dataskydd görs på förhand. Här nämns bl.a. en kommun som behandlar personuppgifter i social omsorg om det är ett större antal registrerade och vidare en myndighet som, enskilt eller tillsammans med andra personuppgiftsansvariga, genom digitala plattformar ger service till befolkningen, vilket leder till storskalig personuppgiftsbehandling. Under rubriken ”Teknik” nämns bl.a. följande:

– Verksamheter inom social omsorg som använder välfärdsteknik, t.ex. robotar eller kamerabevakning, i människors boenden.
– Verksamheter som gör stora ändringar i sin tekniska infrastruktur och som behandlar personuppgifter inom exempelvis hälso- och sjukvård eller social omsorg.

Av det ovan anförda synes framgå att det är nödvändigt att göra en konsekvensbedömning före ett breddinförande av välfärdsteknik.

I konsekvensbedömningen ska dokumenteras vad som ska göras för att garantera säkerheten i personuppgiftsbehandlingen. Om personuppgiftsansvarige ändå anser att det finns hög risk med personuppgiftsbehandlingen ska den personuppgiftsansvarige samråda med Datainspektionen innan behandlingen får påbörjas. Det kan handla om att riskerna inte kan begränsas tillräckligt genom åtgärder som är rimliga med tanke på tillgänglig teknik och kostnader. S.k. förhandssamråd regleras i artikel 36 i dataskyddsförordningen.[163]

[163] Datainspektionen skriver att man normalt lämnar skriftligt besked inom 8 veckor. Om Datainspektionen bedömer att personuppgiftsbehandlingen strider mot förordningen lämnas råd om hur man kan gå vidare. Det ska finnas ett formulär för ansökan om förhandssamråd på Datainspektionens webbplats.

Av bestämmelsens tionde punkt framgår ett undantag från skyldigheten att göra konsekvensbedömning och det är när konsekvensbedömning gjorts vid lagstiftningsarbetet och den tilltänkta behandlingen av personuppgifter grundas på artikel 6.1 c eller e (dvs. rättslig förpliktelse, allmänt intresse eller myndighetsutövning) med stöd i EU-rätt eller nationell rätt, som reglerar behandlingen.

Vid lagreglering av myndigheters behandling av personuppgifter har konsekvensbedömningar avseende dataskydd regelmässigt gjorts vid det svenska lagstiftningsarbetet.[164] Registerförfattningar som tillåter behandling av känsliga personuppgifter innehåller i regel olika uttryckliga bestämmelser om vad som bedömts vara lämpliga skyddsåtgärder. Det kan vara bestämmelser om sökbegränsningar, restriktioner för elektronisk åtkomst, behörighetstilldelning och loggkontroll, restriktioner för vad som får vara mer allmänt tillgängligt i den aktuella organisationen osv. (SOU 2017:66 s. 242). Mot bakgrund härav förekommer uppfattningen att kommuner inte behöver göra någon konsekvensbedömning inför införandet av välfärdsteknik i exempelvis äldreomsorgen. Av det ovan anförda framgår dock att tillsynsmyndigheten inte instämmer i detta. I Datainspektionens tillsynsbeslut i fråga om ansiktsigenkänning från augusti 2019 har det lagts kommunen till last att kommunen varken gjort en konsekvensbedömning eller initierat ett förhandssamråd.[165]

7.12.4 Dataskyddslagen

Dataskyddsförordningen lämnar utrymme för medlemsländerna att stifta kompletterande lagar inom vissa av förordningens områden. Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) är en sådan lag. Som framgår av 1 kap. 2 § utsträcker dataskyddslagen tillämpningen av dataskyddsförordningen till områden där man inte hade behövt tillämpa den. Enligt 1 kap. 6 § gäller att om en annan lag eller en förordning innehåller någon bestämmelse som avviker från dataskyddslagen, tillämpas den bestämmelsen. Härmed avses bara att avvika från dataskyddslagen, däremot inte från dataskyddsförordningen. Det finns en mängd av-

[164] Öman, S. *Dataskyddsförordningen m.m.* Kommentaren till artikel 35.10, ver. 1 i Zeteo.
[165] DI-2019-2221.

vikande bestämmelser i sektorsspecifika författningar. Dataskyddslagen innehåller bara kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen som ansetts böra gälla för många.[166]

Dataskyddsutredningen konstaterade att även om det inte behövs någon ytterligare nationell reglering på generell nivå för att sådan behandling av personuppgifter som är nödvändig för att utföra uppgifter av allmänt intresse ska kunna ske med stöd av den rättsliga grunden i artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen, kan det ändå finnas anledning att ta in en bestämmelse i dataskyddslagen som tydliggör att begreppet uppgift av allmänt intresse avser en uppgift av allmänt intresse som utförs med stöd av gällande rätt. En sådan upplysningsbestämmelse ansågs bidra till förståelsen av dataskyddsregleringen och kunde mot bakgrund av skäl 8 i dataskyddsförordningen inte anses vara en otillåten implementeringsåtgärd.[167]

I 2 kap. 2 § dataskyddslagen anges att personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning, om behandlingen är nödvändig

- för att utföra en uppgift av allmänt intresse som följer av lag eller annan författning, av kollektivavtal eller av beslut som har meddelats med stöd av lag eller annan författning, eller
- som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning enligt lag eller annan författning.

Under rubriken ”Hälso- och sjukvård och social omsorg” anges i 3 kap. 5 § att känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i EU:s dataskyddsförordning, om behandlingen är nödvändig för

1. förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin,
2. bedömningen av en arbetstagares arbetskapacitet,
3. medicinska diagnoser,
4. tillhandahållande av hälso- och sjukvård eller behandling,
5. social omsorg, eller
6. förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster, social omsorg samt deras system.

[166] Jfr prop. 2017/18:105 s. 22.
[167] SOU 2017:39 s. 133.

Bestämmelsen har sin grund i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen och är således av upplysningskaraktär (prop. 2017/18:105 s. 196). Att behandlingen ska vara nödvändig innebär inte ett krav på att behandlingsåtgärden ska vara oundgänglig (a. prop. s. 196). Behandling enligt bestämmelsens första stycke får ske under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt. Behandling av känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är dock i de flesta fall särskilt reglerad, bl.a. i patientdatalagen (2008:355) och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Det har förts fram att 3 kap. 5 § dataskyddslagen, genom att en bestämmelse om att känsliga personuppgifter får behandlas har tagits in i lag, medför att myndigheter får utföra en behandling av personuppgifter trots 2 kap. 6 § andra stycket RF, dvs. även om behandlingen leder till betydande intrång i den personliga integriteten genom övervakning eller kartläggning (se 2 kap. 20 § RF).[168]

7.12.5 Lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

I 11 kap. 5 § SoL anges att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet (11 kap. 6 §).

SoL kompletteras av en registerförfattning, lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPUL, som gäller vid sidan av dataskyddsförordningen, se 4 §. Lagen gäller för sådan behandling av personuppgifter som är helt eller delvis automatiserad och även för annan behandling, om uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt ett eller flera särskilda kriterier, se 1 §.

I 2 § finns en bestämning av begreppet socialtjänst, genom en uttömmande uppräkning. Bestämmelsen omfattar även sådan verksam-

[168] Öman, S. (2019). *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m.*, kommentaren till 3 kap. 5 § dataskyddslagen, version i Zeteo 2019.

het som bedrivs av enskilda. Med verksamhet förstås inte enbart den verksamhet som utgör handläggning av ett ärende utan även rent faktisk verksamhet, som t.ex. handlingar och uppgifter i övrigt som gäller uppsökande verksamhet, social hemhjälp, vård och behandling vid behandlingshem, servicehus och annan social service som lämnas av socialnämnden. Definitionen har utformats med utgångspunkt i 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen, som behandlar sekretessen inom socialtjänsten.[169]

Av 6 § SoLPUL framgår att personuppgifter får behandlas bara om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras. Personuppgifter får även behandlas för uppgiftsutlämnande som föreskrivs i lag eller förordning. Det ovanligt vidsträckta ändamålet i lagen preciseras i en förordning.[170] En registrerad person har enligt 6 § SoLPUL inte rätt att motsätta sig sådan behandling av uppgifter som är tillåten enligt lagen.

Av 7 § SoLPUL framgår att socialtjänsten får behandla personuppgifter som avses i artikel 9.1 i dataskyddsförordningen (känsliga personuppgifter). Sådana personuppgifter får behandlas endast om uppgifterna har lämnats i ett ärende eller är nödvändiga för verksamheten (se 7 § andra stycket). Vidare framgår – som en upplysning – att känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i EU:s dataskyddsförordning under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt.

Någon uttömmande reglering av för vilka ändamål som personuppgifter får behandlas inom socialtjänsten ges inte i SoLPUL, vilket var ett medvetet ställningstagande från lagstiftarens sida (se avsnitt 13.4 i prop. 2000/01:80). I stället gavs regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer rätt att meddela föreskrifter om begränsningar av den i 6 § tillåtna behandlingen av personuppgifter (11 § SolPUL).

Förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPUL-förordningen, preciserar det vidsträckta ändamålet i 6 § SoLPUL. I 12 § punkt 1 anges att en kommunal myndighet får behandla personuppgifter för handläggning av ärenden om bistånd och annat stöd samt genomförande av beslut om bistånd, stödinsatser, vård och behandling samt annan social service som följer av bestämmelserna i socialtjänstlagen och 2 kap. 7 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. I 17–21 §§ i SoLPUL-förord-

[169] Lundgren & Sunesson. *Nya sociallagarna*. Kommentaren till 2 § SoLPUL, version i Zeteo 2019.
[170] Jfr SOU 2017:66 s. 396 f.

ningen regleras vad som gäller för privata verksamheter. I 18 § anges att i privat verksamhet får personuppgifter behandlas för dokumentation av sådan vård, behandling eller omsorg av enskilda som ges inom verksamheten. Personuppgifter får även behandlas för administrationen av verksamheten.

Av förarbetena framgår att den personuppgiftsansvarige ska utforma systemet så att det finns behörighetskontroll, att endast behöriga personer kan göra sökningar och att det i efterhand är möjligt att fastställa vilka personer som har tagit del av viss information (loggning). Den enskilde handläggarens sökmöjligheter ansågs kunna begränsas mycket kraftigt. Den personkrets som arbetar med uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, forskning och framställning av statistik skulle begränsas till vad som ytterst är nödvändigt.[171] Några bestämmelser om detta föreslogs dock inte.

Lagrådet ifrågasatte om inte fler materiella bestämmelser borde införas på detta integritetskänsliga område. Flera remissinstanser var av samma uppfattning, bl.a. Datainspektionen. Regeringen anförde att man hade övervägt att utforma lagen på ett sådant sätt att den skulle bli mer ”självbärande” i förhållande till PUL. En fördel med en sådan lösning skulle vara att regelsystemet då skulle bli mer lättöverskådligt. Enligt regeringens mening rådde inget tvivel om att det från integritetssynpunkt skulle vara en fördel om det kunde anges materiella regler i lagtext, t.ex. precisera för vilka ändamål personuppgifter får behandlas inom socialtjänsten. Regeringen bedömde emellertid detta som i praktiken omöjligt. En mer självbärande lagstiftning ansågs bädda för särskilda risker samt kunna leda till ofullständighet och dubbelreglering i förhållande till PUL.[172]

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer har som nämnts ett bemyndigande i 11 § SoLPUL att meddela föreskrifter om begränsning av den i 6 § tillåtna behandlingen av personuppgifter samt om sökbegrepp, direktåtkomst och samkörning av personuppgifter. I förarbetena ansågs det finnas skäl för en regel som innebär att direktåtkomsten till personuppgifter som behandlas automatiserat inom socialtjänsten begränsas. Starka integritetsskäl ansågs tala för detta. Regeringen framhöll att socialtjänsten spänner över ett vitt område och hanterar en ansenlig mängd känsliga personuppgifter. Ett lämpligt riktmärke ansågs vara att åtkomsten begränsas till att

[171] Prop. 2000/01:80 s. 147.
[172] Prop. 2000/01:80 s. 132 f.

avse uppgifter som behövs för handläggningen av ett ärende. Enligt regeringens mening borde en begränsning av direktåtkomsten kopplas till de områden där den tillåtna behandlingen begränsas och endast förekomma när det finns starka effektivitetsskäl som talar för det. Eftersom begränsningar av den tillåtna behandlingen kommer att regleras i förordning, menade regeringen att samma sak borde gälla även för föreskrifter om direktåtkomst.[173]

Bestämmelser om sökbegrepp finns i 9, 15 och 20 §§ SoLPUL-förordningen. När det gäller sammanställningar av personuppgifter följer av 2 kap. 3 § andra stycket tryckfrihetsförordningen att en myndighets befogenhet att göra upptagningar tillgängliga för egen sökning kan begränsas genom lag, förordning eller särskilda beslut, som grundar sig på lag. Rättsliga begränsningar av detta slag kan ske genom föreskrifter om användningen av sökbegrepp i sammanställningsregister. Vanligen omfattar en sådan begränsning uppgifter som anses särskilt känsliga från integritetssynpunkt. Om inga begränsningar görs av sökbegreppen i ett register följer av offentlighetsprincipen att en myndighet måste använda sig av alla till buds stående medel när någon begär uppgifter ur myndighetens dataregister (jfr prop. 2000/01:80 s. 146 f.). Enligt 15 § SoLPUL-förordningen får en kommunal myndighet vid ärendehandläggning och i annan verksamhet endast använda uppgifter om namn eller uppgifter om person-, samordnings- eller ärendenummer som sökbegrepp vid sökning efter uppgifter eller i samband med sammanställningar. I privat verksamhet får endast användas person-, samordnings- eller ärendenummer som sökbegrepp vid sökning eller vid sammanställningar (20 §).

Samkörning regleras i 10 § SoLPUL-förordningen. När det gäller möjligheterna till samkörning anges i förarbetena att möjligheterna att samköra personregister är en vanlig anledning till den oro som enskilda kan känna inför behandling av känsliga uppgifter. Med hänsyn till de vidgade möjligheterna att nyttja insamlade data ansåg regeringen inte att samkörning borde förbjudas, men att inhämtande av uppgifter från andra register som hanterar personuppgifter bör begränsas när den enskildes integritet kan påverkas negativt. Eftersom saken i hög grad kommer att anknyta till begränsning av den tillåtna behandlingen, som kommer att regleras i en förordning eller

[173] Prop. 2000/01:80 s. 149.

i föreskrifter, bör även villkoren för samkörning få meddelas i sådan form, menade regeringen.[174]

7.12.6 Patientdatalagen

Patientdatalagen (2008:355), PDL, tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Här finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal (1 kap. 1 §). Dess bestämmelser kompletterar dataskyddsförordningen vid sådan behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården som är helt eller delvis automatiserad eller där uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier (1 kap. 4 §). Vid en eventuell konflikt mellan dataskyddsförordningen och PDL har förordningens bestämmelser företräde.

Den behandling av personuppgifter som sker enligt PDL avser huvudsakligen insamling av personuppgifter för dokumentering i en patientjournal.[175] Av ändamålsbestämmelsen i 2 kap. 4 § första stycket 1 PDL framgår bl.a. att personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för att fullgöra skyldigheten att föra patientjournal. Mot bakgrund härav bedömde Socialdataskyddsutredningen att behandling av personuppgifter som sker i syfte att föra patientjournal är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse i enlighet med artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen.[176]

Utöver skyldigheten att föra patientjournal i PDL finns andra författningar som föreskriver att vårdgivare inom hälso- och sjukvården ska dokumentera och lämna ut uppgifter till myndigheter. Det anges därför i 2 kap. 4 § första stycket 3 PDL att personuppgifter får behandlas om det behövs för att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning. Även behandling för detta ändamål anses som nödvändig för att fullgöra rättsliga förpliktelser enligt artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen. Detsamma gäller behandling av personuppgifter för att fullgöra uppgiftslämnande i överensstämmelse med lag eller förordning[177].

De andra ändamål som framgår av 2 kap. 4 § första stycket är upprättande av annan dokumentation som behövs i och för vården av

[174] Prop. 2000/01:80 s. 148.
[175] Prop. 2007/08:126 s. 34.
[176] SOU 2017:66 s. 326.
[177] 2 kap. 5 § PDL.

patienter, administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall, systematisk och fortlöpande utveckling och kvalitetssäkring i verksamheten, administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten samt framställning av statistik.

Vidare är bedrivandet av en god hälso- och sjukvård är i vissa fall, särskilt för det allmänna, en rättslig förpliktelse. I 5 kap. 1 § HSL finns en generell rättslig förpliktelse för den som bedriver hälso- och sjukvård, dvs. de vårdgivare som omfattas av patientdatalagen, att bedriva denna så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta får också anses vara det yttersta syftet med den behandling av personuppgifter som tillåts enligt PDL – att uppnå en god vård.

Större delen av den behandling av personuppgifter som sker för de ändamål som anges i PDL har således stöd i artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen. Behandling enligt PDL som inte är nödvändig för att uppfylla en rättslig förpliktelse, får anses nödvändig för att utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen, enligt Socialdataskyddsutredningen.

Enligt 2 kap. 2 § PDL får som huvudregel personuppgiftsbehandling som är tillåten enligt lagen utföras även om den enskilde motsätter sig den. Det finns emellertid undantag. I 4 kap. 4 § PDL finns bestämmelser om att en patient har möjlighet att begränsa hälso- och sjukvårdspersonalens elektroniska åtkomst till uppgifter om patienten. Av 6 kap. PDL framgår att en patient kan bestämma om uppgifter om denne ska vara tillgängliga vid sammanhållen journalföring. I 7 kap. 2 § PDL föreskrivs att en patient kan motsätta sig att uppgifter om patienten behandlas i ett kvalitetsregister.

Av 2 kap. 3 § första stycket PDL framgår att en behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt PDL ändå får ske, om den enskilde lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Kravet på att samtycket ska vara uttryckligt innebär inget krav på att det ska vara skriftligt eller att det ska dokumenteras, men det rekommenderas att samtycket i bevissyfte dokumenteras i patientjournalen eller i särskild ordning.[178] Med stöd av sådant samtycke kan en vårdgivare t.ex. lämna ut personuppgifter för automatiserad behandling

[178] I samband med införandet av PDL diskuterades behovet av särregler i fråga om människor som inte kan lämna samtycke. Regeringen föreslog dock inga särregler för denna grupp patienter utan ville avvakta behandlingen av betänkandet från Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare, dvs. SOU 2004:112.

till mottagare som inte är en vårdgivare. En vårdgivare kan vidare registrera personuppgifter i en patientjournal som normalt inte får behandlas med stöd av PDL, t.ex. uppgifter om SoL-insatser.[179]

I en lagkommentar till 2 kap. 3 § PDL anförs bl.a. följande i fråga om samtycke enligt PDL. Om den registrerade inte förstår informationen är en behandling baserad på samtycke inte laglig, om inte en legal ställföreträdare (t.ex. en förordnad god man eller förvaltare) i stället kan informeras och lämna samtycke. Att ett samtycke ska vara frivilligt kan sägas innebära att den enskilde i praktiken måste ha ett fritt val att avgöra om hans eller hennes uppgifter ska få behandlas.

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Föreskrifterna ska i regel tillämpas även av den som bedriver enskild verksamhet enligt SoL (1 kap. 3 §).

7.12.7 Särskilt om kameraövervakning

Särskilda regler för användning av övervakningskameror har funnits i svensk rätt sedan 1977 då lagen (1977:20) om tv-övervakning infördes. Regelverket har därefter setts över ett antal gånger och bl.a. anpassats till dataskyddsdirektivet. Kameraövervakningslagen (2013:460) trädde i kraft 2013.[180] Syftet med lagen var att tillgodose behovet av kameraövervakning för berättigade ändamål samtidigt som enskilda skulle skyddas mot otillbörliga intrång i den personliga integriteten (1 §). Lagen gällde i stället för PUL.

Svenska bestämmelser om bl.a. kameraövervakning som avviker från dataskyddsförordningen är inte möjliga om inte förordningen lämnar utrymme för det. Mot den bakgrunden gjorde lagstiftaren bedömningen att många av kameraövervakningslagens bestämmelser måste upphävas eller ändras.[181] Det gällde bl.a. bestämmelserna i 8–24 §§ om när kameraövervakning var tillåten. I förarbetena till kamerabevakningslagen framgår dessutom att det fanns vissa problem med tillämpningen av kameraövervakningslagen. Ett sådant problem var att rättspraxis hade utvecklats på ett sätt som innebar allt för begränsade möjligheter att få tillstånd till kameraövervakning. Det fanns vidare en osäkerhet kring hur lagens tillämpningsområde förhöll sig

[179] Nymark, M. (2016). *Patientdatalagen. En kommentar.* Kommentaren till 2 kap. 3 § (Zeteo).
[180] Dessförinnan reglerades kameraövervakning i lagen (1998:150) om allmän kameraövervakning och personuppgiftslagen.
[181] Se En ny kamerabevakningslag (SOU 2017:55), s. 105–166 och prop. 2017/18:231 s. 28.

till användning av ny teknik. Regeringen bedömde att lagstiftningen både försvårade en ändamålsenlig användning av kamerateknik och innehöll brister i integritetsskyddet (prop. 2017/18:231 s. 27).[182] Lagen upphävdes därför.

Den 1 augusti 2018 trädde den nya kamerabevakningslagen (2018:1200) i kraft.[183] Med kamerabevakning i den lagens mening avses bl.a. att en tv-kamera, ett annat optisk-elektroniskt instrument eller en därmed jämförbar utrustning, utan att manövreras på platsen, används på ett sätt som innebär varaktig eller regelbundet upprepad personbevakning (3 § punkt 1). Med personövervakning avses att personer kan identifieras genom övervakningen. För att en möjlighet till identifiering ska anses föreligga krävs att sådana kännetecken kan iakttas som gör att man utan större osäkerhet kan skilja de personer som iakttas från andra personer. Så är fallet om hela personen eller personens ansikte syns tydligt. Även sådant som utmärkande klädsel, speciella kroppsrörelser eller särskild kroppskonstitution kan möjliggöra identifiering (prop. 2017/18:231 s. 21).

Den nya kamerabevakningslagen genomför det nya dataskyddsdirektivet, men lagen gäller även sådan kamerabevakning som inte omfattas av dataskyddsförordningen eller nya dataskyddsdirektivet (prop. 2017/18:231 s. 29). Till skillnad mot kameraövervakningslagen kan inte kamerabevakningslagen innehålla en uttömmande reglering av den personuppgiftsbehandling som kamerabevakningen innebär, framhöll regeringen (a. prop. s. 30). Tvärtom innebär en anpassning till EU:s nya dataskyddsreglering att allmänna principer och generella bestämmelser i sådana regelverk måste eller bör gälla även vid kamerabevakning.[184]

---

[182] Regeringen ansåg att kamerabevakningslagen borde ge ökade möjligheter till kamerabevakning (a. prop. s. 30). Samtidigt borde lagen leda till ett förstärkt skydd för den personliga integriteten, särskilt vid kamerabevakning på arbetsplatser. Justitiekanslern konstaterade att det var möjligt att öka möjligheterna till kamerabevakning för berättigade syften utan att det skapar en obalans i förhållande till skyddet för den personliga integriteten och ansåg att förslagen i stort gav uttryck för en välavvägd syn på förhållandet mellan kamerabevakning och personlig integritet.

[183] Utöver vad som föreskrivs i kamerabevakningslagen gäller EU:s dataskyddsförordning, men också bl.a. lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen och andra föreskrifter som kompletterar dataskyddsförordningen (6 § punkt 1) samt föreskrifter om sådan behandling av personuppgifter som inte omfattas av dataskyddsförordningens tillämpningsområde.

[184] Den nya kamerabevakningslagen skulle därför inte innehålla bestämmelser som i princip skulle utgöra upprepningar av vad som annars gäller för personuppgiftsbehandling. Däremot kan regleringen av begriplighetsskäl behöva hänvisa till vissa andra bestämmelser för att tydliggöra vad som gäller vid kamerabevakning, menade regeringen.

Den tekniska utvecklingen medför att kameratekniken kan användas för nya berättigade ändamål. Det är angeläget att lagstiftningen inte hindrar en sådan berättigad användning av modern teknik, menade regeringen.[185] Utvecklingen av ny teknik kan samtidigt skapa bättre möjligheter att begränsa onödiga integritetsintrång. Med inbyggd integritetsfrämjande teknik kan exempelvis bildmaterial maskeras automatiskt så att det inte är möjligt att identifiera personer i bildmaterialet. Vissa kameror kan också ställas in för att aktiveras först efter olika typer av larm, onormala rörelsemönster eller särskilda ljud. Regeringen pekade på att genom dataskyddsförordningen slås viktiga principer fast om inbyggt dataskydd och dataskydd som standard (jfr artikel 25). Detta innebär bl.a. att den som behandlar personuppgifter ska genomföra och integrera lämpliga tekniska åtgärder för att skydda de registrerades rättigheter och t.ex. se till att inte fler personuppgifter behandlas än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet.

I 22 § kameraövervakningslagen föreskrevs att kameraövervakning av en plats dit allmänheten inte har tillträde fick bedrivas om den som skulle övervakas samtyckte till övervakningen.[186] Den övervakade hade rätt att när som helst återkalla samtycket. Ytterligare övervakning fick därefter inte ske. Med samtycke avsågs varje slag av frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken någon, efter att ha fått information, godtar att bli kameraövervakad (2 §).

Från huvudregeln om att det skulle finnas samtycke till kameraövervakning fanns det ett undantag i 23 §. Det innebar att kameraövervakning av en plats dit allmänheten inte har tillträde fick bedrivas om övervakningen behövdes för att förebygga, avslöja eller utreda brott, förhindra olyckor eller andra berättigade ändamål. Vid bedömningen skulle särskilt beaktas hur övervakningen skulle utföras, om teknik som främjar skyddet av den enskildes personliga integritet skulle användas och vilket område som skulle övervakas. Det hade

[185] A. prop. s. 30.

[186] Med uttrycket ”plats dit allmänheten har tillträde” avses enligt förarbetena platser där människor kan tänkas uppehålla sig och som inte är enskilda. Det tillståndspliktiga området omfattar dock inte bara platser som allmänheten brukar frekventera utan även områden som allmänheten över huvud taget har tillträde till. Som exempel på platser dit allmänheten inte har tillträde nämns gemensamma utrymmen i flerfamiljshus. Däremot anses utrymmen i t.ex. affärer, varuhus, banker utgöra platser dit allmänheten har tillträde, såvida fråga inte är om utrymmen för personal, lagring av varor, kontor, underhåll, drift m.m. (prop. 1989/90:119 s. 17 och 44, prop. 1997/98:64 s. 54). Uttrycket ska tolkas vitt (RÅ 2000 ref. 52). I rättsfallet RÅ 2010 ref. 35 ansågs en bildporttelefon vid entrén till ett flerfamiljshus tillståndspliktig, då övervakningskamerorna riktades mot en plats dit allmänheten har tillträde.

också betydelse när och hur länge övervakningen ska pågå. Som exempel på berättigade ändamål nämns skolors arbete med att förebygga och förhindra kränkningar av elever samt företags kontroll av produktionsprocesser (prop. 2012/13:115 s. 154).

Övervakningsintresset skulle väga tyngre än den enskildes intresse av att inte bli övervakad (integritetsintresset). Enligt förarbetena skulle denna proportionalitetsavvägning i enlighet med den s.k. överviktsprincipen göras i varje enskilt fall och varje kamera bedömas för sig. Vidare skulle – innan kameraövervakning tillgreps – prövas om andra, mindre ingripande åtgärder kunde vara tillräckliga för att komma till rätta med problemen. Det var den som skulle bedriva övervakningen som skulle visa att övervakningsintresset vägde över integritetsintresset. Kameraövervakning skulle inte användas i stället för andra säkerhetsåtgärder eller förebyggande insatser. Om kompletterande åtgärder hade försummats, kunde det påverka bedömningen av behovet av kameraövervakning och medföra att kameraövervakningen inte ansågs tillåten.[187]

Datainspektionen har med anledning av en anmälan från IVO granskat kameraövervakning (enligt kameraövervakningslagen) i korridorer i ett särskilt boende, där en majoritet av de boende led av demenssjukdom.[188] I boendet skedde övervakning av korridorer på respektive avdelning med hjälp av kameror som var kopplade till rörelsesensorer. Behörig personal kunde via krypterad överföring få larm och kunde då på sina bärbara enheter se bilder från övervakningskameran och bestämma vilken åtgärd som skulle vidtas. När personalen svarat på larmet försvann bilden från de bärbara enheterna. Övervakning skedde endast när ett larm har gått. Kameraövervakningen var aktiverad klockan 21.00–07.00 alla dagar.[189]

I beslutet konstaterade Datainspektionen först apropå vilken bestämmelse som var tillämplig att kameraövervakningen gällde platser dit allmänheten inte har tillträde. Därefter bedömde myndigheten att övervakningen var förenlig med undantagsbestämmelsen i 23 § kameraövervakningslagen. Vidare angavs följande:

[187] Prop. 2012/13:115. En ny kameraövervakningslag, s. 80–84.
[188] DI 1545-2016.
[189] Tillsyn enligt kameraövervakningslagen (2013:460) – kameraövervakning av särskilt boende. Datainspektionens beslut 2016-12-06. Dnr 1545-2016.

> Datainspektionen anser att integritetsintresset generellt sett gör sig starkt gällande i korridorer och gemensamhetsutrymmen på ett särskilt boende, eftersom det handlar om kameraövervakning i en boendemiljö där de boende inte kan välja bort att bli övervakade. Att syftet med övervakningen är att skydda de boende minskar dock integritetsintrånget till viss del. Integritetsintrånget minskas ytterligare genom att övervakningen endast sker i realtid samt genom att tiderna för övervakningen begränsas till tider då normalt sett endast ett fåtal personer uppehåller sig inom de övervakade områdena. Kameraövervakningen har vidare begränsats på flera sätt för att minska integritetsintrånget. Med hänsyn till att syftet med kameraövervakningen är att skydda de boende från olyckor som för de berörda personerna kan få allvarliga konsekvenser, att övervakningen är begränsad till att endast ske i korridorerna på det aktuella boendet och inte inne i de boendes egna rum, att övervakningen endast sker i realtid och under de tider då övervakningsbehovet är som störst och integritetsintresset som minst, samt att alternativa rimliga åtgärder till övervakningen har prövats och bedömts vara otillräckliga, anser Datainspektionen att bolagets övervakningsintresse väger tyngre än de boendes och övriga berördas intresse att inte bli föremål för den aktuella övervakningen. Dessutom är bilderna endast tillgängliga för en begränsad krets ur personalen med utpekade arbetsuppgifter kopplade till den avdelning som en viss boende vistas på.

Enligt utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03) ställs särskilt stora krav på den som inhämtar samtycke till kameraövervakning inom äldreomsorgen, exempelvis i samband med inflyttning till särskilda boenden som har utformats med kameratillsyn. Det torde kunna finnas viss risk att den enskilde kan känna det svårt att neka samtycke till kameratillsyn, om nekandet framstår som en extra belastning för verksamheten, menade man.[190]

7.13 Sekretessregler

Enligt 2 kap. 2 § första stycket tryckfrihetsförordningen, förkortad TF, får rätten att ta del av allmänna handlingar begränsas för vissa där uppräknade ändamål. Av 2 kap. 2 § andra stycket TF framgår att sådana begränsningar ska anges noga i en särskild lag eller, när det anses lämpligare, i en annan lag till vilken den särskilda lagen hänvisar. Denna särskilda lag är numera offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.[191]

[190] SOU 2017:21 s. 631.
[191] Med ”annan lag” likställs EU-förordningar (se prop. 1998/99:18 s. 41 och 75 samt prop. 1999/2000:126 s. 160 och 283).

Sekretess till skydd för enskild i verksamhet som avser hälso- och sjukvård regleras i 25 kap. OSL. Som utgångspunkt gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Presumtionen är med andra ord för sekretess. Sekretessen ska iakttas av all den personal som är verksam inom det allmännas hälso- och sjukvård, vare sig verksamheten avser det egentliga vårdarbetet eller administrativt, ekonomiskt eller tekniskt arbete.[192]

Sekretess inom socialtjänstens verksamhet regleras i 26 kap. OSL. Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Detta gäller inte bara vid handläggning av ett ärende utan även för faktisk verksamhet.[193] De personer som ska iaktta sekretessen är i första hand anställda hos myndigheter med ansvar för socialtjänsten. Att uppdragstagare och likställda kan vara underkastade sekretess följer av 2 kap. 1 § OSL. Även socialtjänstsekretessen avgränsas med ett s.k. omvänt skaderekvisit, dvs. presumtionen är för sekretess.

[192] Patientjournaler som upprättas och förvaras inom den offentliga hälso- och sjukvården utgör allmänna handlingar enligt TF. Detta har påverkat utformningen av lagstiftningen om patientjournaler, som reglerar hur uppgifter får rättas, förstöras och hur länge de ska bevaras. Härigenom påverkar offentlighetsprincipen även privat utförd hälso- och sjukvård. Rätten att ta del av uppgifter i en patientjournal som finns i den offentliga hälso- och sjukvården är följaktligen reglerad på samma sätt som rätten att ta del av andra allmänna handlingar.

[193] Sekretessen gäller också beslut, vare sig de fattas av socialnämnd eller av överinstans. Härifrån görs dock i 26 kap. 7 § vissa undantag, bl.a. för beslut om omhändertaganden, beslut om vård utan samtycke och beslut i ärenden om klagomål mot kommunal hälso- och sjukvård eller dess personal.

8 Överväganden och förslag

8.1 Kapitlets innehåll

Utredningens övergripande uppdrag handlar om att lämna förslag på åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik för ökad trygghet och som stärker självständighet och livskvalitet för äldre och som avlastar personal och moderniserar verksamheten. Syftet är att förbättra förutsättningarna för verksamheterna och personalen inom äldreomsorgen att bättre ta tillvara potentialen i att använda välfärdsteknik. Förslagen ska gälla

– adekvat stöd, kunskap och förbättrade förutsättningar för personalen,
– förbättrade rättsliga förutsättningar för användning av välfärdsteknik, och
– förbättrad samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll.

Först presenteras utredningens utgångspunkter vid sidan av de mer juridiska förutsättningar som redovisats i föregående kapitel (avsnitt 8.2 och 8.3). Därefter följer utredningens överväganden och förslag i fråga om vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga med fokus på välfärdsteknik (avsnitt 8.4–8.9), dvs. den centrala delen i utredningens uppdrag. Därefter följer överväganden och förslag i fråga om stöd, kunskap och förbättrade förutsättningar för personalen (avsnitt 8.10). I avsnitt 8.11 behandlas grundläggande förutsättningar i form av infrastruktur. Avsnitt 8.12 rör samverkan, styrning och stöd. Avsnitt 8.13 behandlar lagändringar för att möjliggöra samordning. Långsiktig kunskapsutbyggnad och kunskapsspridning tas upp i avsnitt 8.14 och digital kompetens hos äldre i avsnitt 8.15. Kapitlet avslutas med några perspektiv mot framtiden (avsnitt 8.16).

8.2 Utredningens utgångspunkter

Sammanfattning: En övervägande del av de äldre personer som får del av samhällets äldreomsorg i hemmet har också en eller flera kroniska sjukdomar. Omsorg och vård behöver därför integreras i större utsträckning. Digitalisering både förutsätter och underlättar en sådan integration av hälso- och sjukvård och omsorg. Digitaliseringen och användningen av välfärdsteknik stödjer också en individualiserad och personcentrerad vård och omsorg. Äldreomsorgen står inför en betydande utmaning när det gäller kompetensförsörjningen. Förebyggande insatser måste därför prioriteras mera genomgående och på övergripande nivå, oavsett vilken huvudman som står för insatsen. Användningen av välfärdsteknik förebygger sjukdomar och skador och fördröjer därmed behovet av mer komplicerade vård- och omsorgsinsatser. Välfärdsteknik kan också dämpa behovet av att rekrytera personal och därmed minska bemanningsproblem. Digitalisering av äldreomsorgen i vid bemärkelse skapar även en bättre arbetsmiljö.

Vård och omsorg integrerat i hemmet

En allt större andel av de äldre med omfattande och komplexa behov av vård och omsorg bor numera kvar hemma, dvs. i ordinärt boende. Det är 85 procent av befolkningen över 65 år som har minst en kronisk sjukdom.[1] Äldre personer som beviljats biståndsbedömda insatser med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) har ofta omfattande behov av både omsorg och hälso- och sjukvård. Drygt 70 procent av de som är 65 år och äldre och som tar emot vård från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården i ordinärt boende har också beviljats socialtjänstinsatser. Socialstyrelsens kartläggning av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården[2] visar att patienter inom denna typ av vård ofta är sköra och har komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar samt möter många olika vårdgivare och verksamheter. Socialstyrelsen konstaterar att kontinuiteten i vården och omsorgen är mycket viktig för personers upplevelse av trygghet. De många kontakterna mellan olika vårdgivare eller utfö-

[1] Myndigheten för vård-och omsorgsanalys (2014). *VIP i vården* (Rapport 2014:2).
[2] Socialstyrelsen (2019d). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård-förstudie.*

rare när en person går över från en verksamhet till en annan ställer krav på en väl fungerande samverkan för att inte innebära risker i form av t.ex. missförstånd eller brist på information om nästa behandlingssteg.

Under 2018 gjorde Socialstyrelsen en förstudie om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.[3] Där konstaterades att många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får delar av sin vård inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Emellertid tenderar kommunernas roll och ansvar på detta område att hamna i skymundan och inte beaktas tillräckligt, trots att det handlar om många patienter och höga kostnader. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård utgör en stor del av den sammantagna hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens rapport lyfter fram ett antal utmaningar för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Det gäller bl.a. att kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras hos kommunen och att patienter i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård ofta behöver både vård och sociala insatser och många har flera olika vård- och omsorgsgivare som ska samverka. Detta skapar flera gränssnitt och potentiella risker när patienter rör sig mellan verksamheter.

Tankarna om att stärka äldres möjlighet att bo kvar i sin invanda miljö med lättillgänglig service i närheten formulerades redan i slutet av 1950-talet. Många av de mest sjuka äldre fanns då både på sjukhem och ålderdomshem och förhållandena varierade relativt stort över landet. I slutet av 1970-talet fanns de mest sjuka äldre inom det som då kallades långvården. Rätten till ett normaliserat liv för äldre och människor med funktionsnedsättning kom på agendan under slutet av 1980-talet och under tidigt 1990-tal då ÄDEL-reformen genomfördes och kommunerna fick hälso- och sjukvårdsansvaret för äldre i det som kom att kallas särskilt boende. Genom hemtjänst och bostäder anpassade till den enskildes behov skulle äldre människor i regel kunna bo kvar i sin invanda miljö och leva ett så normalt liv som möjligt. Kvarboendeprincipen bidrar till att de flesta äldre bor kvar hemma även när de har fått stora vårdbehov. På senare tid har omsorgen ibland fått karaktären av avancerad sjukvård i hemmet.

[3] Socialstyrelsen (2019d).

När det blir svårt att klara vardagsaktiviteter och hemmet börjar kännas otryggt, är det många som vill flytta till ett bättre anpassat boende, med större tillgänglighet, möjligheter till sociala möten och trygghet i form av personal. I takt med att man blir äldre minskar ofta det sociala nätverket allteftersom ens jämnåriga vänner blir sjuka och går bort.

Sedan år 1994 har antalet platser i särskilt boende minskat med närmare 40 000. En viktig faktor är kommunernas kostnader för äldreboenden. Dessa kostnader utgör ungefär två tredjedelar av de totala kostnaderna för äldreomsorgen i en kommun. En plats på ett äldreboende kostar cirka 780 000 kronor per år medan genomsnittskostnaden för en person med hemtjänst är ungefär 260 000 kronor per år (2014).[4] [5] Eftersom det är ont om platser finns ibland inte plats när den äldre väl ansöker om bistånd i form av särskilt boende, trots att den enskilde kan ha hög ålder, stora och sammansatta vårdbehov och lida av otrygghet och ensamhet.[6] De äldreboenden som finns har ofta karaktär av hospice (för omhändertagande av svårt sjuka och döende). Den genomsnittliga boendetiden är cirka sex månader.

Samtidigt ska dock framhållas att många äldre vill bo kvar hemma så länge det är möjligt och då kan behöva stöd från samhället för att möjliggöra det, t.ex. i form av hemtjänst och bostadsanpassning. Det kan också handla om digital teknik i olika former. Många välfärdstekniska lösningar bidrar till ökad självständighet och uppfattas som positiva ur ett integritetsperspektiv. Att klara sig mer på egen hand med hjälp av tekniska lösningar innebär en minskad risk för problematiska intrång i den fysiska och rumsliga integriteten. Det är också hälsobefrämjande på flera sätt och försenar därmed insteget i mer komplicerade vård- och omsorgsinsatser.

För att äldreomsorgens resurser ska räcka till framöver behövs ett större fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser. Digitalisering och välfärdsteknik har här en viktig roll att spela. Utredningen

[4] Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future (2018). *Nära liv – nära vård i en digital vardag*, s. 27 f. Därutöver har vårdplatserna inom somatisk slutenvård reducerats och många geriatriska kliniker ersatts med sängplatser på allmänna medicinavdelningar.

[5] Jämförelsen haltar visserligen, eftersom kvarboende ofta leder till fler fallolyckor och besök på akuten. Lårbensfrakturer är en vanlig konsekvens av fallolyckor och en vanlig dödsorsak bland äldre. Snittkostnaden för en lårbensfraktur har beräknats till 700 000 kronor. Sjukvårdskostnaderna drabbar emellertid inte kommunens budget, i vart fall inte lika tydligt som kostnaderna för särskilda boenden.

[6] Enligt IVO var det 2016 5 000 personer som inte kunde flytta till särskilt boende på grund av platsbrist.

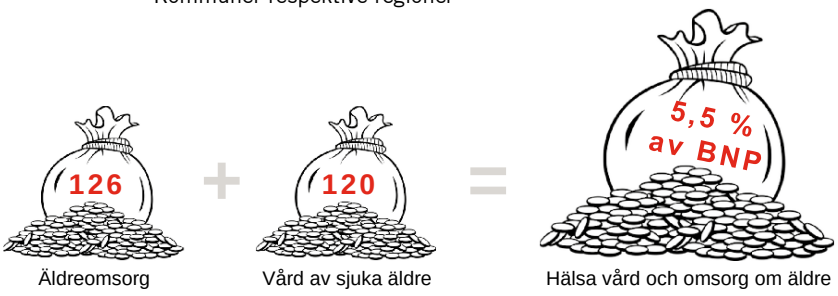
Samordnad utveckling för god och nära vård[7] har lyft fram hälso- och sjukvårdens roll när det gäller att främja hälsa och förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga. Enligt den utredningen möter dock ett sådant förhållningssätt ibland svårigheter.[8] En särskild utmaning är svårigheterna för hälso- och sjukvårdens huvudmän och utförare att följa upp och ”räkna hem” resurser som läggs på förebyggande insatser. Ofta avser studierna för små resultatenheter (potentiella vinster uppstår oftast inte på samma ställe i systemet) och på för korta tidsperspektiv för att kunna dra några relevanta slutsatser. Enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård är förebyggande vård svårt att hantera för den politiska logiken, där snabba och synliga resultat är viktigt och det är nästintill omöjligt att se längre än en mandatperiod. För att kunna ändra på den rådande kulturen menar utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård att prioriteringen av det förebyggande arbetet behöver förankras på alla nivåer i systemet; den politiska nivån, verksamhetsledningsnivån och i den kliniska vardagen och att detta sedan reflekteras i såväl styr- och ledningssystem såsom ersättningssystem och i uppföljning av verksamheter.

År 2018 stod regionernas hälso- och sjukvård till personer över 65 år för cirka 40 procent av vårdens kostnader (cirka 120,6 miljarder kronor). Med utgångspunkt i befolkningsprognosen för 2028 från SCB kan kostnaderna uppskattas till 142,2 miljarder kronor. Kommunernas kostnader för vård och omsorg till äldre uppgick 2017 till 122 miljarder kronor. Kostnaderna för vård och omsorg om äldre som andel av BNP utgjorde 2,7 procent år 2017. Totalt kostar omsorg och hälso- och sjukvård för äldre mer än 250 miljarder kronor (5,5 procent av BNP).[9] Den vård och omsorg som kommuner bedriver tenderar ofta att hamna i skymundan när man talar om vårdens kostnader. Från ett samhällsekonomiskt perspektiv är det rimligt att kostnaderna ses i ett sammanhang, oavsett huvudman.

[7] Se SOU 2019:29.
[8] SOU 2019:29 s. 203.
[9] Ekonomirapporten från SKR.

Figur 8.1 Samhällets kostnader för vård av äldre

Kommuner respektive regioner



Källa: SKR.

Nära vård är ett begrepp som innebär att hälso- och sjukvården i så hög utsträckning som möjligt ska ske i invånarnas närmiljö. Närheten kan vara geografisk men också digital. Förutsättningarna för ökad kontinuitet och personcentrering ökar därmed. I princip kan all hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusvård (inneliggande vård) inkluderas i en nära vård, t.ex. mobila närvårdsteam. Fokus behöver flyttas ifrån ett renodlat sjukvårdsperspektiv till att stödja personer i att bibehålla sin hälsa genom hälsofrämjande, preventiva och rehabiliterande insatser. Detta medför ett skifte från platsbunden vård till digitala lösningar. Nära vård och omsorg innebär också att möjligheten att sköta sin hälsa inklusive kommunikation och registrering av hälsodata via nätet. Teknikutvecklingen medger också att alltmer avancerad vård ges i hemmet. Det ställer nya krav på hälso- och sjukvården och omsorgen, både vad gäller innehåll, organisation och samordning. Målet måste vara en sömlös hälso- och sjukvård och omsorg oavsett huvudman och driftsform.

Kompetensförsörjningen

Den demografiska sammansättningen av befolkningen förändras. Under en lång tid framöver kommer både yngre och äldre att kraftigt öka i antal i förhållande till den arbetsföra delen av befolkningen. En ökad andel äldre i befolkningen medför färre skattebetalare för finansieringen av välfärdstjänster och den längre livslängden, i sig något positivt, leder samtidigt till en ökning av antalet personer som lever med kronisk sjukdom under längre perioder. Det får också konsekvenser

för arbetsmarknaden – hälften av ökningen av arbetskraften skulle behöva arbeta i välfärden för att behålla dagens bemanningsnivå.[10] Detta är ett avgörande motiv till varför många arbetsgivare, beslutsfattare och politiker har höga förhoppningar om att den tekniska utvecklingen ska lösa ekvationen där färre medarbetare ska ge mer välfärd av minst lika hög kvalitet. Enligt beräkningar från Finansdepartementet kommer finansieringsgapet i kommunsektorn att uppgå till cirka 90 miljarder kronor år 2026, dvs. skillnaden mellan den utgiftsnivå som kommunsektorn kan hålla med dagens skattesatser och den utgiftsnivå som kommer att krävas för att upprätthålla samma standard i välfärdstjänsterna som i dag.

Som framgår i avsnitt 4.8 går det att spara in många arbetstimmar genom att använda sig av digital teknik i förening med ändrade arbetssätt. Vi har presenterat flera exempel från kommuner, både i Sverige och i Norden, på framgångsrika projekt och lönsamma investeringar. Danmark och Norge har nationella program för införandet av välfärdsteknik, där vissa lösningar rekommenderats särskilt för att de kan effektivisera dagens vård och omsorg och spara pengar både på samhällsnivå och för den enskilde utföraren.

Syftet måste vara att förbättra förutsättningarna för verksamheterna att bättre ta till vara potentialen i välfärdsteknik. Syftet med digitaliseringen är däremot inte att antalet anställda i äldreomsorgen ska minska. Tvärtom är det ovisst om det alls kommer att vara möjligt att rekrytera så många som det skulle behövas för att tillgodose behoven. Därför är det av yttersta vikt att personalen i äldreomsorgen används effektivt, dvs. att de utför de arbetsuppgifter som inte kan automatiseras med bibehållen kvalitet. Den välfärdsteknik som införs ska gynna både omsorgspersonalen och de äldre genom att nya tekniska lösningar kan tillgodose de äldres behov på nya sätt samtidigt som mer tid kan frigöras, exempelvis till dagliga aktiviteter för en meningsfull tillvaro och till mötet mellan den äldre och omsorgspersonalen.

Välfärdsteknik kan också bidra till en bättre arbetsmiljö för kvinnor och män som arbetar inom äldreomsorgens verksamheter. Av flera skäl är det angeläget att verka för bättre arbetsmiljö och sänkta sjukskrivningstal. Genom användningen av välfärdsteknik kan arbetet organiseras på ett sätt som kan innebära att personalen får mer tid till omsorgsarbetet och mer flexibilitet i utförandet, vilket i sin tur

[10] SKL (2018a), *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden*.

kan bidra till minskad stress och även minska de belastningsskador som drabbar många, i synnerhet kvinnor. I ett arbetsmarknadsläge med omfattande arbetskraftsbrist i välfärden behöver personalens tid och kunskaper läggas på de insatser där de behövs som bäst, dvs. på insatser som inte kan ersättas av tekniska lösningar.

Teamarbete är viktigt utifrån att äldre ofta har komplexa behov och för att vård och omsorg verkligen ska bli personcentrerad. Om resurserna ska räcka till måste de insatser som görs vara riktade mot ett gemensamt mål, koordineras och göras av personer med ”rätt” kompetens i ”rätt” tid. Ett teams insatser är personcentrerade, målinriktade och planerade. Teamarbete innebär inte att alla teammedlemmar träffar alla personer utan att olika teammedlemmar samarbetar på olika sätt runt olika personer beroende på behov. Det multiprofessionella teamet består förutom personen med behov och de närstående, av olika professioner som finns med vid målsättning, planering, genomförande och uppföljning av varje individs vård, omsorg och rehabilitering. I de basteam som finns i dag ingår ofta läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, omsorgspersonal och biståndshandläggare samt den person som behöver insatserna. Basteamen måste formas utifrån hur arbetet i den nära vården kommer att bedrivas. När mer specialiserad hälso- och sjukvård ska utföras i hemmet, krävs att varje basteam har tillgång till specialister från olika professioner som kan inkluderas i teamens arbete när personer har en komplex multisjuklighet eller diagnos som exempelvis stroke. Annars finns det risk för att teamet missar viktiga aspekter av betydelse för både diagnos och prognos. Övergången till en mer digitaliserad hälso- och sjukvård kommer troligen innebära att nya kompetenser och professioner kommer att behövas i teamen.[11]

8.3 Hinder och osäkerheter i fråga om välfärdsteknik

I syfte att skapa sig en egen bild av vad som kan främja ett bredare införande av välfärdsteknik har utredningen gjort en bred kartläggning och haft kontakt med många olika aktörer av skilda slag. Efter det har sex huvudsakliga hinder för ett bredare införande framträtt:

[11] Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future (2018). *Nära liv – nära vård i en digital vardag. s.* 58 f.

1. Osäkerhet kring de juridiska förutsättningarna att tillhandahålla välfärdsteknik till dem med nedsatt beslutsförmåga.
2. Bristande digital infrastruktur, både i fråga om den tekniska infrastrukturen och när gäller det informationsutbyte.
3. Bristande kompetens i fråga om digitalisering och välfärdsteknik i alla yrkesgrupper inom äldreomsorgen.
4. Bristande samverkan och samordning mellan huvudmän men också mellan stat, region och kommun.
5. Bristande nationell styrning – statliga myndigheters uppdrag överlappar och styrningen upplevs ibland som motsägelsefull.
6. Fragmentiserad kunskapsbildning inom äldreomsorgen.

Utredningen avser att återkomma till alla dessa punkter i det följande, med förslag eller rekommendationer i det uttalade syftet att främja ett breddat införande av välfärdsteknik. Den centrala delen i utredningens uppdrag handlar om de rättsliga förutsättningarna för att tillhandahålla välfärdsteknik till dem med nedsatt beslutsförmåga. Därför presenteras denna del först och ges mest utrymme. Vi vill dock understryka att det inte kommer att vara tillräckligt att åtgärda bristerna i lagstiftningen. Ny lagstiftning är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för ett breddinförande av välfärdsteknik.

8.4 Vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga

8.4.1 Inledning

Det finns en betydande osäkerhet vad gäller de rättsliga förutsättningarna för att använda sig av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Detta är väl känt sedan tidigare men har bekräftats under utredningsarbetet. Vi har kunnat iaktta denna osäkerhet på alla nivåer i kommunerna och hur det påverkar viljan att införa välfärdsteknik. Behoven av att skingra osäkerheten och klargöra rättsläget gäller framför allt två frågor. För det första är rättsläget oklart vad gäller vård och omsorg för människor med nedsatt beslutsförmåga, i synnerhet när det gäller användningen av teknik som inkräktar på den personliga

integriteten. För det andra är det oklart om och i så fall hur välfärdsteknik får användas för att minska behovet av personal inom äldreomsorgen. Den sistnämnda frågeställningen sammanhänger med osäkerheten om hur begreppet god kvalitet ska tolkas och det faktum att behovet av personal kan minska som en följd av användningen av välfärdsteknik. Enligt direktiven ska vi utifrån tidigare utredningar, remissvar, rapporter m.m. överväga och vid behov lämna författningsförslag med fokus på reglering av samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga, i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Det är nödvändigt att studera flera regelkomplex för att bedöma behovet av lagstöd eftersom frågorna spänner över flera rättsområden.

Det är tydligt att kommunerna är medvetna om att bristande förmåga att samtycka är problematiskt från juridisk synpunkt. Det rör framför allt personer med demenssjukdom. Att avstå från att ge människor med demenssjukdom god vård och omsorg är förstås inte ett alternativ. Enligt vad utredningen erfar hanterar man därför problemet så gott det går i vardagen. Tvångs- och begränsningsåtgärder är otillåtna och dem kan man i regel förebygga genom kunskap och miljöanpassningar. I den mån det blir nödvändigt att ingripa genom en handling som skulle kunna karakteriseras som olaga tvång eller frihetsberövande finns ansvarsfrihetsregler på det straffrättsliga området att falla tillbaka på även om handlingen saknar stöd i lag. När det gäller omsorg i allmänhet kräver inte socialtjänstlagen något uttryckligt samtycke, även om åtgärder inte får vidtas mot personens vilja. Så länge den berörde inte på något sätt ger uttryck för att inte samtycka, är det inte fråga om tvång. Detta kan man komma långt med för omsorgens del. Inom hälso- och sjukvården är den rättsliga regleringen striktare eftersom patientlagen föreskriver ett krav på informerat samtycke, något som personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga inte kan lämna. Även för omsorgens del kommer problemet upp till ytan när det gäller användning av teknik på ett sätt som tangerar det grundlagsskyddade området och som därför kräver ett samtycke. Det gäller insatser och åtgärder som kan anses medföra betydande intrång i den personliga integriteten och innebär övervakning eller kartläggning av enskildas personliga förhållanden.

Vissa kommuner hanterar problemen genom att inte använda sig av välfärdsteknik alls. Andra har tagit fram rutiner som i praktiken exkluderar människor med demenssjukdom eller människor som på

annat sätt lider av mer påtaglig kognitiv svikt när det gäller användningen av välfärdsteknik.

Enligt en underlagsrapport till utredningen upplever kommunerna att myndigheterna ställer hårdare krav på samtycke för nya insatser än för de insatser som funnits tidigare. Gps-larm kan utebli för att samtycke inte kan erhållas och då engageras i stället personal för att följa individen – men för det inhämtas inget samtycke. Från den enskildes synpunkt är det fråga om övervakning i båda fallen. En uppenbar risk är att det slutar med att individen inte kommer ut lika mycket. Tjänsten mobila trygghetslarm (gps), som inte begränsar användarens trygghetszon till hemmet, ses som en begränsningsåtgärd. De vanliga trygghetslarmen, som gör att den enskilde riskerar att isoleras i hemmet, ifrågasätts däremot inte alls. För att på ett genomtänkt sätt införa nya arbetsmetoder och nya sätt att tillgodo behov måste man våga testa gränserna. De som vågar testa gränser möter dock ofta motstånd från andra. Flera kommuner väljer dock att avvakta med införande med anledning av beskedet om IVO:s kommande granskning av välfärdsteknik. Alternativt väljer man pilotprojekt som utformas för att hamna under IVO:s radar.[12]

Kommuner som vill erbjuda välfärdsteknik till dem med nedsatt beslutsförmåga har olika synsätt på de juridiska förutsättningarna. Ett förhållningssätt som även regeringen har förespråkat[13] är att användningen av välfärdsteknik normalt inte ska anses medföra något betydande intrång i den personliga integriteten med hänsyn till åtgärdens ändamål, intensitet och andra omständigheter, så länge inte individen inte motsätter sig användningen. Under förutsättning att den bedömningen är riktig, träffas inte användningen av stadgandet i grundlagen vilket innebär att man inte behöver inhämta ett uttryckligt samtycke från den berörde.[14] Det kan ifrågasättas om den tolkningen inte motsägs av lagtexten. Verkan av samtycket borde inte vara att intrånget inte anses ska betydande i och för sig utan att ingreppet är tillåtet trots att det aktualiserar en tillämpning av 2 kap. 6 § 2 RF. Resonemanget förefaller också kunna leda till att de som inte kan uttrycka sin vilja inte skyddas av 2 kap. 6 § 2 RF.

[12] Oskarsson, A. et al. (2020). *När goda intentioner försämrar. Hur IBIC bidrar till rättsosäkerhet, suboptimering och försämrad arbetsmiljö.* Underlagsrapport till S 2018:11. Örebro Universitet. Se s. 68 f.

[13] I lagrådsremissen *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet* från 2012, se avsnitt 8.5.

[14] Om den enskilde motsätter sig användningen går det förstås inte i vilket fall.

Observera att detta gäller socialtjänsten – för hälso- och sjukvården krävs numera ett informerat samtycke för alla åtgärder. Detta kan ofta vara outtalat och konkludent, dvs. att samtycket framgår av personens agerande, men förutsätter likväl att personen förstår innebörden av åtgärden. Personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga förstår i regel inte innebörden av larmteknologi och kan därför inte lämna ett sådant samtycke som uppfyller kraven i patientlagen. Digital trygghetsteknik kan heller inte sättas in med stöd av regeln om vård utan samtycke i nödsituationer.

Statens medicinsk-etiska råd publicerade 2014 rapporten *Robotar och övervakning i vården av äldre – etiska aspekter* (rapport 2014:2). När det gäller äldre med nedsatt beslutskompetens underströk rådet att det är extra viktigt att säkerställa att den enskilde förstått informationen och att extra lyhördhet visas och stöd ges för att möjliggöra ett ställningstagande innan en robot eller övervakning introduceras i vården. Det finns annars en risk att personens vilja inte respekteras och att personen inte får nödvändig vård och omsorg vilket strider mot både etiska principer och lagstiftningen.

Gällande användning av gps anfördes bl.a. följande. Ett syfte med att utrusta den äldre med en gps-sändare är att det ska gå att hitta personen om han eller hon går vilse. Ett annat syfte för vårdgivaren kan vara att spara in på personalresurser eftersom alternativet till att den enskilde går ut själv kan vara att personal måste följa med. Vårdgivaren kan också vilja minska behovet av strikt kontroll över in- och utpassage från ett särskilt boende för äldre. Ett syfte för den enskilde kan vara att slippa bli åtföljd av en ledsagare. Problemen uppstår ofta när den äldre drabbas av sjukdomar som demens och får svårt att orientera sig. Det finns då en risk att personen går vilse och i värsta fall skadar sig. Personer med demens har ofta nedsatt beslutsförmåga och det kan vara svårt att få ett godtagbart samtycke från personen. Med hänsyn till lagstiftningen torde det krävas ett uttryckligt samtycke från den enskilde och han eller hon har alltid rätt att tacka nej till övervakningen.

Vidare framhöll rådet att det kan vara direkt olämpligt att låta en skör person gå ut själv på promenad utan sällskap, beroende på personens tillstånd. Det måste givetvis göras en bedömning från fall till fall om det är passande utifrån den enskildes behov och förutsättningar att använda sig av övervakning med gps-sändare. Individens behov och inställning måste alltid gå före vårdgivarens intresse av att

spara resurser. Ett beslut om att använda gps-sändare i omsorgen av en person måste vidare omprövas fortlöpande eftersom personen kan försämras i sin sjukdom och plötsligt sakna insikt om vad övervakningen innebär. Om det inte längre går att få ett informerat samtycke från personen ska övervakningen avbrytas, enligt rådet.

Regeringen beslutade 2018 om en nationell strategi för demenssjukdom.[15] Syftet är att verka för förbättringar inom sju strategiska områden. Ett område är välfärdsteknik. Här framgår bl.a. följande. För personer med en demenssjukdom kan de nya tekniska lösningarna vara svåra att förstå. Det kan också vara svårt att se och värdera konsekvenserna av dessa tekniska lösningar. Det leder i sin tur till att personer med en demenssjukdom kan ha svårt att ge det aktiva samtycke som önskas. Därmed finns risken att personer med en demenssjukdom inte kan ta del av stöd i form av teknik som de kanske både önskar och har stor nytta av. Beslut om insatser kan innebära svåra ställningstaganden med stor betydelse för enskilda. Vid etiska dilemman är det viktigt att belysa frågan och olika möjliga lösningar utifrån den enskildes upplevelse och situation. För att lösa etiska dilemman kan personal inom socialtjänsten behöva tid till gemensam reflektion och stöd från ledningen. Välfärdsteknik kan göra det möjligt för kvinnor och män som har eller löper risk att få en funktionsnedsättning att behålla eller öka sin trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet. Välfärdsteknik väcker också etiska frågor vid införande och användande i samhället och hos kommuner och utförare. Samma etiska frågor kan också ställas gällande de insatser som görs i dag och som inte har tekniska inslag, men har aktualiserats i samband med införandet av teknik i omsorgen.

8.4.2 Om tvångs- och begränsningsåtgärder

Uttrycken skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer ofta i samband med vård och omsorg av personer med nedsatt beslutsförmåga. En och samma åtgärd kan vara antingen en skyddsåtgärd eller en tvångs- och begränsningsåtgärd beroende på de närmare omständigheterna. De åtgärder som det handlar om är dels

[15] Den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom grundas på de nationella målen för äldrepolitiken och är utformad efter Socialstyrelsens rapport på regeringens uppdrag: En nationell strategi för demenssjukdom – Underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022 (dnr. S2017/03866/FST). S2018/03241/FST.

sådant som påverkar en persons rörelsefrihet (låsta dörrar i ett boende eller användning av brickbord, bälte eller sänggrind), dels åtgärder för att övervaka personer med kamera, mikrofon eller liknande eller följa om en person lämnar ett visst område eller spåra var den enskilda befinner sig med hjälp av larm eller gps. Vidare nämns att ge läkemedel med begränsande effekt, att blanda medicin i mat eller dryck utan att personen vet om det eller att ta ifrån eller hindra personen från att ta och använda pengar, alkohol, cigaretter, mat eller farliga föremål. Det kan även handla om omvårdnadsinsatser som är känsliga från integritetssynpunkt.

Socialstyrelsen gjorde en undersökning om vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga som publicerades 2015. Undersökningen visade att skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder är en väsentlig del av vardagen i vården och omsorgen. Både personalen och de verksamhetsansvariga vill göra rätt. Samtidigt hamnar man lätt i etiska dilemman. Man vill göra rätt enligt regelverket, man vill skydda den enskilda från faror och ohälsa och man vill respektera den enskildas självbestämmande och integritet. Ibland är det svårt att nå alla målsättningarna samtidigt.[16]

Under 2010 upphävde Socialstyrelsen sina föreskrifter och allmänna råd om skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder. Skälet var att föreskrifterna var föråldrade och saknade stöd i lagstiftningen. Det innebar att rutiner som kommuner och verksamheter hade fastställt med dessa föreskrifter och allmänna råd som grund inte längre gällde. Frågan om skydds, tvångs- och begränsningsåtgärder hamnade därmed på agendan. Verksamheterna blev tvungna att försöka lösa svåra situationer på ett annat sätt, vilket ledde fram till nya insikter och lösningar. Perspektivet på svåra situationer förändrades.[17]

Enligt Socialstyrelsens enkät var det vanligt med åtgärder där samtycket är oklart. Därmed förskjuts intresset från åtgärden till att handla om vad som är ett acceptabelt samtycke. Vid äldreboendena inhämtas samtycke genom att observera om personen accepterar åtgärden eller inte. Här riskerar man att hamna i en gråzon, framhöll Socialstyrelsen, som konstaterade att både hypotetiska och presumerade samtycken förekom inom samtliga områden och att de inte

[16] Socialstyrelsen (2015c). *Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga. Slutrapport.* s. 13.
[17] Socialstyrelsen (2015c), s. 13.

bygger på någon viljeyttring från den enskilda, utan handlar om mer eller mindre underbyggda antaganden om den enskildas vilja. Det handlade då ofta om personer med nedsatt beslutsförmåga inom vården och omsorgen om äldre.[18] På den öppna frågan om hur man gör för att få ett godtagbart samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga var svaret i regel att observera personen för att se ett konkludent samtycke. Underlättar personen att åtgärden genomförs? Försöker personen ta bort sänggrinden? Är personen lugn? Ofta kombinerades observationer med en teamdiskussion och dialog med anhöriga för att försöka ta reda på vad personen hade tyckt om han/hon hade varit beslutförmögen (presumerat samtycke).[19] Socialstyrelsen noterade att tydliga samtycken dokumenterades i hög grad[20], men om samtycket är oklart eller inte uttryckligt minskade verksamhetens benägenhet att dokumentera. Mönstret var att ju mer tvivelaktig åtgärd, desto mindre benägen var man att dokumentera. Det blir då svårt att i efterhand se vad som hänt och vad syftet med åtgärden var. Socialstyrelsen framhöll att det borde vara just i de fall då man inte klarar situationen utan otillåtna åtgärder som man skulle ha störst behov och nytta av en bra dokumentation.[21]

Åtgärderna kan delvis delas in i mekaniska och fysiska tvångs- och begränsningsåtgärder. Med *mekaniska* tvångs- och begränsningsåtgärder avses att använda speciella möbler, kläder eller andra anordningar (t.ex. stolar med s.k. brickbord fästade i armstöden, stolar med fasta bälten, lösa bälten och remmar, sänggrindar, skyddssovsäckar och tvångströjor) för att hindra en person att flytta sig eller från att lämna en bestämd plats.[22] I Sverige har förekommit och förekommer troligen fortfarande sänggrindar, brickbord och bälten inom äldreomsorgen. Sänggrindarna monteras på sängens långsidor för att hindra att den enskilde skadar sig genom att antingen falla ur sängen eller att gå upp ur sängen och falla senare. Sänggrindar torde vara vanligt förekommande. I SOU 2006:110 anges att Socialstyrelsen regelbundet fick anmälningar enligt Lex Maria om händelser där patienter i särskilda boenden har skadats (i några fall med dödlig

[18] Socialstyrelsen (2015c), s. 13 och 32.
[19] Socialstyrelsen (2015c), s. 32.
[20] 80 procent av kommunerna, se s. 32. Om samtycket är oklart sjunker andelen till att vara 60 procent när det gäller ”skyddsåtgärder mot den enskildas vilja”, dvs. tvång.
[21] Socialstyrelsen (2015c), s. 15.
[22] SOU 2006:110 s. 201.

utgång) efter att på olika sätt ha fastnat i sängutrustningen. I många fall har skadorna uppstått när oroliga patienter med starkt nedsatt förmåga att kommunicera lämnat eller fallit ur sängen.[23] Enligt Socialstyrelsen är det en viktig uppgift för den som ansvarar för patientens omvårdnad att se till att utrustningen anpassas till den enskildes behov. Särskilt viktigt är att väga nyttan mot risken.

Med *fysiska* tvångs- och begränsningsåtgärder avses att låsa dörrar för att hindra en person att lämna ett rum eller ett uppehållsutrymme, liksom att använda händerna eller hota med att använda händerna för att hindra en person från att påbörja eller fullfölja en rörelse eller promenad. Inlåsning får inte ske enligt svensk rätt. Ytterdörren till en boendeenhet kan visserligen vara låst, men de boende måste själva kunna låsa upp den. Låsta dörrar är ett centralt problem inom den svenska demensvården och som ofta kommer upp när begränsningsåtgärder diskuteras.[24] Trots att det inte är tillåtet förekommer det än i dag. Diskussionen om låsta dörrar utgår framför allt från risker som personer löper, som har en kraftigt försämrad förmåga att orientera sig och att klara sig i trafiken, men som samtidigt har sin fysiska förmåga kvar. I vart fall tidigare hände det relativt ofta att sådana personer gick vilse och skadades på olika sätt.[25]

Många boenden för personer med demenssjukdom har ytterdörren låst med ett kodlås dygnet runt. Koden med fyra siffror finns angiven i klartext i närheten av dörren så att de boende ska kunna se den. Det förekommer också att ytterdörren kan öppnas med låsvred på vanligt sätt, men att vredet är försett med kupa eller att det finns ytterligare en spärr så att öppning kräver att bägge händerna används. Ett alternativ till att låsa ytterdörren är givetvis att någon i personalen regelmässigt följer med demenssjuka personer som vill gå ut, men på grund av skaderisker inte kan tillåtas göra det på egen hand. En mer generell förbättringsåtgärd, som i praktiken också minskar problemen med att enskilda personer vill ge sig av från särskilda boenden är inhägnade trädgårdar eller uteplatser. Det rättsliga grundproblemet med inlåsning kvarstår givetvis, men den ”fria ytan” blir

[23] SOU 2006:110 s. 201.
[24] SOU 2006:110 s. 203.
[25] I SOU 2006:110 anges på s. 204 att i Rikspolisstyrelsens statistik över polisens eftersökningar av försvunna personer för åren 2001–2003 redovisats 290 personer med demenssjukdom. Av dessa har 25 varit döda när de återfunnits eller har avlidit senare av skador de fått vid försvinnandet.

större och för många personer med demenssjukdom kan det vara lugnande och tillräckligt att fritt kunna komma utomhus.

En annan situation där problem med låsta dörrar uppstår är när en person med demenssjukdom går in till andra boende i deras rum på kvällar och nätter och stör på olika sätt. Det enklaste sättet att lösa problemet är givetvis att personalen låser dörrarna till rummen och på så sätt stänger den störande personen ute. Men då låser man samtidigt in de andra i sina rum, vilket är en olaglig tvångsåtgärd. Några kommuner har valt att installera s.k. hotellås på dörrarna för att lösa detta problem. Då är dörren låst utifrån men man kan enkelt öppna den från insidan genom att trycka ned handtaget. Hotellås är dock problematiska om boende som inte klarar att öppna utifrån måste be om hjälp för att komma in i sin egen bostad.

”Handgripligt” tvång kan bli aktuellt i olika situationer i omvårdnadsarbetet. Det kan gälla situationer i anslutning till att en person vill lämna avdelningen eller enheten på egen hand och personalen vill påverka om och när det ska ske. Om personal följer en person med demenssjukdom på promenad kan situationer uppstå när personalen anser sig behöva ingripa fysiskt för att förhindra att denne utsätter sig för risker att komma till skada. Personalen kan behöva skilja personer åt av olika skäl – undvika aggressivitet och minska oro i kontakterna m.m. – och då använda fysisk påverkan för att förstärka sin muntliga övertalning. Dessa åtgärder skulle kunna karakteriseras som nödsituationer och torde inte vara straffbara.

Många situationer i det dagliga omvårdnadsarbetet innebär med nödvändighet fysisk kontakt mellan personal och vårdtagare. Det gäller bl.a. i samband med uppstigning, toalett och hygien samt måltider. I dessa situationer kan uppstå ”intressekonflikter”, i vilka personalen använder händerna eller sin kropp för att genomföra vissa, som man upplever som nödvändiga åtgärder för den enskildes bästa, trots att personerna gör ett visst passivt eller aktivt motstånd. En sådan situation kan t.ex. uppstå om en person vill lämna badrummet innan tvättrutinen är klar. Personalen får då först försöka fullfölja rutinen genom att avleda, motivera och övertala. Om det inte räcker får man komplettera med fysisk kontakt och försöka leda eller förflytta personen. Frågan om var gränsen går mellan normal fysisk kontakt och otillåtna handgripligheter är svår att besvara generellt. Samtidigt finns det en allmän uppfattning om vad som uppenbart är tvång och som absolut inte får förekomma.

IVO konstaterade i en rapport 2015[26] att begreppsförvirring råder i verksamheterna avseende begreppen skydds-, tvångs och begränsningsåtgärder och att definitionerna skiljer sig åt. Verksamheterna själva använder företrädesvis begreppet skyddsåtgärder. IVO avgränsade granskade tvångs- och begränsningsåtgärder så här:

- låst dörr till boendet,
- låst dörr till den enskildes bostad,
- larm om den enskilde förflyttar sig (larmmatta etc.),
- larm för att hitta person som gått vilse (gps),
- bälte,
- brickbord,
- grindar (vid dörrar, sängar etc.),
- behovsmedicin,
- fasthållning,
- inlåsning av vissa saker,
- utelåsning från vissa utrymmen och
- videoövervakning.

Uttrycket tvångs- och begränsningsåtgärd används enligt IVO för att beskriva någon av åtgärderna då syftet är att begränsa eller utöva tvång mot den enskilda. Det kan också handla om åtgärder i syfte att skydda eller underlätta för den enskilda men utan att den enskilda gett samtycke till åtgärden. Uttrycket skyddsåtgärd används för att beskriva någon av åtgärderna under förutsättning att åtgärden har ett tydligt syfte att skydda eller underlätta för den enskilda och den enskilde lämnat sitt samtycke. Samtycket till åtgärden ska inte bero på otrygghet som orsakats av brister i bemanning eller kompetens.[27] IVO:s syn sammanfaller således med vad Socialstyrelsen anser.

Individuella larm är mycket vanligt förekommande inom äldre- och demensvården. Det vanligaste larmet, ofta benämnt trygghets-

[26] IVO (2015). *Skapa trygghet utan tvång. Rapport om tillsynsinsats vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas*. Denna avser avrapportering av ett regeringsuppdrag (S2013/4269/SAM, S2013/9047/SAM, delvis).
[27] IVO (2015), s. 11.

larm, är det som den enskilde själv ska utlösa i kritiska situationer. Inom demensvården bedöms ofta larm som den enskilde själv kan aktivera som för osäkra. Där förekommer i stället olika former av personliga rörelselarm som t.ex. indikerar till personalen när den enskilde rör sig visst antal meter från sängen. Det finns också s.k. fall-larm som registrerar fall och larmar om man blir liggande. Det förekommer också ”opersonliga” rörelselarm, t.ex. i anslutning till ytterdörrar, som varnar personal när någon av de boende, personalen eller närstående, passerar en gränslinje i närheten av dörren.

Passiva larm kallas passiva därför de inte förutsätter att den demenssjuke bär en sändare. De är mycket vanligt förekommande i särskilda boenden och finns dessutom ibland i ordinärt boende. Vanligast är sannolikt den s.k. larmmattan som placeras framför sängen och som ska signalera till personalen när en person stiger upp. Samma funktion har den s.k. sängvakten, ett larm som placeras under lakanet och larmar när personen lämnar sängen. Både larmmattan och sängvakten kan ställas in så att larmet går efter vald tidsfördröjning. Socialstyrelsen har i samband med rapporterade riskhändelser till följd av felaktiga och uteblivna larm varnat för att patientsäkerheten kan riskeras om vårdgivaren har överdrivna förväntningar på larmens funktioner och tillförlitlighet. Larmutrustning ses som ett komplement till personalens tillsyn, men kan aldrig helt ersätta den mänskliga övervakningen.

Pejl- eller sökbara rörelselarm ses av många (personal, ansvariga, närstående, polisen) som en positiv möjlighet och som ett alternativ till att hålla ytterdörren till boendet stängd. Visionen är att kunna utrusta fysiskt aktiva demenssjuka personer med en elektronisk bricka och sedan låta honom eller henne röra sig fritt. Med modern teknik skulle man då löpande eller med vissa intervall lätt kunna identifiera personens position. Med en pejlutrustning kan exempelvis polisen sedan alternativt med bil, helikopter eller till fots snabbt ringa in och söka av det område där personen befinner sig. Chansen att hitta personen i tid ökar väsentligt samtidigt som polisens och samhällets kostnader för eftersökningen minskar kraftigt.[28]

JO prövade nyligen en anmälan som rörde sänggrindar.[29] Det gällde en kvinna som vårdades på sjukhus. När en anhörig kom på besök var sänggrindarna uppfällda och patienten hade stark ångest.

[28] SOU 2006:110 s. 207.
[29] Beslut 2019-09-23 (dnr 3661-2018).

Enligt den anhöriga var det patienten största fasa att bli instängd. Patienten avled senare på kvällen. Vårdgivaren hade anfört att syftet med sänggrindarna varit att stödja och skydda patienten från fall ur sängen, men det saknades dokumentation om behovet och användningen av sänggrindar, liksom om patientens samtycke. Det fanns inget i utredningen som talade för att patientens samtycke inhämtats innan sänggrindarna sattes upp och vårdgivaren hade heller inte gjort gällande att något samtycke inte gick att inhämta. I beslutet framhöll chefsJO[30] att vårdåtgärder inte får genomföras utan patientens samtycke förutom i särskilt angivna undantagsfall (4 kap. 4 § patientlagen). När det gäller användning av skyddsåtgärder, t.ex. sänggrindar, krävs därför som huvudregel att patienten samtycker till åtgärden. ChefsJO konstaterade vidare att sådana skyddsåtgärder bara får användas för att skydda, stödja, hjälpa och aktivera, inte för att frihetsberöva en patient eller begränsa hans eller hennes rörelsefrihet. Åtgärden får heller inte användas för att kompensera för bristande bemanning. Genom att underlåta dels att inhämta patientens samtycke till åtgärden, dels att dokumentera användningen i journalen[31] hade vårdgivaren inte handlagt frågan om sänggrindar på ett korrekt sätt. ChefsJO var mycket kritisk till detta.

Flera vetenskapliga studier visar att användningen av fysiska begränsningsåtgärder inte självklart förebygger fallolyckor.[32] Det finns också resultat som visar att minskat bruk av begränsningsåtgärder i praktiken inte medfört fler fallskador. Det finns till och med studier som visar att risken för fall och svårare skador, som kan få dödlig utgång, ökar vid användning av fysiska begränsningsåtgärder. Fysiska begränsningsåtgärder har också visat sig orsaka andra typer av skador och även plötslig död. Risken ökar för nervskador, asphyxiation (syrebrist i hjärnan), trycksår, fall och infektioner. Det kan även leda till muskelstelhet, minskad eller försämrad cirkulation, obstipation, kontrakturer, benskörhet, inkontinens, försämrad ämnesomsättning, försämrad kognition, desorientering och ökad mortalitet. Begränsningsåtgärder har en negativ psykologisk påverkan på en skör äldre person. En förvirrad äldre person som blir föremål för en fysisk begränsningsåtgärd kan bli än mera förvirrad vilket kan leda till aggressivitet och panikattacker. Användning av tvångs- och begräns-

[30] Rynning (1994).
[31] Jfr 5 kap. 5 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.
[32] SOU 2006:110 s. 217.

ningsåtgärder inkräktar också på en persons värdighet. Från etisk synpunkt är de inte önskvärda.

Här ska också nämnas att Svenskt Demenscentrum tagit fram ett utbildningspaket för yrkesverksamma inom vård och omsorg kallat ”Nollvision – för en demensvård utan tvång och begränsningar.” Utbildningspaketet som bl.a. innehåller en omfattande handbok, är resultatet av ett uppdrag från Socialdepartementet som handlat om att lyfta fram god omvårdnad som kan göra att användningen av tvingande och begränsande åtgärder minskar. Personal ges kunskap och verktyg för att förebygga och hantera svåra situationer, sådana situationer då tvångs- och begränsningsåtgärder ofta uppfattas vara de enda möjliga lösningarna. Med en gemensam strategi, en nollvision, kan det personcentrerade arbetssättet förstärkas och användningen minska av tvingande och begränsande åtgärder inom vård och omsorg av personer med demenssjukdom. I handboken anges att det inte är någon hemlighet att sådana åtgärder förekommer, men att de saknar stöd i lag även när det sker i skyddssyfte. I utbildningspaketet finns även en applikation med tips för anhöriga[33] och *Demens ABC*, en webbutbildning som riktar sig till framför allt personal inom vård och omsorg och som är baserad på Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vård och omsorg vid demenssjukdom.

8.4.3 Stöd i att kunna samtycka till vård och omsorg

Att arbeta med att stödja äldre personer att uttrycka sin vilja innebär att skapa goda förutsättningar för varje person att utifrån sina förutsättningar kunna uttrycka sin vilja. På Kunskapsguiden finns temat ”Stödja äldre personers vilja” som Socialstyrelsen står bakom. Temat är ett s.k. metodstöd som ger råd om hur personal kan stödja äldre personer med nedsatt beslutsförmåga att uttrycka sin vilja. Målet är att maximera personens inflytande över de insatser som erbjuds.

I texten talas om viljans ”kvalitet”. Om viljan inte upplevs som tillräckligt stark är det viktigt att ge stöd för att säkra viljan. Det kan handla om att följa upp eller stödja personen att utforska sin vilja. En poäng med begreppet bästa tillgängliga vilja är att inte utgå från att den vilja som personen har gett uttryck för är bestående. Viljan kan stärkas, försvagas eller ändras. Äldreomsorgen behöver därför

[33] *Nollvision – anhörig.* www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/Nollvision

kontinuerligt vara med och stödja personen så att denne kan utforska och utveckla sin vilja.

Socialstyrelsen har i detta sammanhang särskilt uttalat sig om vilja och välfärdsteknik. Socialstyrelsen framhåller bl.a. att socialtjänstlagen inte innehåller några särskilda regler när det gäller tillämpning av tekniska lösningar. Det är alltså samma regelverk som man har att förhålla sig till oavsett om det handlar om en teknisk eller traditionell insats. Därför gäller också kraven på frivillighet, självbestämmande och delaktighet i samband med att den enskilde ansöker om eller erbjuds en teknisk lösning. Äldreomsorgen behöver därmed ta reda på om den äldre personen vill ha den tekniska lösningen, om den tillgodoser personens behov och uppfyller kraven på god kvalitet.

De åtta steg som Socialstyrelsen lyfter fram för att få fram bästa tillgängliga vilja från personer med nedsatt beslutsförmåga är lika relevanta när insatsen helt eller delvis handlar om välfärdsteknik. Den enskilde behöver förstå vad tekniken gör och eventuella konsekvenser av den. Att informera om teknik för personer med nedsatt beslutsförmåga kan vara en stor utmaning, framhåller Socialstyrelsen. Eventuellt kan det underlätta om man får möjlighet att prova tekniken. Det är också möjligt att använda sig av visuellt stöd till exempel i form av bilder eller filmsekvenser. För att skapa bra förutsättningar för personen att överväga vad han eller hon vill kan man jämföra med likvärdiga insatser som utförs av människor och ge personen stöd att lista för- och nackdelar för att få ett underlag att ta ställning till. Bland den välfärdsteknik som erbjuds finns det teknik som individen själv i stunden kan bestämma om man vill använda eller inte (t.ex. robot-katter, matningsrobotar och applikationer i surfplattor). Den äldre personens handlingar kan visa om personen vill ha den tekniska lösningen eller inte, men det kan också hända att den äldre personen använder tekniken för att det är vad personalen vill.

En del teknik blir begriplig och uppfattas som meningsfull först efter en tid. Det kan behövas både träning och tålamod för att få ut det som tekniken erbjuder. Personens vilja att nå självständighet och oberoende kan behöva stödjas genom motivation, träning och uppmuntran. Individen kan vara skeptisk och tveksam i början, men entusiastisk när resultaten börjar märkas.

Socialstyrelsen pekar på att en del teknik till sin funktion är abstrakt. Att förstå syftet och funktionen med t.ex. en kamera för

tillsyn eller ett gps-larm genom att se och ta på dem eller att prova behöver nödvändigtvis inte ge så mycket information. Att förstå att dessa tekniska lösningar kan bidra till ökad trygghet och självbestämmande kan vara svårt för en person med nedsatt beslutsförmåga. Här blir det en stor utmaning för personalen att ge information som den äldre kan förstå. Möjliga vägar kan vara att använda olika former av visuellt stöd.

För personer med en demenssjukdom och andra sjukdomar som kan förväntas ge allt större kognitiva svårigheter med tiden är det viktigt att initiera teknik i ett tidigt skede, i synnerhet teknik som är abstrakt. Då finns möjligheten att den enskilda både kan förstå, lära sig och vänja sig att använda tekniken, vilket kan underlätta användandet längre fram. Tidigt kan i detta sammanhang handla om redan när personen får sin diagnos.

När en insats ”utgörs enbart av teknik” får det konsekvenser för personalens möjligheter att uppmärksamma om den äldre personen ändrar sin vilja eller uppfattning om insatsen. Det kan hända att den enskilde ändrar inställning till insatsen, inte kan hantera tekniken eller hamnar i situationer av frustration, utan möjlighet att förmedla detta. Det gäller i synnerhet om den som har insatsen har nedsatt beslutsförmåga. Det kan innebära speciella krav på uppföljningen, framhåller Socialstyrelsen.

8.5 Tidigare utredningar som berört vård och omsorg av människor med nedsatt beslutsförmåga

I svensk rätt finns ingen definition av när en person ska anses sakna beslutsförmåga.[34] Beslutsförmåga kan lite förenklat beskrivas som förmågan att kunna tillgodogöra sig erforderlig information och överblicka konsekvenserna av ett beslut.[35] Nedsatt beslutsförmåga kan drabba personer med olika former av kognitiva störningar, dvs. störningar som avser intellektuella funktioner och som t.ex. ger

[34] Den s.k. etikprövningslagen, lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, avgränsar dock gruppen beslutsoförmögna till att innefatta personer vars mening inte kan inhämtas på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något annat liknande förhållande, jfr 20 §.

[35] Beslutsförmåga ska inte sammanblandas med begreppet rättshandlingsförmåga, dvs. en av rättssystemet erkänd förmåga att kunna fatta rättsligt bindande beslut i en specifik fråga. Exempel på grupper som delvis saknar rättshandlingsförmåga är barn, 9 kap. 1 § föräldrabalken (1949:381) (FB), och vuxna under förvaltarskap, 11 kap. 9 § FB.

sämre koncentration eller svårigheter att planera och hålla ihop tankar. Beslutsförmågan kan vara påverkad hos personer med psykisk störning eller psykisk sjukdom (t.ex. psykos eller depression) liksom hos dem med utvecklingsstörning. Vidare kan beslutsförmågan påverkas tillfälligt eller under längre tid till följd av allvarlig skada hos en person som inte tidigare har haft några kognitiva störningar. Man kan inte alltid skilja mellan de olika grupperna.

Icke desto mindre är beslutsförmågan central för frågan om hur den enskildes samtycke ska beaktas. En person med demenssjukdom eller ett litet barn kan ha en bestämd uppfattning i en fråga. Det behöver inte betyda att personen har förmåga att fatta ett välgrundat beslut i frågan. Samtidigt ska framhållas att även om en person saknar förmåga att fatta beslut i en fråga betyder inte det att personen ska anses sakna beslutsförmåga i en helt annan fråga. Beslutsförmågan är alltså relativ i förhållande till beslutssituationens komplexitet.[36]

Även en person med nedsatt beslutsförmåga har självfallet rätt till självbestämmande. Den självklara utgångspunkten är att personens vilja måste respekteras oavsett beslutsförmåga. Emellertid är det inte alltid så lätt att slå fast vad en person med markant nedsatt beslutsförmåga egentligen har för uppfattning, i synnerhet inte i en komplex fråga. I avsnitt 3.5 finns en fördjupande bakgrundsbeskrivning om nedsatt beslutsförmåga. Se även kapitel 7.

Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare

I betänkandet *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna* (SOU 2004:112) föreslog Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare bl.a. en lag om ställföreträdare för vuxna med bristande beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården och en lag om ställföreträdare för vuxna med bristande beslutsförmåga inom den sociala omsorgen.

Enligt förslaget skulle en patient som saknar beslutsförmåga kunna representeras av en ställföreträdare i frågor om vård och omsorg. Om inte en framtidsfullmäktig (som utredningen också lade fram

[36] Att samtycka till ett medicinskt ingrepp som är förenat med stora risker eller tacka nej till livsviktig behandling kräver högre grad av beslutsförmåga än vad som krävs för mindre ingripande åtgärder av rutinmässig karaktär. Se Rynning (1994), s. 284.

förslag om) eller ett s.k. vårdombud[37] utsetts, skulle patienten representeras av en anhörig. Beslut om att någon skulle anses sakna beslutsförmåga skulle fattas av en läkare med patientansvar. Beslutet skulle kunna överklagas till domstol.

Utredningen tog tydligt ställning mot att ställföreträdares beslutanderätt skulle omfatta åtgärder som innebär integritetskränkningar som tvångsåtgärder och frihetsberövanden inom vård och omsorg. Utredningen ansåg att detta inte var möjligt då sådana inskränkningar av grundläggande fri- och rättigheter till följd av legalitetsprincipen i 2 kap. RF måste ha ett tydligt lagstöd.[38] [39]

Remissutfallet var blandat. Medan remissinstanserna allmänt ställde sig bakom den problembeskrivning och de analyser som hade gjorts i utredningen, ansågs från många håll att den föreslagna ordningen riskerade att bli alltför komplicerad, särskilt då snabba beslut måste fattas, såsom kan vara fallet i hälso- och sjukvård.[40]

Utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga

Utredningens betänkande

Utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga hade i uppdrag att överväga behovet av bestämmelser om skydds- eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom. Utredningen lämnade betänkandet *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom* (SOU 2006:110) i mars 2006.

Utredningens förslag skulle alltså ta sikte på personer med just demenssjukdom. Som framgår av betänkandet var den avgränsningen inte problemfri.[41] Egentligen ansågs det behövas lagstiftning som omfattar alla med nedsatt beslutsförmåga inom såväl sjukvård som

[37] Ett ombud som patienten förordnat muntligt eller skriftligt i samband med att vård eller behandling kan bli aktuell eller har påbörjats.
[38] SOU 2004:112 s. 452 f.
[39] Lagstöd för detta kan ju i och för sig anses finnas i FB:s regler om ställföreträdarskap. Uppfattningen verkar dock vara att dessa regler är för allmänt hållna för att kunna utgöra det lagstöd som krävs enligt legalitetsprincipen i 2 kap. 20 § RF.
[40] Se dir. 2012:72 s. 11.
[41] Se t.ex. sammanfattningen och experten Elisabet Rynnings särskilda yttrande.

socialtjänst, dvs. oavsett diagnos, funktionsnedsättning, huvudman, lagområde, verksamhetsområde och driftsform.[42]

Utredningen föreslog bl.a. en lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten. Lagen skulle omfatta personer som på grund av demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till en tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg. För att ingå i personkretsen enligt lagen skulle den enskilde ha beviljats bistånd i form av särskilt boende, dagverksamhet eller hemtjänst.[43]

I syfte att förhindra att personer i den tänkta lagens personkrets utsätter främst sig själva men ibland även andra för uppenbar risk för allvarlig skada, skulle lagen medge individuella beslut om en rätt att

- flytta en person till ett särskilt boende,
- låsa ytterdörren eller dörren till en avdelning eller enhet,
- använda sänggrindar, brickbord, bälte, sele eller liknande,
- använda pejlings- och larmanordningar,
- hålla fast eller föra bort en aggressiv person till ett annat rum, samt
- fullfölja nödvändiga omvårdnadsinsatser trots motstånd.

Andra tvångs- och begränsningsåtgärder än de ovan nämnda skulle sakna stöd i lag och därmed inte vara tillåtna. Det skulle således inte vara tillåtet att t.ex. isolera personer genom att låsa in dem i sina bostäder eller rum eller att använda lagens tvångs- och begränsningsåtgärder i situationer som inte var förenade med en uppenbar risk för att den enskilde kan drabbas av en allvarlig personskada. Noterbart är att det inte heller skulle vara tillåtet med mikrofoner eller videoutrustning i syfte att övervaka de berörda.

Den tänkta lagen skulle tillämpas inom socialtjänsten, men inte vid vård på sjukhus. Behovet av och förutsättningarna för lagens tvångs- och begränsningsåtgärder ansågs i huvudsak finnas i särskilda boenden. Möjligheterna att använda åtgärderna i ordinärt boende ansågs mycket begränsade av tillsyns- och säkerhetsskäl.

[42] SOU 2006:110 s. 22.
[43] Lagen skulle inte omfatta personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av utvecklingsstörning eller förvärvad hjärnskada, jfr personkrets 1 och 2 enligt LSS.

Processen skulle gå till så att socialnämnden skulle inleda en utredning när den fick kännedom om att det kunde finnas skäl för en tvångs- eller begränsningsåtgärd. Den enskilde skulle företrädas av en god man. Socialnämnden skulle också förordna om medicinsk undersökning. Utredningen skulle innehålla ett skriftligt yttrande om att personen har nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom och därför saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den åtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg. Vidare skulle den innehålla en redogörelse för tidigare vidtagna och planerade åtgärder för att förhindra eller begränsa risken för att den enskilde drabbas av en allvarlig skada eller allvarligt skadar någon annan, liksom en redovisning av varför socialnämnden bedömer att det finns en uppenbar risk för att den enskilde drabbas av en allvarlig skada eller allvarligt kan skada någon annan om inte en tvångs- eller begränsningsåtgärd får användas. Socialnämnden skulle också presentera en plan för hur de negativa effekterna av en tvångs- eller begränsningsåtgärd kunde minimeras och för hur åtgärden på sikt kan ersättas med mindre ingripande åtgärd.

Beslutsfattare skulle som huvudregel vara socialnämnden. I brådskande fall skulle socialnämnden kunna fatta interimistiska beslut beträffande samtliga åtgärder utom flytt till särskilt boende. Åtgärderna flyttning till särskilt boende och låsning av dörr skulle allmän förvaltningsdomstol besluta om efter ansökan från socialnämnden. Socialnämndens beslut att tillåta eller upphäva en tvångs- eller begränsningsåtgärd skulle kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol.[44] I målen skulle som regel offentligt biträde förordnas.[45] Vidare skulle socialnämnden vara skyldig att minst var sjätte månad överväga om en beslutad åtgärd fortfarande behövdes (omprövning). Ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd skulle dessutom omprövas om den enskilde begärde det.

Utredningen menade att det inte är realistiskt att tro att personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom kan vårdas helt utan inslag av tvång, begränsningar av rörelsefriheten eller inskränkningar i integritetsskyddet. Tvångs- och begränsningsåtgärder skulle dock ses som den sista utvägen och endast användas när det inte är möjligt att skydda den enskilde på något annat sätt. Åtgärderna skulle inte vara mer omfattande och ingripande än nöd-

[44] Det föreslogs inte något krav på prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt.
[45] Muntlig förhandling skulle vara huvudregel.

vändigt för att undvika den aktuella risken och alltid kunna försvaras med etiska och behandlingsmässiga motiv. Åtgärderna skulle inte få användas för att minska behovet av personal.[46]

Lagrådsremissen

Utredningens förslag ledde så småningom i vissa delar fram till en lagrådsremiss i november 2012, *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*. I lagrådsremissen föreslogs en ny lag om ”vissa tvingande skyddsåtgärder inom socialtjänsten”. Lagen skulle reglera möjligheten för en socialnämnd att fatta beslut om att vissa tvingande skyddsåtgärder inom socialtjänsten får vidtas mot en person med demenssjukdom. Ett beslut om tvingande skyddsåtgärd kunde fattas om den som beslutet avsåg beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen i form av särskilt boende, dagverksamhet eller hemtjänst och om denne, till följd av sin demenssjukdom, saknade förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till behov av vissa åtgärder och frivilliga åtgärder visat sig otillräckliga. Vidare skulle krävas att åtgärden var nödvändig för en god och säker omsorg. I lagen framgick vilka åtgärder som skulle vara tillåtna. Uppräkningen avsågs vara uttömmande.

Regeringen anförde bl.a. följande. Tvingande skyddsåtgärder kan ibland behöva användas för att skydda den demenssjuke från en allvarlig skada och sådana åtgärder måste ha ett tydligt lagstöd så att de som arbetar i vården inte ska behöva känna osäkerhet om vad som är tillåtet. Insatserna för personer med nedsatt beslutsförmåga är vanligen av sådan kvalitet att de erbjuder ett gott skydd för de berörda. Det är när någon avböjer ett erbjudande om hjälp eller avsäger sig hjälpinsatser utan att förstå innebörden av sitt ställningstagande som situationen kan medföra risk för allvarlig skada. Ställföreträdare eller myndigheter kan inte kompensera för den nedsatta beslutsförmågan och besluta mot personens uttryckta eller på annat sätt visade vilja. I många fall har anhöriga, personal eller andra i omgivningen genom att handla i strid mot personens vilja kunnat förhindra att personen själv eller någon annan akut kommit till skada. I många andra fall har risk för allvarliga skador kunnat undvikas

[46] SOU 2006:110 s. 30 f.

genom att anhöriga eller personal med övertalning och lirkande lyckats förmå personen att överge sitt motstånd.

Avgörande för att hjälpa dem med nedsatt beslutsförmåga ansågs dock i första hand vara tillgången till personal, personalens kunskap, arbetsmetoder och motivation, utvecklingen av olika hjälpmedel, lokalernas utformning samt arbetsorganisationen.

Under övervägandena anförde regeringen bl.a. följande.[47]

> I den lagstiftning som reglerar socialtjänsten och hälso- och sjukvården betonas starkt personens frivillighet och krav på samtycke från denne. De lagarna ger inte något utrymme för tvångsåtgärder. Det har, med undantag för det ytterst begränsade utrymmet för ansvarsfrihet enligt 24 kap. brottsbalken, hittills saknats stöd i lag för att vidta tvingande skyddsåtgärder. … Det utrymmet är otillräckligt för att klara de många situationer som uppstår i vardagen i omsorgen om personer med demenssjukdom. I det praktiska omsorgsarbetet hamnar avgörandet ofta i händerna på personalen som i akuta situationer måste försöka lösa de problem som uppstår. En anhörig, god man eller annan företrädare har inte stöd i lag för att ge tillstånd för sådana åtgärder mot personens vilja. Användningen av åtgärder mot personens vilja i syfte att skydda den demenssjuke själv eller andra från att komma till skada kan innebära att personen utsätts för ett tvång som saknar stöd i lag.

Regeringen instämde i utredningens bedömning att det inte är realistiskt att anta att alla personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom kommer att kunna ges omsorg helt utan inslag av tvingande skyddsåtgärder, t.ex. begränsningar av rörelsefriheten eller inskränkningar i integritetsskyddet. I vissa fall kommer personalen att behöva genomföra omsorg utan personens samtycke, och ibland även mot dennes vilja, för att kunna ge nödvändig omsorg och för att kunna förhindra allvarlig skada. Regeringen ansåg att det behövs en lagstiftning som reglerar användningen av tvingande skyddsåtgärder. Tvingande skyddsåtgärder skulle endast användas när andra former av stöd, omsorg och vård inte räcker till. Ingreppet skulle göras så kortvarigt och skonsamt som möjligt med största möjliga hänsyn till personens självbestämmanderätt och integritet.

Regeringen uttalade sig särskilt om s.k. pejlingsanordningar:[48]

> När en person bedöms kunna klara sig själv ute med stöd av pejlingsanordning respektive kunna vistas i sin bostad eller i en dagverksamhet med stöd av en larmanordning så kan personen förhålla sig passiv till eller godta sådana anordningar. I fråga om användning av pejlings-

[47] Lagrådsremissen s. 44 f.
[48] Lagrådsremissen s. 48.

utrustning omfattas inte denna åtgärd av bestämmelsen i 2 kap. 6 § första stycket RF, utan av paragrafens andra stycke. Enligt andra stycket är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning och kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

Användning av pejlings- eller larmanordning mot en persons vilja får enligt regeringens mening anses utgöra ett betydande intrång i den personliga integriteten som innebär övervakning av den enskildes personliga förhållanden. Regeringen anser att användningen av dessa åtgärder bör lagregleras för de fall där frivilliga åtgärder inte är tillräckliga därför att den demenssjuke motsätter sig dessa. I andra fall bör det uppmärksammas att t.ex. ett larm faktiskt kan utgöra ett hjälpmedel och en nödvändig förutsättning för att personen ska kunna bibehålla sitt självbestämmande och promenera på ett säkert sätt. En sammanvägd bedömning leder till att regeringen anser att det inte är ett betydande intrång i de fall den enskilde förhåller sig passiv eller godtar åtgärden.

Regeringen ansåg alltså att när den sjuke förhåller sig passiv, borde åtgärden anses frivillig och därmed inte utgöra ett betydande intrång i den personliga integriteten. Slutsatsen skulle i annat fall bli att ingen med svår demenssjukdom kan få hjälp i sådana situationer, utan att alla åtgärder måste beslutas som tvingande skyddsåtgärder. Det skulle medföra risk för att verksamheterna strävar efter ett så omfattande tvångsbeslut som möjligt för varje person för att undvika gränsdragningsproblem och eventuell kritik för omsorgsbrister. Ett sådant ställningstagande skulle också leda till att ett eventuellt samtycke alltid skulle sakna betydelse. Det skulle vara problematiskt i förhållande till socialtjänstlagens bestämmelser om frivillighet, integritet, självbestämmande och värdighet, framhöll regeringen.

Lagrådet ifrågasatte dock remissens beskrivning av gällande rätt i vissa delar. Det första som därvid lyftes fram var 2 kap. 6 § RF. Lagrådet framhöll att skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp gäller endast gentemot det allmänna. Vård och omsorg om personer med demenssjukdom utövas emellertid inte endast av det allmänna utan också i annan form. I förhållande till sådan vård och omsorg gäller inte RF utan bedömningen av om åtgärder är tillåtna får göras med stöd av vanlig lag. När det gäller förhållandet mellan enskilda handlar det om straffbestämmelser, främst bestämmelserna om brott mot liv och hälsa och mot frihet och frid i 3 och 4 kap. brottsbalken.

Det andra som lagrådet ifrågasatte var beskrivningen av det straffansvarsfria området. I remissen gjordes gällande att utrymmet för sådan ansvarsfrihet skulle vara ytterst begränsat och det berördes

inte att det vid sidan av ansvarsfrihetsreglerna i brottsbalken även finns oskrivna ansvarsfrihetsregler som brukar behandlas under beteckningen social adekvans.[49] Lagrådet menade att det är svårt att säga hur långt som de aktuella ansvarsfrihetsreglerna sträcker sig. När det gäller åtgärder av det slag som remissen tog sikte på – dvs. åtgärder som syftar till att skydda personer som saknar beslutskompetens mot allvarlig skada – fann dock lagrådet det antagligt att det vid ett eventuellt åtal mot en enskild som tar hand om en demenssjuk, efter vederbörlig behovs- och proportionalitetsbedömning, skulle finnas ett betydande utrymme för ansvarsfrihet. Det måste beaktas att det för att en gärning ska anses ansvarsfri som socialadekvat, på motsvarande sätt som vid nöd, knappast kan krävas att gärningen varit den lämpligaste åtgärden utan endast att den inte varit oförsvarlig med hänsyn till omständigheterna. Lagrådet instämde dock i att lagstödet för att vidta tvingande skyddsåtgärder är begränsat, i vart fall när det inte gäller akuta situationer, och ifrågasatte inte värdet av en tydlig lagreglering i och för sig.[50]

Någon proposition kom dock inte att läggas fram. Regeringen menade att en lagstiftning riskerade att komma i konflikt med den positiva utvecklingen inom demensområdet, vilken man i första hand ville stödja och säkra.[51] I stället fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp utvecklingen av vården och omsorgen om vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga.[52] Uppdraget skulle svara på om vården och omsorgen behöver stöd för att förebygga och undvika tvångs- och begränsningsåtgärder och i så på vilket sätt. Svenskt Demenscentrum i uppgift att ta fram en handbok om hur tvångs- och begränsningsåtgärder kan undvikas[53] och IVO fick i uppdrag att göra verksamhetstillsyn vad gäller tvångs- och begränsningsåtgärder.[54] Socialstyrelsen ansåg i sin slutrapport att det fanns skäl att överväga en fördjupad analys inom ramen för en rättsutredning, bl.a. i fråga om ny teknik och om vilka typer av samtycken som går att tillämpa inom vård och omsorg. Först borde man emellertid vänta in Utredningen om besluts-

[49] Lagrådet hänvisade beträffande social adekvans till NJA 2009 s. 776 och avsnitt 3.8 i Asp, Ulväng & Jareborg (2013) *Kriminalrättens grunder*.
[50] Av 2 kap. 5 § socialtjänstlagen framgår att kommunen inte får överlämna uppgifter som innefattar myndighetsutövning till exempelvis ett bolag.
[51] Socialstyrelsen (2015c). Se s. 9.
[52] 2013/4018/FST. Jfr Socialstyrelsen (2015c).
[53] Beslut S2103/4019/FST.
[54] Regleringsbrev för Inspektionen för vård och omsorg för 2014.

oförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning, se nästa avsnitt.[55]

Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning

Utredningens betänkande

I juni 2012 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att lämna förslag till en enkel och ändamålsenlig reglering avseende personer som på grund av att de är beslutsoförmögna helt eller delvis saknar möjlighet att fullt ut vara delaktiga eller på annat sätt utöva sitt självbestämmande i situationer då detta förutsätts inom hälso- och sjukvård, tandvård eller forskning.[56] Utredningen skulle bl.a. ta ställning till när, av vem och hur det ska avgöras när beslutsoförmåga föreligger, ta ställning till vem som ska fatta beslut för en enskild vid sådan beslutsoförmåga, möjligheter till överklagande och liknande, samtidigt som den föreslagna ordningen utifrån ett verksamhetsperspektiv inte fick bli alltför komplicerad. Den föreslagna regleringen fick enligt direktiven inte innefatta några tvångsåtgärder. Vidare framgår att förslag på omsorgsområdet skulle lämnas endast om det fanns ”synnerliga skäl” (s. 14). Fokus låg med andra ord inte på socialtjänstområdet. Det framgår inte vad orsaken till detta var.

I sitt betänkande *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning* (SOU 2015:80) föreslog utredningen en ny lag: lagen om stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till hälso- och sjukvård och omsorg (LSH), att tillämpas i både offentligt och enskilt bedriven verksamhet. Lagen skulle inte ge stöd för tvång eller frihetsberövanden och inte heller tillämpas i fråga om åtgärder som innefattar betydande intrång i den personliga integriteten och innebär övervakning eller kartläggning av enskildas personliga förhållanden.[57] Man eftersträvade att bestämmelserna, så långt möjligt och lämpligt, skulle vara gemensamma för hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. I vissa avseenden ansågs det dock ofrånkomligt med skilda lösningar.

[55] IVO (2015), s. 7 f.
[56] Dir. 2012:72 Beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning.
[57] Inte heller skulle den tillämpas i akuta nödsituationer (jfr 4 kap. 4 § patientlagen).

En person skulle anses ha behov av en företrädare om han eller hon behöver hjälp vid ett ställningstagande i en fråga som gäller hans eller hennes hälso- och sjukvård eller omsorg på grund av att personen uppenbarligen inte har förmåga att

1. förstå den information som är relevant för ställningstagandet,
2. överväga olika beslutsalternativ,
3. ta ställning i frågan i enlighet med de gjorda övervägandena, eller
4. skriftligen, muntligen eller på annat sätt visa vilken inställning han eller hon har i frågan.

Bedömningen av hjälpbehovet skulle alltid föregås av ett övervägande i det enskilda fallet och fick inte enbart grunda sig på en viss funktionsnedsättning eller diagnos. Genom att uppställa objektiva kriterier för bedömningen skulle säkerställas och tydliggöras att en person inte ska anses ha behov av en företrädare enbart av det skälet att han eller hon avser att fatta ett beslut som andra uppfattar som oklokt, oförnuftigt eller omdömeslöst.

Gällande vanlig omvårdnad anförde utredningen bl.a. följande.[58] Av bl.a. rimlighetsskäl och effektivitetsskäl måste, enligt vår mening, vissa vardagliga och rutinbetonade åtgärder få vidtas av ansvarig personal utan att formaliserade beslut fattas och företrädare involveras. Även om en person inte kan ta ställning i en fråga själv (efter att ha fått lämpligt stöd m.m.), och således som utgångspunkt skulle ha behov av en företrädare, ska därför personen inte anses ha behov av en sådan vid ett ställningstagande i en fråga om en löpande omvårdnadsåtgärd. Detsamma ska gälla vid ett ställningstagande i en fråga om hälso- och sjukvård eller vid genomförande av omsorg, som med hänsyn till art, omfattning och övriga omständigheter framstår som mindre ingripande eller som saknar ingripande karaktär.

Inom hälso- och sjukvården skulle ett beslut om att en person har behov av en företrädare fattas av en legitimerad läkare. Bedömningarna kunde lämpligen göras i team bestående av personal från olika yrkesgrupper inom vården och, i vissa fall, även från omsorgen. Inom socialtjänsten skulle beslutet formellt fattas av den som bedriver verksamheten. Tanken var att beslutanderätten skulle kunna delegeras, t.ex. till den som är ansvarig för att handlägga och besluta

[58] SOU 2015:80 s. 38.

i ett ärende gällande en insats för den enskilde. Vidare skulle ett beslut, som inte ska fattas av en legitimerad läkare, grunda sig på intyg utfärdat av en sådan läkare eller annan likvärdig utredning.

När en person ansetts ha behov av en företrädare i en fråga skulle denne som utgångspunkt representeras i första hand av en framtidsfullmäktig, och i andra hand av en närstående till honom eller henne enligt följande turordning: make eller sambo, barn, barnbarn, föräldrar, syskon och slutligen annan närstående.

I de fall företrädaren skulle ta ställning för personens räkning skulle denne till grund för sitt ställningstagande i princip lägga personens inställning så som denna skulle ha varit, om personen hade haft förmåga att själv ta ställning vid den aktuella tidpunkten (*förmodad vilja*). Inför ställningstagandet skulle företrädaren så långt som möjligt samråda med personen och göra honom eller henne delaktig och ta hänsyn till vad han eller hon då ger uttryck för. Om företrädaren inte kunde bilda sig en uppfattning om personens förmodade vilja, skulle i stället *personens bästa* utgöra grund för ställningstagandet.

Beträffande social omsorg skulle företrädaren enligt 29 § LSH, så långt som möjligt i samråd med personen, i hans eller hennes ställe

1. ansöka om eller begära insatser och företräda personen vid handläggning av ärenden som rör insatser,
2. ta ställning till om samtycke till en viss åtgärd vid genomförandet av insatsen ska lämnas, och
3. ta ställning i frågor i övrigt som gäller hans eller hennes omsorg.

Som redan nämnts skulle dock ställföreträdaren inte behöva fatta beslut när det gällde löpande omvårdnadsåtgärder.

Remissutfallet

Remissutfallet var blandat. En återkommande kritik handlade om att utredningens förslag inte löser problemen och att det behövs en tydlig reglering som ger utrymme för flexibilitet i olika situationer som kan uppstå. Nedan återges en del av synpunkterna.

Socialstyrelsen tillstyrkte lagförslaget, men framhöll bl.a. behovet av ytterligare vägledning om när en åtgärd blir övervakning eller kartläggning mot bakgrund av att viss välfärdsteknik kan falla in under

området för 2 kap. 6 § andra stycket RF. Om tillsyn via kamera eller användande av sensorer för att upptäcka att någon ramlat i hemmet anses innefatta betydande intrång i den personliga integriteten och innebära övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden, blir innebörden att personer med nedsatt beslutsförmåga inte kan få del av sådana insatser eller åtgärder. Socialstyrelsen ifrågasatte om det är en acceptabel avgränsning, då det leder till att personer med nedsatt beslutsförmåga riskerar att inte kunna få del av samma insatser eller åtgärder som personer med beslutsförmåga. Även sådana åtgärder borde därför kunna falla inom ramen för de ställningstaganden som företrädaren ska kunna göra, ansåg Socialstyrelsen. Om den enskilde ger uttryck för att motsätta sig åtgärden får dock åtgärden inte ske.

Dåvarande *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* ansåg inte att förslagen var ändamålsenliga och praktiskt användbara när det gäller tämligen vanliga situationer som uppstår i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslagen ansågs alltför teoretiska. SKL anförde att det krävs mer funktionella bestämmelser om de ska gå att tillämpa i det vardagliga vård- och omsorgsarbetet. Det behövs ett tydligt lagstöd för att en företrädare ska kunna samtycka till vissa åtgärder som är nödvändiga för att en enskild inte ska lida och fara illa, även när den enskilde ger uttryck för visst motstånd. I vissa situationer krävs att det görs något för att beslutsoförmögna inte ska fara illa. Det kan handla om att hindra en person från att gå ut utan kläder mitt i vintern eller att ge medicin när personen motsätter sig detta. För vissa personer är det en del av sjukdomsbilden. Möjligheten för beslutsoförmögna att neka insatser (eller vård) kan i värsta fall leda till att personer i behov av omsorg (eller vård) får leva i misär. Det finns en risk att de avgränsningar som gjorts i utredningen inte löser några problem utan bara ger upphov till ytterligare administration. SKL ansåg att kartläggning, tillsyn och övervakning som naturligt förekommer inom vården inte omfattas av begreppen ”övervakning” och ”kartläggning” i 2 kap. 6 och 8 §§ RF. Det leder tanken fel att använda dessa begrepp för verksamheter som syftar till att vårda och skydda utsatta för att de inte ska lida eller fara illa.

Riksdagens ombudsmän (JO) ansåg att förslaget i sin nuvarande form inte borde leda till lagstiftning. JO hade i sin tillsyn inte uppmärksammat några mer påtagliga problem med att enskilda inte fått rätt vård eller omsorg på grund av att personen inte själv kunnat

lämna samtycke till en föreslagen insats eller åtgärd. JO instämde dock i att det är en brist i lagstiftningen att det inte reglerats hur situationen ska hanteras när den enskilde inte själv kan samtycka till föreslagna åtgärder. Den föreslagna lagregleringen ansågs emellertid alltför komplicerad. Reglerna torde dessutom i praktiken komma till användning endast i begränsad omfattning, anförde JO. Vidare ansågs inte tillräcklig hänsyn ha tagits till den enskildes rättssäkerhet. Riskerna med att ge närstående en legal rätt att besluta i den enskildes ställe ansågs kräva noggrannare överväganden.

Enligt JO måste man fråga sig om inte den enskildes rättssäkerhet bättre tillgodoses om beslutanderätten inom vård och omsorg läggs på den medicinska professionen respektive ansvariga för omsorgen, samtidigt som den enskildes inställning till den aktuella åtgärden eller insatsen naturligtvis så långt som möjligt måste klarläggas. Vid bedömningen borde då även anhöriga och i förekommande fall företrädare involveras och deras uppfattning om vad som är den enskildes önskemål och vad som är den enskildes bästa väga tungt.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ifrågasatte utredningens definition av tvång och ansåg dessutom att utredningen inte fullt ut hade lyckats uppfylla intentionen att regelverket skulle vara tydligt och enkelt att förstå och tillämpa. IVO konstaterade att det råder stor ovisshet i fråga om hur inblandade parter ska och får agera när vård- och omsorgspersonal möter personer med bristande förmåga att förstå och samtycka till olika insatser. IVO såg för sin del alltjämt ett behov av en lagstiftning som till viss del möjliggör tvång.

Flera kommuner och landsting, bl.a. Göteborgs stad, uttryckte att utredningen misslyckats med att lämna ett enkelt och ändamålsenligt förslag. Det presenterade förlaget ansågs som en teoretisk produkt som inte kan tillämpas i verkligheten, ”i linjen”. Vissa remissinstanser, bl.a. Förvaltningsrätten i Umeå, framhöll risken för tvister om vem bland de anhöriga som ska vara en persons företrädare, särskilt när anhöriga har olika uppfattning om lämpliga åtgärder. Förvaltningsrättens erfarenhet var att det inte var alltför ovanligt att det råder delade meningar mellan anhöriga i sådana frågor. Det lämnas åt ”personalen” att lösa sådana konflikter.

Patientmaktsutredningen

Utredningens betänkande

Patientmaktsutredningen skulle lämna förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kunde stärkas. I januari 2013 lämnades utredningens delbetänkande *Patientlag* (SOU 2013:2).

Patientmaktsutredningen föreslog att en patient ska få den hälso- och sjukvård som behövs för avvärjande av fara som akut hotar patientens liv eller hälsa även om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av annan orsak inte kan utredas. En sådan regel infördes senare i 4 kap. 4 § patientlagen.

Vidare föreslogs att, när en patient inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård, vården ska ges utifrån en bedömning av vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet. Bestämmelsen skulle alltså täcka även icke-akuta situationer, utan många gånger fortlöpande, ofta långvariga vårdinsatser. Utredningen ansåg det borde finnas tid till att göra de bedömningar som krävs för att utröna vad som kan anses vara i patientens intresse när patienterna vårdas i sitt ordinarie hem eller i särskilt boende. Att göra en bra bedömning av den enskildes bästa kräver god personkännedom om patienten. Beslut om hälso- och sjukvårdsåtgärder utifrån patientens bästa skulle därför lämpligen kunna fattas av ett team av hälso- och sjukvårds- och omsorgspersonal, som tillsammans har övervägt den enskildas behov samt hur behoven ska tillgodoses, menade utredningen. Bedömningen skulle göras löpande, dvs. omprövas regelbundet utifrån patientens egen inställning till vården och eventuell ny kunskap som kan påverka uppfattningen om vad som är den enskildes bästa. Patientens inställning till åtgärden skulle så långt möjligt klarläggas (SOU 2013:2 s. 179 f).

Utredningen anförde vidare bl.a. följande.

> Patientens egen inställning till den aktuella åtgärden ska så långt det är möjligt klarläggas och vara vägledande i beslut om vård. Den enskildas integritet ska värnas. Även patienter som exempelvis är dementa kan i vissa fall uttrycka en vilja om sin vård och behandling, genom ord, handlingar eller kroppsspråk i en aktuell situation. Socialstyrelsen har i Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom lämnat centrala rekommendationer om personcentrerad omvårdnad. … En person som regelmässigt säger nej till alla frågor som ställs honom eller henne kan inte säkert anses ha en i sig negativ inställning till vårdåtgärden bara för att han eller hon säger nej till behandling. Alla dessa aspekter måste vägas in i den samlade bedömningen.

Tanken var att de nya bestämmelserna skulle kompletteras alternativt ersättas av de lagförslag som Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning (S 2012:06) skulle komma att lämna. Patientmaktsutredningen framhöll att i brist på lagbestämmelser på området saknar hälso- och sjukvården och dess personal tydlig vägledning om på vilka grunder vård ändå kan ges till personer som saknar förmåga att samtycka till vården. Bristen på reglering av vad som ska gälla när patienten inte kan lämna samtycke eller vara delaktig i beslutsfattandet ansågs ”ytterst otillfredsställande” (s. 180). Patientmaktsutredningen fann därför skäl att i väntan på den andra utredningens förslag föreslå en reglering av vad utredningen hade uppfattat ändå utgjorde praxis inom hälso- och sjukvården för dessa patienter.

Remissutfallet

Remissinstanserna hade i regel inget att invända i sak mot Patientmaktsutredningens förslag om vård till patienter med varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Flera framhöll dock att tidpunkten för en lagändring var illa vald, då en annan statlig utredning skulle se över bl.a. detta, bl.a. Justitiekanslern (JK) och JO, som båda ansåg att man borde avvakta resultatet av Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning (S 2012:06) som då pågick.

Socialstyrelsen tillstyrkte i huvudsak förslaget gällande hälso- och sjukvård utifrån en bedömning av patientens bästa (för patienter med varaktigt nedsatt beslutsförmåga), dock med följande tillägg:

Av den allmänna motiveringen till förslaget om bestämmelsen framgår att beslut om hälso- och sjukvårdsåtgärder utifrån patientens bästa kan fattas av ett team av hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal. Socialstyrelsen anser att det inte är lämpligt med ”kollektiva beslut”. Enligt 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen bär hälso- och sjukvårdspersonal själv ansvaret för hur hon eller han fullgör sina arbetsuppgifter. Det föreligger således ett personligt ansvar i förhållande till yrkesutövandet. Det är också problematiskt hur ett kollektivt beslut ska dokumenteras då det är den som är skyldig att föra journal och signera denna som bär ett ansvar för att innehållet i anteckningen är riktig. Om det fattas ett kollektivt beslut går det

inte att i efterhand utröna vem som har bidragit med vad i ställningstagandet. Inte heller finns det någon som har helhetsansvaret för vare sig bedömningen av patientens behov eller för vidtagna åtgärder. Risken finns också att dessa väsentliga ställningstaganden och beslut om åtgärder inte dokumenteras i patientens journal eftersom det inte finns någon utpekad person som bär ansvaret för journalföringen. Då ett av syftena med patientjournalen är att bidra till en god och säker vård av patienten vore det olyckligt om patientens nästa behandlare inte kan utläsa vilka bedömningar som har gjorts och vilka insatser som har beslutats. Detta skulle i sig utgöra en stor patientsäkerhetsrisk. För såväl anhöriga som patienter kan det te sig osäkert att inte veta vem som har beslutat om insatser och vem man kan vända sig till med frågor om hälsotillståndet eller behandlingen. Det bör också regleras i patientdatalagen att bedömningarna ska dokumenteras i journalen. Detta är viktigt när patienten själv saknar förmåga att uttrycka sin vilja klart och tydligt.

Socialstyrelsen såg också en risk för tvångs- eller begränsningsåtgärder som saknar stöd i lag. Det lämpligaste vore därför att invänta den pågående utredningen (dvs. S 2012:06), menade Socialstyrelsen. Vidare avstyrkte Socialstyrelsen förslaget om verkställighetsföreskrifter om samtycke med hänvisning till att samtyckesfrågor av denna karaktär av rättssäkerhetsskäl borde regleras i lag.

IVO hade inga synpunkter på betänkandet över huvud taget.

Utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen

Enligt direktiven skulle utredaren bl.a. lämna förslag på hur välfärdsteknologi kan användas för en ökad kvalitet och effektivitet. Utredaren lämnade betänkandet ”Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer” 2017.[59] Där framgår bl.a. följande.

På en övergripande nivå ansågs det önskvärt att välfärdsteknik kan användas inom vården och omsorgen om äldre personer i större omfattning men det måste ske inom ramen för vad som är etiskt och rättsligt möjligt och lämpligt.[60] Utredaren framhöll att mycket av det som diskuteras utgör välfärdsteknik som används som ett verktyg vid utförandet av insatser. Socialtjänsten behöver därför ha tydliga

[59] Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (2017). *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 & Del 2.* (SOU 2017:21).
[60] SOU 2017:21 s. 619 f.

rutiner för vad som behöver klargöras beträffande den äldre personens inställning till välfärdsteknik redan i samband med biståndshandläggningen.[61] Frågan är också hur det bäst säkerställs att den äldre personen får ett verkligt inflytande på frågan om användning av viss välfärdsteknik oavsett om den utgör bistånd eller en del i verkställigheten av biståndsbeslutet. Även om välfärdstekniken används som en del i utförandet, ska när så krävs alltid göras överväganden utifrån individuella förutsättningar och den enskildes vilja. Det är viktigt att det finns ett tydligt förhållningssätt och rutiner som stöd för avgörande om vad som kan begäras som bistånd och vad som utgör en del av verkställigheten.

Gällande samtycke till välfärdsteknik framhölls att det för socialtjänstens del inte finns några bestämmelser om former för samtycke som numera finns för hälso- och sjukvårdens del, i patientlagen. Det innebär att det exempelvis i särskilda boenden finns olika tillämpningar för samtycke i verksamhet som styrs av såväl socialtjänstlagen som HSL. Enligt utredarens mening rådde dessutom oklarhet om utrymmet för hypotetiskt eller presumerat samtycke i socialtjänstens verksamhet. Utredaren nämner att IVO i ett tidigare bedömningsstöd ansett att ett hypotetiskt samtycke kan godtas för vissa tekniska lösningar under vissa begränsade förutsättningar. Utredaren ansåg dock att den frågan behövde utredas vidare.

I fråga om kameraövervakning konstaterades att det varken i socialtjänstlagen, HSL eller patientlagen finns någon bestämmelse om proportionalitetsavvägning (jfr då gällande kameraövervakningslagen). Även frågan om hur krav på samtycke förhåller sig till beslut som bygger på överviktsprincipen ansågs behöva utredas vidare.

Sammanfattningsvis förordades därför att en särskild utredning skulle se över de rättsliga förutsättningarna när det gäller användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Med anledning av detta beslutade regeringen om direktiven för förevarande utredning.

[61] SOU 2017:21 s. 622.

8.6 Överväganden om behovet av lagreglering gällande vård och omsorg till enskilda med nedsatt beslutsförmåga

8.6.1 Två huvudsakliga modeller för tillhandahållandet

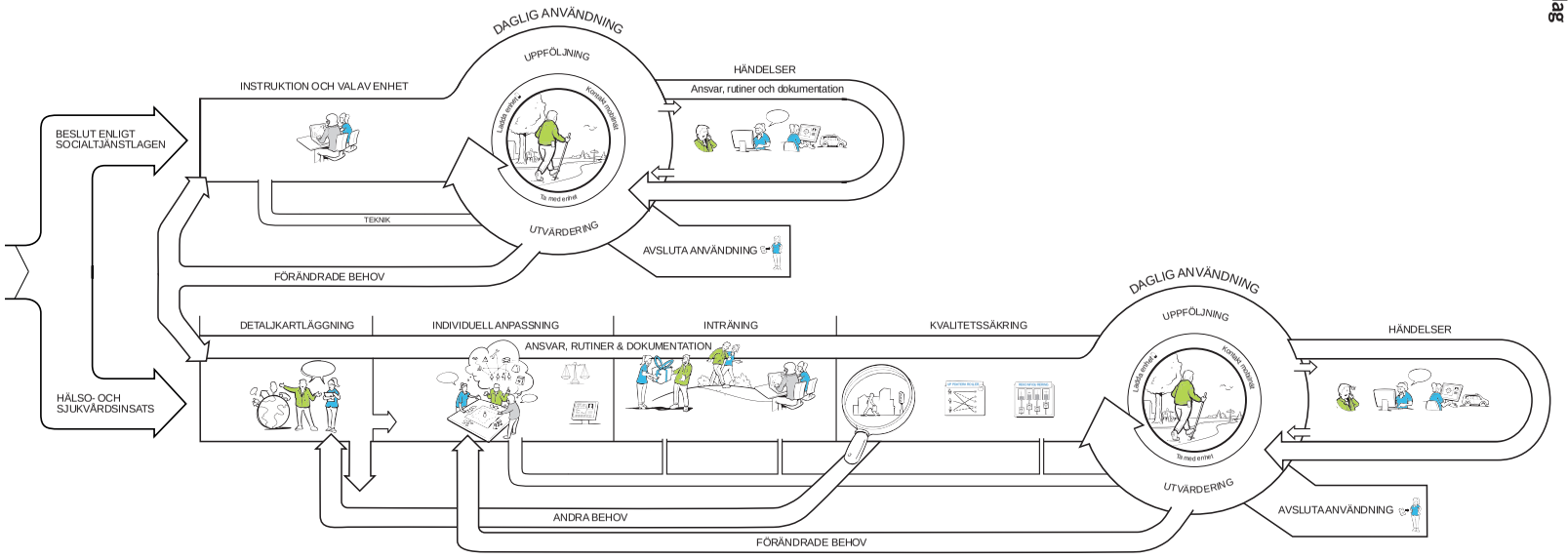
En ”HSL-modell” och en ”SoL-modell”

En utgångspunkt som vi har haft i utredningsarbetet är att de förslag som utredningen lägger så långt som är möjligt och lämpligt ska kodifiera dagens bästa praxis och inte upplevas verksamhetsfrämmande. Eftersom rättsläget är oklart, har vi därför undersökt hur kommunerna gör i dag vid tillhandahållandet av välfärdsteknik.

Vi har gjort iakttagelsen att kommuner tillhandahåller välfärdsteknik *antingen* genom ett beslut om bistånd enligt 4 kap. socialtjänstlagen (ibland i själva beslutet och ibland som del av genomförandet av en hemtjänstinsats eller i särskilt boende) *eller* som en hälso- och sjukvårdsinsats som förskrivs av exempelvis sjuksköterska eller arbetsterapeut. Enligt vad utredningen erfar är det vanligt att kommuner som arbetar med välfärdsteknik väljer förfaringssätt utifrån om personen ifråga har kognitiv svikt eller ej. Om personen lider av kognitiv svikt väljer man ”HSL-spåret”. Detta innebär ibland att behovsbedömningen görs av ett team med flera kompetenser. Bakom förskrivningsbeslutet står dock en ansvarig förskrivare. Förskrivningen sker på förskrivarens yrkesansvar och i linje med vad som gäller för hjälpmedel för det dagliga livet (ofta är det en arbetsterapeut som gör detta och denne använder sig då av samma arbetsmetod som man gör när det gäller andra hjälpmedel). Ibland går skiljelinjen mellan om personen bor kvar hemma eller om personen bor i särskilt boende – beroende på hur personen bor ska antingen arbetsterapeut eller biståndshandläggare kontaktas.[62] I särskilt boende ska detaljkartläggning göras av vårdteamet och en arbetsterapeut/sjuksköterska beslutar om tekniken som en skydds- och begränsningsåtgärd. Vi har inte sett något exempel på att välfärdsteknik beviljas genom förenklad biståndshandläggning, men däremot att biståndshandläggaren överlämnar till utföraren att ta ställning till hur insatsen ska utformas, t.ex. om teknik ska användas. Dokumentationen ska i sådant fall framgå av genomförandeplanen.

[62] Bl.a. Nora kommun, som också gör en skillnad mellan om personen själv kan definiera sina behov eller ej.

Figur 8.2 SoL-spåret respektive HSL-spåret



Källa: Utvecklingssamverkan GPS-larm, Posifon AB med inspiration från SINTEF rapport A27154 och projekt Trygge spor. Grafisk illustration: © SINTEF/Splinter.

Vi har kunnat ta del av kommuners rutiner och processkartor med de två olika spåren. Valet av spår beror i korthet av om individen har särskilda behov eller kognitiv svikt, ett ställningstagande som föregåtts av en generell behovskartläggning, med hjälp av exempelvis instrumentet IBIC som Socialstyrelsen tagit fram för att användas vid biståndsbedömningar. Om behovskartläggningen leder fram till att ”HSL-spåret” ska tillämpas ska därefter ske detaljkartläggning, individuell anpassning, inträning, kvalitetssäkring följt av uppföljning och utvärdering, beroende på hur behoven för den enskilde utvecklas. Allt detta ansvarar då förskrivaren för även om personen i praktiken kan följas upp av ett team med olika kompetenser, kanske i samband med samordnad individuell planering eller på ett boende.

Ett skäl till att kommuner kan ha som riktlinje att låta endast HSL-personal bedöma och ansvara för välfärdsteknik till personer med kognitiv svikt eller särskilda medicinska behov torde vara en önskan om att få patientsäkra behovsbedömningar och en tätare uppföljning än vad som blir fallet om ansvaret ligger på socialtjänsten. Biståndshandläggare har i normalfallet ingen medicinsk kompetens och heller inget personligt yrkesansvar för sina beslut. Samtidigt står det i tydligare konflikt med gällande rätt än vad ”SoL-spåret” gör. Därmed inte sagt att modellen inte är patientsäker.

I exempelvis Karlskrona kommun finns en process för aktiva och passiva mobila trygghetslarm beskriven, som utredningen har fått ta del av. Vid aktiva larm, alltså där personen bedöms kunna larma själv, ska biståndshandläggaren fatta ett beslut enligt socialtjänstlagen. För passiva larm gäller HSL-förskrivning som metod; förskrivande legitimerad HSL-personal utreder personens behov och dokumenterar i journalen.[63]

En del kommuner, bl.a. Skellefteå, använder sig av ett beslutsstöd som tagits fram av Lars Sandman, professor vid Linköpings universitet med fokus på bl.a. etisk analys av vårdens metoder. Stödet framgår i en skrift från MFD från 2015, *Etik och nedsatt beslutsförmåga. Etisk bedömning vid användning av välfärdsteknologi för personer med nedsatt beslutsförmåga*. Frågeformuläret följer en struktur som vägleder den som ska göra en bedömning fram till ett välgrundat beslut. Om personen har en permanent nedsatt beslutsförmåga och inte kan ta ställning till beslutet om att använda tekniken eller inte, finns ett antal överväganden som kan behöva göras. Det kan handla om hur

[63] Rutindokumenten som rör larm är självfallet mer omfattande än vad som här beskrivits.

stort problemet anses vara utifrån personens tidigare inställning, hur värdefulla de effekter som tekniken kan ha för personen eller hur personen tidigare sett på de begränsningar eller sidoeffekter som tekniken kan ha. Detta kan ge viss vägledning till hur personen ställer sig till tekniken, samtidigt som det måste betonas att personen kan ha ändrat sig eller att situationen och personens förutsättningar har ändrats så mycket att personens inställning inte längre gäller. I sammanhanget kan man även ställa tekniken i relation till det man vet om personens identitet eller självbild för vägledning. Kan tekniken stärka personens självbestämmande eller självständighet eller innebär den ytterligare begränsningar av personens möjlighet att agera på egen hand? En viktig etisk frågeställning är om tekniken inkräktar på personens egen sfär på något sätt och om den i så fall är mer inkräktande än alternativa åtgärder. Samlar tekniken in och hanterar känslig information om personen? Är det något som kan anses rimligt med tanke vad tekniken kan uppnå för personen?

Figur 8.3 Hur behoven tillgodoses enligt HSL

Källa: Oskarsson, A. et al. (2020).

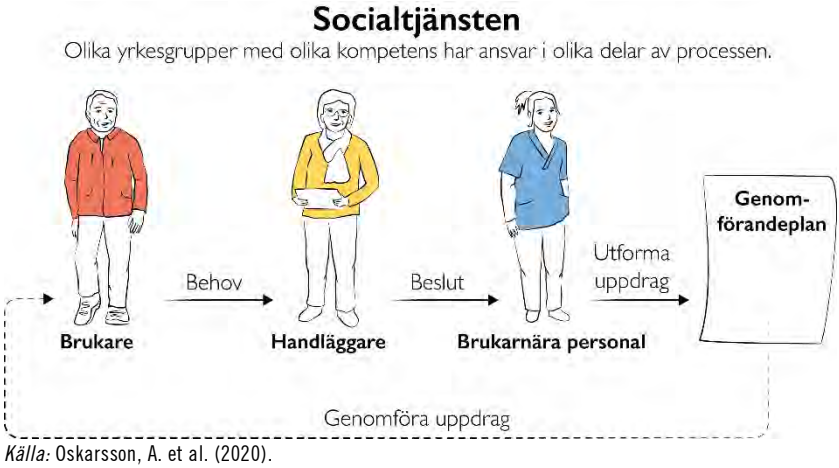
I en underlagsrapport till utredningen framgår bl.a. följande.[64] Om man jämför vad som möter en enskild uppstår skillnader beroende på om personen får stöd enligt HSL eller socialtjänstlagen. Den som får stöd enligt HSL kommer genom hela processen att träffa legiti-

[64] Oskarsson, A. et al. (2020).

merad hälso- och sjukvårdspersonal som upprättar en vårdplan där såväl mål som tillvägagångssätt är tydligt dokumenterat. Den som upprättat vårdplanen bär ansvar genom hela processen, men tar stöd av andra utförare och professioner under processen.

En enskild som får sitt behov tillgodosett genom socialtjänstlagen träffar olika yrkesgrupper i ett antal processteg från aktualisering till genomförandet i vardagen. Den enskilde får redogöra för sin situation för en biståndshandläggare som utreder ärendet och fattar beslut om rätten till stöd. Beslutet lämnas därefter till en utförare som förväntas upprätta en genomförandeplan tillsammans med den enskilde. Det dokumentet blir styrande för hur omsorgen ska ges. Den enskilde får då på nytt redogöra för sin situation. Utföraren översätter beslutet till insatser som ska svara mot de behov som behöver tillgodoses. Utföraren ska sedan självständigt följa upp förändringar i den enskildes behov och självständigt tillkalla hälso- och sjukvårdspersonal. Även biståndshandläggaren ska följa upp.

Figur 8.4 Hur den enskildes behov tillgodoses genom socialtjänstlagen



Källa: Oskarsson, A. et al. (2020).

En konsekvens som bekräftas av kommunrepresentanter är att det är vanligt att välfärdsteknik utreds av legitimerad personal trots att den skulle kunna få stor effekt inom hemtjänsten. Välfärdstekniken hamnar i stuprör mellan olika ansvarsområden. Även ambitionen att arbeta förebyggande hindras ofta av ansvarsfördelningen mellan olika yrkesroller inom kommunen. Ett exempel är att en demensdiagnos

sällan leder till att välfärdsteknik erbjuds, vilket resulterar i att tjänster ofta introduceras för sent. Det kan innebära att den enskildes vårdbehov måste tillgodoses på en högre vårdnivå.[65]

Exempel på HSL-modellen i tillämpning

Östersund

I Östersunds kommun tillhandahålls passivt larm som en hälso- och sjukvårdsinsats eftersom bedömningen är att det krävs en bedömning av kognitiva förmågor samt aktivitetsförmåga för att bedöma vilket larm som ska förskrivas och hur det ska anpassas. Förskrivningen omfattas av ”Rutin vid användning av skyddsåtgärd och förskrivning av och/eller ordination av skyddsutrustning”. Förskrivning görs av arbetsterapeut eller sjukgymnast och ska åtföljas av ordination eller egenvårdsbeslut samt dokumenteras i journal. I aktuell rutin framgår vad ordination och egenvård ska innehålla. [66]

Förskrivningen ska alltid ske i samråd med biståndstagaren, om möjligt, anhöriga och andra berörda t.ex. hemtjänst. Då det handlar om ny teknik som varken den enskilde, anhörig eller personal är insatt i är det viktigt med en noggrann introduktion av framför allt positioneringslarm. Det är också nödvändigt med en period med anpassning av produkten och miljön för att larmet ska möta behoven. I de fall då den som ska använda larmet inte kan förstå vad larmet innebär eller komma ihåg att han eller hon har samtyckt har kommunen valt att säkra samtycket genom att följa personens välmående. Om personen inte reagerar negativt på larmet eller de insatser som följer på att larm utlösts anses samtycket säkrat. Om denne däremot visar missnöje med t.ex. att personalen kommer efter ett larm, anser man att samtycke saknas. Konsekvensen av att detta är att larmet inte kan användas utan ny bedömning. Uppföljning av samtycke ska ske systematiskt under minst en månad genom att personalen på signeringslista antecknar aktuella händelser och hur individen reagerar. Vid behov förlängs denna uppföljning.

[65] Oskarsson, A. et al. (2020), s. 37.
[66] Hannertz & Malmqvist (2013). *Utvärdering av projekt. Förskrivning av larm i Östersund – ekonomi och process.* s. 15.

Av en projektrapport från Östersund från 2013[67] framgår bl.a. följande. Syftet med att använda larm är att ge ökad trygghet och säkerhet såväl för den demenssjuke som för dennes anhöriga. För den demenssjuke kan användandet av larm även bidra till att förlänga en period av självständighet. Användandet av framför allt positioneringslarm är en omtvistad fråga då den kan innebära ett intrång i den personliga integriteten. Passiva larm kan dock, rätt använda, främja självständighet för den demenssjuke och skapa trygghet för såväl den demenssjuke som anhöriga.[68] Det är nödvändigt att klargöra om de passiva larmen ska handläggas utifrån socialtjänstlagen eller HSL eftersom detta påverkar hur och vem som ansvarar för behovsbedömning, förskrivning, uppföljning, ordination/egenvårdsbeslut för produkten eller om produkten ses som ett bistånd enligt socialtjänstlagen. Förskrivning av larm till personer med demenssjukdom kräver extra tydlighet vad gäller rutiner och riktlinjer. De passiva larmen är jämförbara med ett flertal produkter som kan benämnas skyddsutrustning (bälten, bord, grindar etc. Det är nödvändigt med tydliga direktiv för att säkerställa processen för förskrivning. En säker förskrivning innebär bl.a. att man måste ta hänsyn till att den demenssjuke inte alla gånger kan ge sitt samtycke. Därför är det särskilt viktigt att direktiven tydligt beskriver hur samtycke kan säkras på annat sätt hos den demenssjuke.[69]

Här kan tilläggas att Östersunds kommun har en 10-sidig riktlinje för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder, senast reviderad under 2018. Riktlinjen ska användas av enhetschef/motsvarande och legitimerad personal. I riktlinjen framgår bl.a. följande.

Åtgärder som utförs utan ett samtycke eller där den enskilde visar ett motstånd är att betrakta som tvångsåtgärd. Tvångsåtgärder får inte förekomma. Det går ofta att förebygga och undvika situationer som riskerar att leda till att tvångs- och begränsningsåtgärder används. Grundläggande är att arbeta personcentrerat och systematiskt för att kontinuerligt utveckla vården, stödet och omsorgen för den enskilda individen. För att en åtgärd ska vara en skyddsåtgärd och inte en tvångs- och begränsningsåtgärd krävs följande:

[67] Hannertz & Malmqvist (2013).
[68] Hannertz & Malmqvist (2013), s. 4 f.
[69] Hannertz & Malmqvist (2013), s. 9.

– Den enskilde ska samtycka till åtgärden.
– Syftet med åtgärden ska vara att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde.
– Syftet med åtgärden får inte vara att kompensera för brister i verksamheten, t.ex. brister i bemanningen, personalens kompetens eller att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är lämpliga.

Enhetschefen ansvarar för att det finns en dokumenterad individuell bedömning för varje beslut om skyddsåtgärd oavsett om åtgärden utförs inom lagrummet för HSL, socialtjänstlagen eller LSS.[70] Bedömningen ska visa att åtgärderna tillgodoser den enskildes behov av t.ex. skydd, stöd, hjälp eller aktivering. Enhetschefen svarar också för att det sker en utredning för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom i BPSD-registret och fattar beslut om tillfälliga åtgärder utan utredning vid akuta situationer.

Vidare anges bl.a. följande. Endast den enskilde själv kan ge samtycke till skyddsåtgärder. Anhöriga, god man eller förvaltare kan inte ge sitt samtycke till, eller ställa krav på, att personal ska utföra vård och omsorg mot den enskildes vilja. Den enskilde kan ha olika former av kommunikationssvårigheter. Ibland kan rätt stöd och hjälpmedel ge förutsättningar för dessa personer att uttrycka sin vilja. I praktiken omprövas samtycket varje gång skyddsåtgärden används. Det gäller att vara lyhörd för personens signaler och reaktioner på åtgärden om denne har svårt att uttrycka sig.

Enhetschefen ansvarar för att det finns ett dokumenterat samtycke[71] för varje skyddsåtgärd och för att samtycket regelbundet följs upp. Ett konkluderat samtycke ska följas och dokumenteras under minst en månad från det att skyddsåtgärden påbörjas. Dokumentation ska göras på blanketten ”Uppföljning av samtycke till skyddsåtgärd.” Enhetschefen svarar också för att det finns rutiner som säkerställer att ansvarig legitimerad personal kontaktas när en person aktivt tar tillbaka ett samtycke eller på något sätt visar att hen inte samtycker till skyddsåtgärden och att varje tillfälle när en person inte samtycker till skyddsåtgärd dokumenteras under sökord ”Händelser av betydelse”.[72]

[70] Här anges att man med fördel kan använda ”Utredning innan beslut om skyddsåtgärd” i Procapitas bedömningsmodul.
[71] i Procapita.
[72] i Procapita.

Legitimerad personal ansvarar för att dokumentera samtycket i patientjournal och följa upp kontinuerligt. Vid konkludent samtycke ska samtycket följas och dokumenteras på blankett ”Uppföljning av samtycke till skyddsåtgärd” under minst en månad samt beslutas om det finns behov av fortsatt dokumentation av samtycke.

I riktlinjen nämns exempel på skyddsåtgärder: bälte till rullstol, bord och barriärer till rullstolar och hygienstolar samt sänggrind. Som exempel på passiva larm nämns rörelselarm, dörrlarm, sängvakt och gps-baserade lokaliseringslarm. Riktlinjen pekar ut vilken yrkeskategori som har förskrivar- och ordinationsansvar. I fråga om passiva larm i särskilt boende är det sjuksköterska som ska förskriva. När det gäller gps-larm eller passiva larm som används inom hemtjänsten är det i stället arbetsterapeut och fysioterapeut.[73]

Västeråsmodellen

Inom ramen för ett regeringsuppdrag 2013 angående teknisk utveckling inom vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga gav dåvarande Hjälpmedelsinstitutet Västerås stad i uppdrag att genomföra en försöksverksamhet med avseende på teknisk utveckling inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. Syftet var att målgruppen, personer med nedsatt beslutsförmåga och boende på ett äldreboende, skulle ges möjlighet att prova välfärdsteknik och förbättrade miljöanpassningar. Den övergripande frågan var hur begränsningsåtgärder kan minskas med nya tekniska lösningar och förbättrad inom- och utomhusmiljö.

Projektet visade bl.a. att en kombination av en strukturerad arbetsmetod, åtgärder i boendemiljön och användande av ny teknik kan minska generella begränsningsåtgärder i den fysiska boendemiljön på äldreboenden.

En anställd beskrev den tidigare arbetsmetoden vid tillsyn (i form av ronder hos alla boende) så här:

> Vi sitter ofta på huk nedanför sängen i det mörka rummet. Ibland finns en liten lampa tänd. Jag vill gärna verkligen se att personen andas. Då måste man vara riktigt nära ansiktet ibland. Inte undra på att vissa personer blir förskräckta när de ibland tittar upp och jag har mitt ansikte alldeles vid deras ansikte. När man tänker efter är det väldigt tokigt sätt att göra det på …

[73] Västerås stad (2015). *Västeråsmodellen en riktlinje för införande av trygghetsskapande teknik inom vård och omsorg.* s. 6.

Fokus var att ”öppna upp boendet” dvs. att hitta ny teknik som möjliggör en minskning av begränsande åtgärder i miljön. Det nya trygghetslarmet skulle vara ett larm som var tyst och inte störde eller skapade oro för de boende, men som gjorde det möjligt för boende att aktivt påkalla hjälp oavsett var i huset den befann sig, liksom från den närliggande utemiljön, som gav personalen platsangivelse varifrån den boende larmade, där larm dirigerades till rätt personal och inte ut i hela huset, där personalen har bärbara larmmottagare som möjliggör passiva larm och som möjliggör ostörd nattsömn trots behov av tillsyn.

Passiva dörrlarm utifrån individens behov möjliggör en ”trygg stig” inom- och utomhus samt minskar begränsningar i form av stängda dörrar. Trygghetsskapande teknik kan även bidra till verksamhetens utveckling av arbetsmetoder, där syftet inte är att ersätta personal utan ge möjlighet till att vara på rätt plats vid rätt tillfälle. Passiva larm har en viktig funktion för de personer som inte har egen förmåga att larma på personal t.ex. för personer med demenssjukdom. Denna typ av larm kan även möjliggöra tillsyn så att generellt stängda dörrar kan undvikas vilket i hög grad bidrar till ökad självständighet. Användning av passiva larm kan även ge en lugnare och tryggare nattmiljö, förebygga fallrisk och bidra till att stärka personens känsla av integritet.

Att personalens larmmottagare är bärbar innebär att personal kan ta emot larm oavsett var de befinner sig i fastigheten. Blinkande, larmande displayer i korridorer ger ökad stress för de boende och ger intryck av sjukhusliknande miljö, vilket ska undvikas. Personal kan via larmmottagare se vem som larmar, varifrån och typ av larm. Att personalen kan se vilket nummer larmet kommer ifrån och var personen är gör att de boende snabbare får hjälp i samband med larm samt ökad trygghet för personalen. Den bärbara larmmottagaren ska möjliggöra både supportlarm och akutlarm. Med supportlarm och akutlarm menas att man inom fastigheten har möjlighet att påkalla kollegors uppmärksamhet t.ex. vid behov av dubbelbemanning.

Vid val mellan olika åtgärder bör uppskattade vinster/förväntade effekter för den enskilde lyftas fram. Kan personens integritet t.o.m. stärkas när självständiga, trygga promenader möjliggörs med stöd av ett bärbart trygghetslarm? Hur påverkas personens möjlighet till aktivitet när dörrar kan hållas öppna och tillsyn möjliggöras med de nya trygghetslarmen? Om tillsyn på natten kan göras med stöd av ett sensorlarm, hur påverkas integriteten när nattsömnen inte störs?

I en rapport från projektet beskrivs bl.a. några anonyma fall från det särskilda boendet. Herr C hade vid enstaka tillfällen ramlat utan att skada sig. Som en skyddsåtgärd hade han en rörelsesensor vid sängen för att möjliggöra larm under natten. Syftet med larmet var att personal ska få vetskap om när herr C lämnar sängen och då kunna ge stöd för att förebygga ytterligare fall. Herr C visar dock irritation när personalen kommer in i lägenheten för att åtgärda larm från rörelsesensor. Larmknapp där herr C självständigt kan trycka för att påkalla hjälp från personalen har provats men herr C glömmer ofta detta nattetid. *Förändring:* Herr C:s rörelselarm är nu kopplat till trygghetskamera. Vid larm från rörelsesensor kan personalen aktivera tillsyn med trygghetkamera. Personalen kan via kameran se när herr C är på väg till toaletten och sedan upprepa tillsynen för att säkerställa att han tryggt kommit tillbaka till sin säng. Detta har lett till en tryggare nattsömn och ökad integritet för herr C. Personalen kan vara behjälplig om han skulle falla och inte själv kan larma.

Ett resultat av projektet och införandet av trygghetstekniken var att tidigare låsta dörrar kan vara öppna. Individers tydliga frustration kring den stängda dörren försvann och ökade möjligheter till självständig rörelsefrihet skapades. Projektet påvisade också att behovsmedicinering mot oro och fall kan minska när tidigare låsta dörrar öppnas. Pilotenheten med 39 boende genomförde två mätningar gällande fall samt behovsmedicin för oro och sömn. Mätning månaden innan metoden infördes och vid uppföljning efter sex månader visade att fall och behovsmedicinering mot oro minskat. Både antalet fall och behovsmedicinering mot oro hade halverats.

Sammanfattningsvis ansågs öppna och olåsta dörrar medföra nya möjligheter för verksamheten att jobba lagenligt, dvs. utan generella begränsningsåtgärder, att frustration kring stängda dörrar försvinner, ökad självständig rörelsefrihet utifrån individens förmåga, ökad möjlighet till aktivering och stimulans, större valfrihet, ökade möjligheter till att knyta sociala kontakter och nya möjligheter för verksamheten att förnya sina arbetsmetoder.

Minimering av generella dörrlarm i det befintliga larmsystemet samt reducering av ljud från avdelningsdörrar kvälls- och nattetid ledde till en tystare och lugnare miljö. Nattpersonal beskrev att flera av de boende sov bättre och ansåg att detta sammanhängde med vidtagna åtgärder. Flera medarbetare ansåg att arbetsmiljön förbättrats.

Projektet synliggjorde att personer med nedsatt beslutsförmåga behövde få ökade möjligheter att använda teknik. För att uppnå syftet, dvs. minskade generella begränsningsåtgärder i den fysiska boendemiljön, utvecklades ”Västeråsmodellen – en modell för att minska generella begränsningsåtgärder i den fysiska boendemiljön”. Initialt var Västeråsmodellen alltså namnet på en juridisk modell för att möjliggöra för personer med nedsatt besluts- och samtyckesförmåga att få ta del av teknik som stödinsats. Därefter har begreppet breddats till arbetsmetod, boendemiljö och teknikanvändning.

Figur 8.5 Västeråsmodellen

Bild som illustrerar en del av Västeråsmodellen

	Faser vid genomförande av insats	
1. Faktiskt handlande	Iakttagande	Ingripande Agerande
2. Typ av trygghetsteknik	Trygghetskamera Sensorer Larm	Lås Grindar
3. Grundlagsbestämmelse	RF 2 kap. 6 § andra stycket *”…var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.”*	RF 2 kap 8 § *”Var och en är gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden.”*
4. Rättsligt stöd för ATT användande får ske	1. Samtycke 2. Utan samtycke, efter laglighetsbedömning enligt HSL/PDL/SoL/LSS Använd METOD till stöd för bedömningen; jfr bedömning enligt överviktsprincipen i KÖL	Samtycke eller uttryckligt lagstöd
5. Lagkrav för HUR användningen ska gå till	PuL, PDL och SoL-PuL, Information, Säkerhet, Kvalitet vid genomförande	

Källa: Västerås stad (2015).

Projektet och stadsjuristen utformade då ett nytt arbetssätt som resulterade i en riktlinje: ”Trygghetsskapande teknik. Rättsliga förutsättningar för införande inom vård och omsorg”. Riktlinjen antogs i Äldrenämnden februari 2015 och beskriver det praktiska införandet. Modellen ska säkerställa att användningen i verksamheten sker så att god kvalitet kan bibehållas och utvecklas, att individens rätt till trygghet och skydd för integriteten säkerställs och att varje åtgärd och insats utgår ifrån individens behov.

Äldrenämnden beslutade i april 2017 att Västeråsmodellen skulle breddinföras i alla särskilda boenden för personer med demenssjukdom. Västerås stads riktlinje för hälso- och sjukvård tydliggör nu bl.a. att generellt stängda och låsta dörrar inte ska förekomma samt att all tillsyn ska utgå från den enskildes individuella behov. Generella tillsyner utan behovsbedömning (”ronder”) ska nu inte längre förekomma. Tillsyn ska vara en behovsbedömd insats som ska dokumenteras och följas upp på samma sätt som andra insatser inom vård och omsorg. Erfarenheterna har lett fram till att verksamheten i större utsträckning vill använda tillsyn som är ”rörelseindikerad”, både när tillsyn utförs med personal eller med stöd av trygghetskamera. Att tillsyn ska initieras av en rörelse eller en avvikande händelse anses öka den enskildes integritet. Individens förmåga att självständigt kunna larma/påkalla hjälp från personal är avgörande vid bedömning av vad individen har för behov av tillsyn nattetid. Om personen inte kan larma självständigt och risk finns för fall är individen i behov av tillsyn, från personal eller med hjälp av trygghetsskapande teknik.

Den rättsliga analysmodellen och metoden för införande i verksamheten utgår från de krav på dokumenterad analys i enlighet med överviktsprincipen som följde av den nu upphävda kameraövervakningslagen. Riktlinjen bygger på tvärprofessionella bedömningar och tydliggör vikten av behovsbedömning, uppföljning och dokumentation. Bedömningsprocessen ska vara densamma oavsett om tillsyn sker med stöd av personal eller med trygghetsskapande teknik. Vårdteamet på boendet, dvs. sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och kontaktman, är de som bedömer risker, aktivitetsförmåga, behov och åtgärd. En särskild checklista ska användas. Med stöd av checklistan ska individens uppskattade vinster lyftas fram i de olika alternativen. Riktlinjen kan inte möjliggöra användning av skydds- och tvångsåtgärder. Den enskildes behov ska alltid ligga till grund för bedömningen.[74] Checklistan ser ut så här.

Checklista

Följande frågor ska besvaras för att få ett bra underlag för bedömning av tillsyn, om åtgärder är tillåtna, lämpliga och rätt metod i den aktuella situationen.

[74] Generella ”tillsyner” utan behovsbedömning ska inte förekomma.

1. Inventera och analysera problembilden
   a) Beskriv vilka inträffade händelser som föranleder att ni vill använda tillsyn som stödåtgärd
   b) Vilka tider på dygnet uppstår problemen? Hur ofta har problemen inträffat?
   c) På vilka platser eller i vilka utrymmen?
2. Vilka andra åtgärder har prövats? Beskriv vilka andra åtgärder som redan har prövats och varför dessa inte bedöms som tillräckliga.
3. Beskriv de uppskattade vinsterna/förväntade effekterna för individen
   a) om tillsyn sker med stöd av personal
   b) om tillsyn sker med stöd av trygghetslösning.

Genomförande

Tillsyn ska anpassas utifrån den enskildes behov: typ av situationer, tid på dygnet, intervaller. Vid användande av trygghetsskapande teknik ska individuella inställningar göras utifrån den enskildes behov.

Dokumentation

Behov, bedömning och uppföljning dokumenteras enligt HSL och SoL.

Uppföljning

Uppföljning ska ske kontinuerligt i vardagliga situationer där förändringar av behov hos den enskilde blir tydliga. Senior Alert och BPSD skattning bör användas även vid uppföljning. Den enskildes reaktioner vid de olika tillsynsalternativen samt individens uppskattade vinster ska iakttas.

8.6.2 Dagens lagstiftning är otillräcklig

Bedömning: En lagstiftning om vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga bör inte möjliggöra tvång.

Inom vård och omsorg är det centralt att de insatser som ges och utformningen av vården och insatserna som används i normalfallet ska godkännas av den person som behöver insatsen eller stödet. När det rör sig om personer med nedsatt beslutsförmåga kan detta i praktiken möta svårigheter. Personen ifråga kan ha svårt att förstå sitt problem, svårt att förmedla de värderingar och önskningar som han eller hon har, svårt att förstå syftet med insatsen och svårt att fatta ett beslut och ge sitt samtycke till insatsen, i synnerhet s.k. informerat samtycke. Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Om samhället inte har beredskap för den situationen riskerar denna grupp att få sämre vård än andra.

I svensk rätt saknas emellertid regler om hur beslut om vård och omsorg ska fattas när den enskilde varaktigt har nedsatt eller saknar beslutsförmåga.[75] Både sjukvården och socialtjänsten har mycket små möjligheter att agera utan samtycke från den berörde. Instituten god man och förvaltare enligt föräldrabalken har inte tillkommit för och kan inte användas för att fylla det behov av ställföreträdarskap som här avses. Även om dessa ställföreträdares befogenhet skulle utökas till att omfatta samtycke till vård- och omsorgsåtgärder, kan konstateras att det i praktiken inte är ovanligt att vuxna med relativt låg beslutskompetens saknar legal ställföreträdare. Vården och omsorgen skulle därmed ändå inte helt kunna förlita sig på att det alltid finns en god man som kan samtycka till behövlig vård och omsorg i den enskildes ställe.[76] Dessutom kan ett samtycke från exempelvis en god man aldrig neutralisera ett nej från den enskilde själv när det gäller den enskildes personliga förhållanden. Det är tvång oavsett.

Frånvaron av tydligt lagstöd leder till att personal inom vård och omsorg vidtar åtgärder utan rättslig befogenhet i syfte att hjälpa personen. Personalen kan hamna i en situation där olika principer

[75] I LPT finns dock regler som möjliggör tvångsvård vid allvarlig psykisk störning under vissa tydligt angivna förutsättningar. I det följande bortses dock från den lagstiftningen.
[76] Inte sällan torde därför anhöriga komma att tillerkännas en betydligt starkare ställning än vad som tillkommer dem enligt rättsordningen.

hamnar i konflikt med varandra. Det kan framstå som etiskt oförsvarbart för personalen att inte agera i en situation där den enskilde inte kan lämna sitt samtycke. Även om risken för att straffas i praktiken inte är så stor, är det knappast ett önskvärt rättsläge.

En vård- och omsorgsinsats som utförs utan samtycke innebär, oavsett syftet, en inskränkning av den enskildes kroppsliga eller och personliga integritet som skyddas av bestämmelser i 2 kap. 6 § RF och artikel 8 Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad EKMR. Vissa åtgärder kan dessutom betraktas som frihetsberövande, vilket den enskilde skyddas från i 2 kap. 8 § RF och artikel 5 EKMR. Olika tolkningar kan göras av vad som utgör ett betydande ingrepp i den personliga integriteten, vilket medför osäkerhet om grundlagsbestämmelsen är tillämplig eller ej.[77] Grundlagsbestämmelserna gäller dessutom bara i förhållande till det allmänna och inte i förhållande till privata utförare. Skyddet i grundlagen får inskränkas genom lag, men i dag finns inget sådant lagstöd som t.ex. möjliggör användningen av t.ex. trygghetskameror utan den enskildes vetskap och samtycke. Avsaknaden av regler innebär en osäker och otrygg situation där den enskildes grundläggande fri- och rättigheter riskerar att kränkas. Från den enskildes synpunkt är det alltså problematiskt att otydligheten i värsta fall dels kan leda till rättsövergrepp, dels att man inte får rätt vård och omsorg, eftersom man inte kan samtycka. Rättssäkerhetsskäl talar alltså för att lagstifta om vad som ska gälla för vård och omsorg till personer som på grund av varaktigt nedsatt beslutsförmåga inte kan lämna samtycke. Här ska också framhållas att EKMR, som gäller som svensk lag, föreskriver att inskränkningar i fri- och rättigheter måste ha stöd i lag.

Av utredningens direktiv framgår att utgångspunkten för en ökad användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen är att det måste ske inom befintliga etiska och rättsliga ramar. En konsekvens av det sagda är att utredningen gör bedömningen att en ny lagstiftning inte ska möjliggöra användning av välfärdsteknik i de fall då den enskilde motsätter sig detta, dvs. när det är fråga om tvång.

[77] Bland annat har regeringen gjort gällande att ett ingrepp inte ska anses betydande om den enskilde inte öppet motsätter sig användningen. Svårigheterna att erbjuda välfärdsteknik till dem med nedsatt beslutsförmåga skulle därmed vara överdrivna och något ytterligare lagstöd inte behövas, enligt vissa bedömare.

I praktiken framstår det som ett mindre problem att den enskilde samtycker till en vård- och omsorgsåtgärd utan att ha hela innebörden helt klar för sig. Normalt är vård- och omsorgsinsatser enbart till fördel för personen.[78] Inte heller är det fråga om tvång – den enskilde samtycker ju rent faktiskt till åtgärden efter att man har försökt att lämna anpassad information till vederbörande. Även när den enskilde inte uttrycker någon viljeriktning alls, kan det inte anses vara fråga om tvång. Däremot föreligger inget sådant samtycke till vården som förutsätts i patientlagen. Om den enskilde uttryckligen inte samtycker eller visar motvilja, är det fråga om tvång. Det betyder dock inte nödvändigtvis att vård- och omsorgspersonalen ska ge upp sina försök att motivera till insatsen.

Enligt utredningens mening bör inte en ny lagstiftning om vård och omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga innefatta möjligheter att använda tvång. En möjlighet att använda tvång om det är absolut nödvändigt följer redan av straffrättsliga regler, men möjligheten behöver inte och bör inte utökas. Problemet som vi förväntas lösa handlar inte om ett tillgodose ett behov hos verksamheter inom vård och omsorg att bruka tvång mot någon utan om att kunna erbjuda vård och omsorg till människor som saknar förmåga att ta ställning till innehållet i vården och omsorgen. Det problemet har för hälso- och sjukvårdens del blivit akut till följd av lagstiftningen om informerat samtycke i patientlagen.

Sedan många år tillbaka bedriver äldreomsorgen, organisationer och olika myndigheter ett framgångsrikt arbete med att minska förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder genom bl.a. omfattande utbildningsinsatser och nationella riktlinjer. Att föreslå att vård och omsorg i allmänhet och välfärdsteknik i synnerhet ska kunna tvingas på människor som visar att de inte vill, framstår som ett steg tillbaka i utvecklingen. Vi tror heller inte att det behövs, utan att de flesta kommer att vilja få tillgång till teknik som kan öka tryggheten och självständigheten. Knappast någon som fått tillfälle att pröva exempelvis trygghetskamera skulle vilja vara utan den, enligt vad utredningen erfar. Problemet i dag är sällan att det finns de som säger nej utan att det är för få som erbjuds teknik av dem som skulle kunna ha nytta av den.

[78] Här kan förstås invändas att det blir mer komplicerat om valet rör flera alternativ, inte bara ja eller nej till en insats.

Grunden för att undvika och förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder är en närvarande chef och rätt anpassad bemanning med den kompetens som behövs för att arbeta inom verksamheten. Andra framgångsfaktorer som framkommit under Socialstyrelsens arbete med vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga är att arbeta personcentrerat samt att arbeta i team där olika perspektiv och kompetenser kan hjälpas åt med att hitta fungerande lösningar på problem. I sina nationella riktlinjer vid demenssjukdom rekommenderar Socialstyrelsen både personcentrerad omvårdnad och multiprofessionellt teamarbete.[79] Vid planering av ny verksamhet måste i förebyggande syfte beaktas bemanning, kompetens, lokaler, inomhusmiljö, utomhusmiljö, teknik, behov av handledning, internt och externt stöd, samarbete och samordning med andra huvudmän. Det är också viktigt att säkra att verksamheten förmår att stödja så många enskilda som möjligt i att ta egna beslut.

8.6.3 Ställföreträdarlagstiftning inget alternativ

Bedömning: Grunden för lagstiftning om vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga bör vara professionens behov av att kunna ge vård och omsorg i en viss situation. Detta kan inte lösas genom att en ställföreträdare utses för den enskilde.

Allmänt

En lagstiftning som tydligt möjliggör vård och omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga skulle, åtminstone delvis, lösa även problemet med hur sådana personer kan erbjudas insatser med hjälp av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Vi anser att en lagstiftning som gäller generellt för vård- och omsorgsinsatser till människor med nedsatt beslutsförmåga är att föredra framför en särreglering som bara skulle gälla för just välfärdsteknik. Frågan om huruvida teknik används eller inte skulle ge upphov till en konstlad och icke ändamålsenlig avgränsning mellan vad som i realiteten är olika utföranden av vård- eller omsorgsinsatser. En generellt inriktad lagstiftning bedöms heller inte stå i strid med utredningens direktiv.

[79] Socialstyrelsen (2017a), s. 17.

Vi har därför tagit ställning för en generell lagstiftning. Vi ser dock ett behov av att tydligt reglera användningen av viss digital trygghetsteknik inom äldreomsorgen i allmänhet, oavsett beslutsförmåga.

När ny lagstiftning ska utformas är det relevant att beakta och – så långt det är möjligt och lämpligt – förebygga uppkomsten av konflikter mellan etiska normer och rättsliga regler. Av utredningens direktiv framgår också att utvecklingen av användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen förväntas ske inom givna rättsliga och etiska ramar, vilket innebär att de författningsförslag som utredningen lägger fram inte bör avvika från de principer och den praxis som redan nu styr verksamheten. Om det inte framstår som olämpligt från rättssäkerhetssynpunkt eller i övrigt bör målet vara att kodifiera en praxis som visat sig fungera väl i praktiken.

Behovet av lagstiftning är påfallande för att stödja kommunerna i införandet av välfärdsteknik. Utredningens förslag bör därför helst inte kräva ytterligare tidsödande utredningsarbete och inte heller möta något omfattande motstånd under remissförfarandet. Samtidigt kräver frågan om hur sådan lagstiftning bör utformas givetvis noggranna överväganden. Att frågan inte är enkel framgår om inte annat av att flera utredningar lämnat förslag som sedan inte blivit verklighet.

Enligt utredningens mening finns det två sätt att reglera hur ett beslut om vård- eller omsorgsinsatser ska kunna fattas när den enskilde själv saknar förmåga att samtycka till insatsen:

1. Offentligrättslig lagstiftning, som reglerar under vilka omständigheter som sådana beslut får fattas och hur.
2. Ställföreträdarskap, som möjliggör att någon annan fattar beslut i den enskildes ställe (men inte tvång).

Av memorandumet till Europarådets rekommendation om det rättsliga skyddet för hjälpbehövande vuxna, R (99)4, framgår att det finns olika sätt att konstruera ett regelverk för vad som ska gälla när enskilda inte kan ge ett informerat samtycke till vårdinsatser och att det är upp till varje land att utforma sin reglering (p. 78). Vid en läsning av rekommendationen får man intrycket att rekommendationen utgår från att den enskilde förordnas en ställföreträdare om han eller hon inte själv är beslutskapabel, se t.ex. princip 22 om samtycke till vård. I punkt 75 i memorandumet anges att det är lämpligt att

staterna använder sig av sådana lösningar som framgår av artikel 6 i Biomedicinkonventionen, dvs. skyddsregler för personer som inte kan ge sitt samtycke. I punkt 78 i memorandumet anges dock att det finns starka skäl att tillåta medicinsk personal att själva fatta beslut om mindre ingrepp. EKMR kan sägas förutsätta en lagreglering för inskränkningar i skyddet för mänskliga fri- och rättigheter, men tar inte ställning för en viss modell.

Alternativ 1: Offentligrättslig lagstiftning

För en vårdgivare eller verksamhet inom socialtjänsten underlättar en reglering som medger att personalen formlöst och på egen hand får fatta beslut rörande så mycket som möjligt. Det går dock inte att göra en offentligrättslig reglering hur okomplicerad som helst med bibehållen rättssäkerhet (i synnerhet inte om den möjliggör tvång). Lite förenklat finns två varianter.

Ett sätt är en lagstiftning med procedurregler rörande hur beslut kan fattas om att en person har nedsatt beslutsförmåga, liksom materiella regler om vad vården eller omsorgen får vidta för åtgärder i fråga om den som efter en särskild prövning omfattas av lagen. Förslaget i SOU 2006:110, som dock tog sikte på att möjliggöra tvångs- och begränsningsåtgärder, kan ses som ett sådant exempel. Frågan om personen i fråga har nedsatt beslutsförmåga i lagens mening skulle då kunna domstolsprövas, men inte andra beslut och åtgärder med stöd i lagen. En sådan modell tar inte hänsyn till det faktum att beslutsförmågan är relativ och varierande. Från etisk synpunkt ter det sig mindre lämpligt att helt bortse från vad personen själv uttrycker bara för att det finns en bedömning om att personen har en nedsatt beslutsförmåga. Det framstår inte som en proportionerlig inskränkning i enskildas fri- och rättigheter och skulle kanske kunna avskräcka människor från att söka vård och bistånd.

Ett alternativ är en lagstiftning som ger professionen lagliga möjligheter att hantera situationer där en person sakna förmåga att ta ställning till ett visst erbjudande om vård eller omsorg på grund av nedsatt beslutsförmåga, men man ändå vill kunna ge insatsen till personen. Patientmaktsutredningens förslag om vård till den som varaktigt saknar förmåga att samtycka kan ses som ett exempel. Utredningen föreslog en bestämmelse om att när en patient inte endast

tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård, ska vården ges utifrån en bedömning av vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet. Bedömningen skulle göras löpande. Patientens inställning till åtgärden skulle så långt möjligt klarläggas. Någon möjlighet att överklaga föreslogs inte, men tvång skulle heller inte vara tillåtet. Enligt utredningen motsvarade förslaget nuvarande praxis inom hälso- och sjukvården. Liknande regler finns i andra nordiska länders patienträttlagstiftningar. En sådan modell bör inte kunna medföra några särskilda kostnader och inkräktar inte heller på den kommunala självstyrelsen, eftersom det är en befogenhetslagstiftning.

I fallet då professionen efter en momentan bedömning av personens beslutsförmåga vidtar en åtgärd i en viss situation, finns alltså inget särskilt beslut som slår fast att personen ska anses beslutsoförmögen. Bedömningen som professionen ska göra handlar om huruvida en viss person i den aktuella situationen kan lämna sitt samtycke till en viss insats eller ej. Om professionens bedömning var riktig får besvaras i efterhand genom tillsyn och inte genom domstolsprövning. Bedömningen kan således variera beroende på vad saken gäller, personens aktuella hälsotillstånd och omständigheterna i övrigt. En fördel med detta synsätt är att det tar hänsyn till det faktum att beslutsförmåga inte är ett entydigt begrepp utan en förmåga som kan variera från dag och dag och beroende på vilken fråga som personen ombeds ta ställning till.

Om i stället särskilda beslut skulle fattas om att personer ska anses sakna beslutsförmåga, framstår en rätt till domstolsprövning som nödvändig, eftersom sådana beslut har faktiska verkningar för den enskilde.[80] Av Europakonventionen följer att var och en vid prövningen av hans civila rättigheter har rätt till en rättvis och offentlig förhandling inom skälig tid inför en oavhängig och opartisk domstol. Internationella riktlinjer på området verkar också förutsätta tillgång till rättsmedel av något slag. En sådan variant medför således ofrånkomligen ett visst mått av administration och merkostnader.

Om lagstiftningen skulle möjliggöra tvång krävs inte bara en rätt till skyndsam domstolsprövning. Det ligger också nära till hands att föreskriva en rätt till offentligt biträde[81], i likhet med vad som gäller

[80] I 41 § förvaltningslagen (2017:900) föreskrivs numera att ett beslut får överklagas om beslutet kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt. Förvaltningslagen är inte tillämplig i hälso- och sjukvård, men ger ändå en fingervisning eftersom bestämmelsen bygger på domstolspraxis om överklagbarhet, jfr prop. 2016/17:180 s. 332.
[81] Jfr lag (1996:1620) om offentligt biträde.

för andra sociala tvångslagstiftningar, liksom en uttrycklig rätt till muntlig förhandling. Vi menar emellertid att den här typen av rättssäkerhetsgarantier kan undvaras i en lagstiftning utan inslag av tvång och med syftet att möjliggöra att även den som är ur stånd att lämna samtycke kan få tillgång till all hälso- och sjukvård och omsorg.

Alternativ 2: Ställföreträdarlagstiftning

Ett annat sätt att uppfylla syftet att ge personer med nedsatt beslutsförmåga skydd samtidigt som kravet på legalitet[82] kan anses uppfyllt är att en enligt lag bemyndigad ställföreträdare samtycker i den enskildes ställe. Uttrycket samtycke kan emellertid inte anses helt adekvat i dessa fall. Det är snarare fråga om en annan rättslig grund än samtycke för att vidta en viss vård- och omsorgsåtgärd.

Även om huvudregeln i artikel 12 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRDP) är att den enskilde alltid ska ha rätt att få det stöd som behövs för att utöva självbestämmande utgör konventionen inte något hinder för regler om att en ställföreträdare eller annat organ ibland måste fatta beslut åt den enskilde, jfr artikel 12.4. En sådan inskränkning måste dock vara proportionell och ändamålsenlig, anpassad för omständigheterna i det enskilda fallet och inte pågå längre än nödvändigt.

Enligt konventionen måste ställföreträdarens beslut bygga på den enskildes förmodade vilja och önskningar och inte på vad som objektivt sett är den enskildes bästa. Artikel 12 CRDP kräver att ställföreträdaren fungerar som språkrör och inte som förmyndare. Det finns både för- och nackdelar med en sådan ordning. Det är betydligt svårare att fastslå vad en individ som inte kan uttrycka en viljeriktning rent faktiskt vill i ett visst avseende än att säga vad som skulle utgöra hans eller hennes bästa, dvs. en objektiv bedömning med utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet som dessutom möjliggör en kvalitetsgranskning i efterhand. Risken är att det urartar i ren spekulation eller att andra intressen gör sig gällande.

Enligt förslaget i SOU 2015:80 skulle ett beslut om att förordna ställföreträdare inom hälso- och sjukvården fattas av legitimerad läkare och inom socialtjänsten av den som bedriver verksamheten

[82] Enligt grundlagen krävs stöd i lag för att företrädare för det allmänna ska få vidta vissa åtgärder om inte personen lämnat sitt samtycke, vilket kan uttryckas som ett krav på legalitet.

där behovet kunnat konstateras. Lagförslaget mötte en del kritik, som bl.a. handlade om att förslagen inte var praktiskt användbara. Ett alternativ till modellen i SOU 2015:80 skulle kunna vara bygga ut instituten god man och förvaltare i föräldrabalken, så att dessa kan användas även för beslut på vård- och omsorgsområdet. Vi anser dock inte att det är en lämplig väg att gå. För det första kan konstateras att de som utses till gode män och förvaltare inte har någon särskild utbildning i frågor om vård och omsorg. För det andra är det redan ett problem att rekrytera gode män och förvaltare. Att bestämma över och samtycka till olika åtgärder som rör en annan vuxen persons vård, omsorg och livssituation i övrigt är en obekväm uppgift. Om uppdragen blir svårare, kan rekryteringssvårigheterna antas öka ytterligare. Enskilda riskerar då att hamna i en situation där ingen godtagbar god man går att finna, trots att angelägna beslut behöver fattas direkt. För det tredje går det inte att bortse från att tillsynen av gode män och förvaltare ofta resulterat i kritik. Systemet kan inte sägas fungera väl i sin nuvarande utformning. Regleringen har i grunden inte ändrats sedan 1924 års förmynderskapslagstiftning trädde i kraft. SKL har fört fram att det finns skäl att i grunden reformera systemet med överförmyndare, gode män och förvaltare i föräldrabalken.[83] Förutsättningarna för en professionalisering av uppdrag som god man och förvaltare när det gäller de svåraste eller mest komplexa uppdragen ansågs därför böra utredas.

Mot denna bakgrund framstår det inte som lämpligt att bygga vidare på regleringen i föräldrabalken. Utgångspunkten är därför att en helt ny lagstiftning om ställföreträdare skulle behöva läggas fram om man skulle välja en sådan lösning. Då remissutfallet inte var positivt i fråga om det gedigna förslaget från utredningen 2015 är det svårt att se hur en bra lagstiftning i stället borde se ut. Vi ser ingen ställföreträdarlösning som inte skulle medföra mer administration och kostnader för verksamheterna. Att det inkräktar på den kommunala självstyrelsen är också tydligt. Sammantaget blir därför bedömningen att en ställföreträdarlösning inte kan anses vara en adekvat modell för att möta behoven.

[83] Skrivelse till regeringen (ärendenr 17/01225).

8.6.4 Otydlig gräns mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård

Bedömning: Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens regelverk bör inte skilja sig åt mer än nödvändigt när det gäller vård och omsorg till äldre med nedsatt beslutsförmåga.

Det stöd en individ får från kommunen eller regionen är från rättslig synpunkt antingen åtgärder med stöd av hälso- och sjukvårdslagstiftning eller insatser med stöd av socialtjänstlagstiftning.[84] Även om huvudmännens insatser ska samordnas är det viktigt att komma ihåg att ingen huvudman har rätt att besluta om samhällsstöd som någon annan huvudman ska tillhandahålla.[85]

Gränsen mellan vad som är sjukvård respektive socialtjänst är ibland oklar, i synnerhet när det gäller äldre personer som är föremål för insatser från både socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård. På ett särskilt boende räknas daglig service och omvårdnad – såsom hygien, på- och avklädning, matintag och andra vardagliga aktiviteter till socialtjänst. Även enklare vårdinsatser, exempelvis omplåstring kan också höra hit. Omvårdnad är emellertid också en självklar del av begreppet hälso- och sjukvård i HSL.

Det kan ibland vara svårt att avgöra om en specifik handling för en enskild är en hälso- och sjukvårds- eller socialtjänstinsats. Ändå kan det vara avgörande för t.ex. samverkansform med andra aktörer, skyldigheten att föra patientjournal eller dokumentation i personakt och i förlängningen vilken huvudman som finansierar insatsen. För att avgöra om en handling är en hälso- och sjukvårdsåtgärd eller socialtjänstinsats måste man se till bakgrunden och syftet med handlingen. Om syftet är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador hos individen är det hälso- och sjukvård. Om handlingen i stället görs som en del av ett av socialnämnden bedömt biståndsbehov är det socialtjänst.[86]

I praktiken kan man ställas inför svåra gränsdragningar när det gäller vad som är hälso- och sjukvård och vad som är socialtjänst. Ett exempel är att hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras som egenvård[87] och därmed inte längre formellt ses som hälso- och sjukvårds-

[84] Jfr diskussionen i SOU 2019:29 s. 132.
[85] Jfr prop 2008/09:193 s. 22.
[86] SOU 2019:29 s. 133.
[87] Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

åtgärder trots att åtgärden ryms inom definitionen enligt HSL. Den enskilde kan t.ex. behöva hjälp med att ta läkemedel eller såromläggning. Sådan hjälp kan beviljas som bistånd enligt socialtjänstlagen.

Utvecklingen har länge gått mot att äldre ska bo kvar hemma så länge som möjligt (kvarboendeprincipen), samtidigt som alltmer avancerade sjukvårdsinsatser utförs i hemmet. Den här utvecklingen var möjligen inte förutsedd när kommunerna övertog ansvaret för ”långvården” från landstingen i samband med Ädelreformen. Mycket talar emellertid för att personer som lider av medelsvår eller svår demens borde betraktas som patienter även inom äldreomsorgen, då de kan ha stora och återkommande behov av sjukvård och samtidigt små möjligheter att ta till vara sina intressen. Frågan är om socialtjänstens regelverk och kompetens räcker till i denna situation.

Enligt utredningens mening finns det fördelar med om samma principer kan tillämpas av personalen på t.ex. ett särskilt boende oavsett om en viss åtgärd formellt sett ska anses som tillämpning av HSL eller av socialtjänstlagen. Synen på autonomi kan rimligen inte skilja sig åt. Vidare kan konstateras att biståndshandläggare och hemtjänstpersonal i dag får räkna med att de kommer att möta människor med mycket dålig hälsa som fortfarande bor kvar hemma. Eftersom de som bor i ordinärt boende antas växa kraftigt i antal är det viktigt att se till att eventuella lagförslag även passar dem. Eftersom medicinskt utbildade oftast saknas inom socialtjänsten är det en utmaning.

8.7 Förslag om vård och omsorg till dem med nedsatt beslutsförmåga

8.7.1 Förslag om vård till människor med nedsatt beslutsförmåga

Förslag: I 4 kap. patientlagen ska införas en ny bestämmelse av följande lydelse.

Om det står klart att patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård ska vården ges utifrån en bedömning av vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet. Patientens vilja ska klarläggas så långt som det är möjligt och alltid respekteras.

Om den föreslagna bestämmelsen

Syftet med den föreslagna bestämmelsen är att möjliggöra vård även i de fall då personen inte kan lämna ett sådant informerat samtycke som avses i 4 kap. 2 § patientlagen till följd av att den enskildes beslutsförmåga inte endast tillfälligt är nedsatt. Den föreslagna bestämmelsen ger inte stöd för tvång, dvs. att vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Den föreslagna lagtexten är tänkt att bl.a. legalisera ”HSL-modellen” som metod för att använda välfärdsteknik till människor med mera varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Bestämmelsens tillämpning är dock inte begränsad till användning av välfärdsteknik utan avses gälla generellt, dvs. för all vård där ett informerat samtycke till en viss åtgärd inte kan erhållas på grund av att beslutsförmågan är inte endast tillfälligt nedsatt.

Förslaget till lagtext bygger på det förslag till bestämmelse i patientlagen som lades fram av Patientmaktsutredningen och som remissbehandlats. Den nu föreslagna bestämmelsen ska komplettera de befintliga bestämmelserna i 4 kap. patientlagen på det sätt som Patientmaktsutredningen ursprungligen avsåg. I 4 kap. 2 § patientlagen framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. I 4 kap. 3 § görs undantag för hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. Patientmaktsutredningen föreslog även en undantagsbestämmelse för situationen då patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård. Regeringen valde dock att avvakta i den del som avsåg vård utan samtycke till människor med mera varaktigt nedsatt beslutsförmåga.[88] Det ledde till att frågan ännu kvarstår oreglerad. Formuleringen ”inte endast tillfälligt saknar förmåga” är densamma som föreslogs av Patientmaktsutredningen och som lämnades utan erinran av remissinstanserna. Det är dessutom samma formulering som används i 6 kap. 2 a § och 7 kap. 2 a § patientdatalagen, som tar sikte på samma ”målgrupp”.

Vid utformningen har vi tagit hänsyn till den kritik som Socialstyrelsen framförde i sitt remissvar angående betänkandet *Patientlag*

[88] Orsaken till det var som nämnts att frågan redan var under utredning inom ramen för Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och forskning, vars senare förslag inte kom att leda till lagstiftning.

när det gäller att ansvaret för en bedömning av det här slaget inte bör åvila ett team utan en viss legitimerad förskrivare. Vi utgår här från att en förskrivare kommer att ansvara för behovsbedömningen m.m. men anser att förskrivaren i förekommande fall bör samråda med flera. Ett sätt kan vara i form av samordnad individuell planering. Ett annat sätt är inom ramen för vårdteamet i ett särskilt boende.

Nedsatt beslutsförmåga

Det är centralt inom hälso- och sjukvård att patienten ska samtycka till vården, vilket handlar om personens autonomi eller självbestämmande. En person med nedsatt beslutsförmåga kan emellertid ha svårt att förstå sitt problem, svårt att förmedla de värderingar och önskningar som personen har, svårt att förstå syftet med vården och svårt att fatta ett beslut och ge sitt samtycke till insatsen.

Enligt 4 kap. 4 § patientlagen kan en patient få akut hälso- och sjukvård även om patientens vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. Andra orsaker till att patienten inte kan ge sitt samtycke än medvetslöshet kan vara att patienten är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetslöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat. Bestämmelsen är även tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation. Hur lång tid en patient ska anses tillfälligt sakna möjlighet att uttrycka sin vilja måste kunna variera utifrån den aktuella situationens art, framhålls i förarbetena. Under den tid ett akut eller i övrigt nödvändigt omhändertagande pågår får en nödsituation fortfarande anses vara för handen. När nödsituationen upphört och patienten fortfarande inte är i stånd att uttrycka sin vilja kan vård inte längre ges med stöd i 4 kap. 4 §. Bestämmelsen är uttryckligen inte avsedd att tillämpas för att fortlöpande kunna bereda en ”beslutsinkompetent” patient vård och omsorg.[89]

Även om en persons beslutsförmåga är mera varaktigt nedsatt innebär inte det nödvändigtvis att personen saknar beslutsförmåga oavsett vad saken gäller och vid varje tidpunkt. En person med varaktigt nedsatt beslutsförmåga kan i många fall utan problem fatta enklare beslut medan mer komplexa beslutssituationer kan vara svåra att hantera. Om en persons beslutsförmåga endast är tillfälligt

[89] Prop. 2013/14:106 s. 60 och 120 f.

nedsatt kan man avvakta med att sätta in en viss insats eller fatta ett visst beslut tills personen återfått tillräcklig beslutsförmåga. I detta sammanhang är det därför väsentligt att man i varje situation först bedömer om personen själv kan ta ställning. Eftersom bedömningen av den enskildes beslutsförmåga kan variera i olika situationer, behöver lagstiftningen ta sin utgångspunkt i att bedömningen kan utfalla olika beroende på situationen så att inte fler beslut än vad som är alldeles nödvändigt fattas ”ovanför huvudet” på den enskilde. Bestämmelsen ska möjliggöra tillhandahållandet av lämpliga insatser, inte inkräkta på den enskildes autonomi mer generellt.

Vi menar att det som är enklast att tillämpa och som också ligger i linje med dagens praxis inom hälso- och sjukvården är att det är personen som ger vården som ska ansvara för bedömningen av både behoven, beslutsförmågan och vilken hälso- och sjukvårdsåtgärd som vore i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. På samma sätt är det enklare att slå fast vad som vid en objektiv bedömning är patientens bästa än vad patienten eventuellt skulle ha ansett om han eller hon inte skulle ha haft nedsatt beslutsförmåga, vilket riskerar att urarta till ren spekulation även om det ibland kan finnas något att gå på.

I situationer när det är svårt att få kunskap om personens aktuella inställning kan man ibland utgå från personens tidigare inställning om den är känd. Man kan ställa sig frågan om en viss teknik, som samlar in och hanterar känslig information om personen, är något som personen skulle ha kunnat acceptera förut eller som kan anses rimligt med tanke på vad tekniken kan uppnå för personen. Här är det etiskt relevant att jämföra med andra integritetsintrång och om man kan undvika fysiskt integritetskänsliga situationer genom att använda teknik i stället.

Även om den föreslagna bestämmelsen införs kommer tolkningssvårigheter att kunna uppkomma. En negativ viljeyttring behöver inte vara riktad mot exempelvis välfärdstekniken i sig utan kan handla om allmänt dåligt humör eller aggressivt beteende som kan vara kopplat till den enskildes hälsotillstånd. Att personen motsätter sig en viss åtgärd vid ett tillfälle är kanske inte tillräckligt för att man ska kunna dra slutsatsen att personen faktiskt motsätter sig insatsen. I vården och omsorgen om människor med kognitiv nedsättning är bemötande viktigt och det handlar ofta om att motivera den enskilde att ta emot insatser. Personalen kan behöva stöd i dessa frågor.

Vilka avvägningar som kan behöva göras i det enskilda fallet i samband med att en enskild med nedsatt beslutsförmåga ska tillhandahållas en vårdinsats med stöd av välfärdsteknik är för komplexa för att kunna uttömmande regleras i lag. Det gäller för övrigt även annan vård. Vi föreslår i avsnitt 8.7.3 att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram närmare vägledning om hur vård i allmänhet och vård med stöd av välfärdsteknik i synnerhet kan tillhandahållas enskilda med stöd av den nu föreslagna bestämmelsen.

Särskilt om dokumentation

Att alla bedömningar och åtgärder dokumenteras är av avgörande betydelse för patientsäkerheten, liksom för möjligheterna till både tillsyn och systematisk kvalitetsuppföljning. Vi bedömer emellertid att några särskilda bestämmelser om dokumentation behöver införas med anledning av den föreslagna lagändringen, eftersom det redan finns detaljerade regler som ska säkerställa tillräcklig dokumentation. Det handlar främst om 3 kap. patientdatalagen och 5 kap. 5 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Där framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal innehåller uppgifter om bl.a. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa, ordinationer och ordinationsorsak, resultat av åtgärder, samtycken och återkallade samtycken, önskemål om vård och behandling samt vårdplanering.

8.7.2 Förslag om omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga

Förslag: I 4 kap. socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse, 1 d §, av följande lydelse.

Om det står klart att en enskild inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till en viss insats får insatsen ges efter en individuell behovsbedömning med utgångspunkt i den enskildes bästa. Den enskildes vilja ska klarläggas så långt som det är möjligt och alltid respekteras. Vid bedömningen ska iakttas vad som i 3 kap.

8 § föreskrivs om användning av digital teknik som medför övervakning eller kartläggning av enskilds personliga förhållanden.

Den enskildes förmåga till samtycke ska bedömas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Av 16 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regioner är skyldiga att ställa personal till socialtjänstens förfogande för sådana bedömningar.

För den som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till vård och omsorg ska en individuell plan enligt 2 kap. 7 § upprättas om inte särskilda skäl talar emot det.

I hälso- och sjukvårdslagen införs en ny bestämmelse, 16 kap. 5 §, av följande lydelse:

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de resurser som behövs i fråga om hälso- och sjukvårdspersonal för bedömning av en enskilds förmåga att lämna samtycke till insatser vid tillämpning av 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen (2001:453).

Allmänt

Vi föreslår en generellt tillämplig regel om omsorg till människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Bistånd ska också i sådana situationer kunna ges efter en individuell behovsbedömning med utgångspunkt i vad som kan anses förenligt med den enskildes bästa. Först måste dock konstateras att den enskilde inte själv kan ta ställning. För att bestämmelsen ska vara tillämplig krävs att det står klart att den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till den aktuella åtgärden eller insatsen. Bedömningen av förmågan att samtycka ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Bestämmelsen är alltså generellt tillämplig men anvisar samtidigt en metod för tillhandahållande av välfärdsteknik till enskilda med nedsatt beslutsförmåga inom ramen för insatser enligt socialtjänstlagen. Enligt utredningens bedömning kommer detta i första hand vara aktuellt när den enskilde bor kvar hemma och har hemtjänstinsatser.

Ordalydelsen är tänkt att så långt det är lämpligt efterlikna den nu föreslagna regeln i patientlagen, som föreslås införas i den lagens kapitel om samtycke. Det är ett av skälen till att vi föreslår att personens förmåga att samtycka ska vara avgörande även i bestämmelsen i socialtjänstlagen, trots om samtycke inte är ett uttalat krav för att

tillhandahålla insatser enligt socialtjänstlagen (till skillnad från vad som gäller enligt patientlagen). Många äldre är också svårt sjuka och får stöd från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi tror därför att det är ändamålsenligt för personalen om tillämpningen är lika eftersom de inte alltid har klart för sig med vilket lagstöd en viss omvårdnadsåtgärd vidtas. Det framstår också som olämpligt att regelverken skiljer sig åt på denna ur etisk synvinkel centrala punkt. Ett alternativ skulle annars kunna vara att knyta an till den enskildes förmåga ”att ta ställning”. Enligt vad utredningen erfar finns dock ett starkt stöd för att knyta an till förmågan att samtycka även inom socialtjänsten, i synnerhet i jämförelse med begrepp som ”beslutsoförmögen” eller ”beslutsinkompetent” vilka uttryck dessutom inte tar hänsyn till att en persons beslutsförmåga kan variera från tid till annan och beroende på vad saken gäller. Bedömningen av förmågan att samtycka behöver göras i den aktuella situationen för att mesta möjliga hänsyn ska kunna tas till den enskildes självbestämmande.

Liksom förslaget till bestämmelse i patientlagen möjliggör den föreslagna bestämmelsen i socialtjänstlagen inte att omsorgen vidtar några åtgärder mot den enskildes vilja. Detta följer redan av att insatser enligt socialtjänstlagen ges på frivillighetens grund. Om den enskilde motsätter sig en viss åtgärd får den alltså inte vidtas.

Det betyder emellertid inte att socialtjänsten är skyldig att tillhandahålla insatser helt utan teknik. Insatserna ska visserligen utformas tillsammans med den enskilde, men socialtjänsten har i praktiken stor frihet när det gäller den närmare utformningen av insatser. Den enskilde kan dock alltid tacka nej men riskerar då att stå utan välbehövliga insatser. Som återkommande framhållits i betänkandet kan det därför vara nödvändigt att stödja den enskilde i beslutsfattandet och även att motivera denne till att emot behövliga insatser. Att den enskilde tackar nej vid ett tillfälle behöver inte utgöra ett hinder mot att tillhandahålla insatser. Vi vill understryka att detta arbete med att motivera och tolka den enskildes vilja i samband med användning av välfärdsteknik inte avviker från hur socialtjänsten redan arbetar i övrigt. Med det sagt är det viktigt att den som ska fatta beslut har tillräcklig kompetens i fråga om demenssjukdom och kognitiv svikt.

Här ska också framhållas att långt ifrån alla som lider av kognitiv svikt har så nedsatt beslutsförmåga att det är aktuellt att så att säga ”fatta beslut ovanför deras huvuden”. En självklar utgångspunkt är att man ska få individens samtycke. När det gäller just användningen

av välfärdsteknik kan det emellertid i praktiken vara svårt att få ett relevant samtycke från en person med exempelvis långt framskriden demenssjukdom. Därför behövs en regel som tydligt möjliggör för socialtjänsten att ändå tillhandahålla insatser.

Det ligger i linje med vår uppfattning att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens regelverk behöver närma sig varandra när det gäller svårt sjuka äldre. Eftersom det är en medicinsk bedömning att personens beslutsförmåga är varaktigt nedsatt, måste den bedömningen göras av legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal. Sådan personal finns i hemsjukvården och i särskilda boenden, i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, men inte inom hemtjänsten. För att kunna använda sig av denna möjlighet behöver således socialtjänsten få tillgång till hälso- och sjukvårdens kompetens. Beslutet om vilken insats som ska tillhandahållas fattas däremot av socialtjänsten.

I bestämmelsens tredje stycke framgår att personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga som utgångspunkt ska ha en samordnad individuell plan (SIP) och därför är det naturligt att biståndsbedömarens bedömning av hjälpbehovet sker i samband med sådan planering samtidigt som de som deltar i planeringen var för sig dokumenterar vilken bedömning som görs av personens förmåga att lämna samtycke. Kommuner som organiserat socialtjänstens samverkan med hälso- och sjukvården på annat sätt kan använda sig av dessa former i stället. Bedömningen av beslutsförmågan måste dock göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. arbetsterapeut eller en demenssjuksköterska.

Eftersom det rör sig om en handläggningsregel kan ifrågasättas om den inte systematiskt hör hemma i 11 kap. socialtjänstlagen och att den föreslagna bestämmelsen alltså borde delas upp. Mot detta kan anföras att det finns fördelar med att samla alla regler som rör insatser till människor med mera varaktigt nedsatt beslutsförmåga på en plats i lagen för att skapa tydlighet. Samma resonemang kan anföras beträffande den upplysande sista meningen att regioner i förekommande fall är skyldiga att ställa hälso- och sjukvårdspersonal till socialtjänstens förfogande.

I ett förslag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen föreslår vi en skyldighet för sjukvårdshuvudmannen att ställa personal till förfogande för sådana bedömningar, t.ex. när en SIP ska tas fram. Den föreslagna bestämmelsen i HSL ålägger hälso- och sjukvården att ställa legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till kommunens för-

fogande när socialtjänsten bedömer att en individ med nedsatt beslutsförmåga kan antas vara i behov av insatser. I annat fall kan socialtjänsten, som saknar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, hamna i en situation där man inte kan använda sig av den nu föreslagna möjligheten att tillhandahålla insatser med digital teknik genom biståndsbeslut, eftersom den föreslagna möjligheten att ge bistånd förutsätter en bedömning av sådan personal.

Hur samverkan mellan huvudmännen närmare ska gestalta sig mellan huvudmännen bör inte regleras i lag. Här ska framhållas att det inte i första hand är läkare som vi anser ska utföra dessa bedömningar. Enligt vad utredningen erfar har den nya lagstiftningen som rör utskrivning från sluten vård medfört att mer välfungerande former för samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kunnat etableras. En lösning av detta slag, som bygger på redan utbyggda ”kanaler” borde därmed ha goda förutsättningar att kunna fungera. En lyckosam bieffekt är att det uppmuntrar till användning av SIP.

Tanken är att biståndshandläggare inte i första hand ska ta kontakt med regionen med stöd av den nu föreslagna bestämmelsen, utan snarare för att få till stånd en SIP, där det här kan vara en del. I många fall torde behovet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal enklare kunna anordnas inom kommunens egen verksamhet. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som vi särskilt haft i åtanke är demenssjuksköterskor och arbetsterapeuter. Kommunerna är olika organiserade och vi lämnar öppet för olika lösningar. Kompetensen måste vara avgörande.

Dokumentation

Det är av avgörande betydelse för legitimiteten och rättssäkerheten att dokumentationen inte brister när omsorg ska ges till människor med nedsatt beslutsförmåga. Bedömningarna av såväl beslutsförmågan som biståndsbehoven behöver framgå explicit i biståndsbeslut så att de kan bli föremål för granskning och uppföljning.

I 11 kap. 5 § socialtjänstlagen framgår att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Bestämmelsen kompletteras av bl.a. 5 kap. 7 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen, LVU, LVM och LSS. Där anges att av dokumentationen ska framgå bl.a. vilken bedömning som nämnden har gjort av den enskildes behov, och vilka faktiska omständigheter och händelser av betydelse som ligger till grund för nämndens bedömning. Om den enskilde inte har uttryckt hur han eller hon uppfattar sina behov, ska skälen till detta dokumenteras.

I 6 kap. i de nämnda föreskrifterna finns regler om dokumentation som gäller för utförare inom socialtjänsten. Av de allmänna råden (som visserligen inte är bindande) till 6 kap. 2 § framgår bl.a. följande. Hur en insats ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan hos utföraren. Av denna bör bl.a. framgå vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut, vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet, när och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp, om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till dennes synpunkter och önskemål och när planen ska följas upp. Genomförandeplanen bör användas som utgångspunkt för fortlöpande anteckningar i journalen och som underlag för uppföljning av insatsen. Genomförandeplanen bör revideras vid behov.[90]

I 6 kap. 4 § i de nämnda föreskrifterna anges att åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt den beslutande nämndens beslut och gällande författningar ska dokumenteras. Detsamma gäller åtgärder som vidtas av utföraren för att följa upp insatsen mot fastställda mål och den planering som har gjorts tillsammans med den enskilde.

Som redan framhållits är det i stora delar inte fråga om bindande regler utan bara allmänna råd. Under förutsättning att utförare följer de allmänna råden får man dock anses ha sörjt för en tillräckligt god dokumentation, enligt utredningens mening.

Inget förslag om samtycke inom socialtjänsten generellt

Vi har övervägt om det vore lämpligt att uttryckligen föreskriva dels att det krävs samtycke för insatser enligt socialtjänstlagen, dels vad som ska gälla som samtycke. Fördelarna vore dels att det skulle skapa

[90] HSLF-FS 2016:89.

större tydlighet på ett område där det råder förvirring, dels att en sådan reglering skulle överensstämma bättre med vad som gäller på hälso- och sjukvårdsområdet, jfr 4 kap. 2 § patientlagen. I vårt förslag till lagtext i socialtjänstlagen används dessutom ordet samtycke, trots att det inte finns något uttalat krav på just samtycke i lagen.

Efter moget övervägande har vi emellertid funnit att införandet av en bestämmelse om ”informerat samtycke” skulle kunna få svåröverblickbara konsekvenser, t.ex. i fråga om möjligheterna att inleda utredning, och att det därför inte är lämpligt att lägga fram ett sådant förslag även om det finns fördelar med att tydliggöra vad som bör anses gälla i fråga om formerna för samtycke. Vi kan konstatera att en sådan regel får påverkan inte bara på det område som den centrala delen av utredningens uppdrag handlar om, dvs. möjligheterna att tillhandahålla välfärdsteknik till dem med nedsatt beslutsförmåga, utan för alla upptänkliga insatser som ges till olika målgrupper med stöd av socialtjänstlagen. Vi har inte haft möjlighet att analysera eventuella konsekvenser av en lagändring på alla dessa områden inom ramen för denna utredning. Det vore därför oklokt att föreslå detta. Det har inte heller tydligt stöd i utredningens direktiv.

8.7.3 Individuell plan (SIP) som metod för välfärdsteknik vid nedsatt beslutsförmåga

Förslag: I 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen införs ett nytt fjärde stycke av följande lydelse.

Om den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till upprättandet av en individuell plan, får en individuell plan ändå upprättas om hans eller hennes inställning till en sådan plan så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig detta.

I 2 kap. 7 § socialtjänstlagen införs ett nytt tredje stycke av följande lydelse.

Om den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till upprättandet av en individuell plan, får en individuell plan ändå upprättas om hans eller hennes inställning till en sådan plan så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig detta.

God omsorg vid nedsatt beslutsförmåga

Socialstyrelsen har nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Rekommendationerna gäller bl.a. uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser och utbildning. Vård och omsorg vid demenssjukdom bör ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Vidare rekommenderas regelbunden och strukturerad uppföljning av personer med demenssjukdom. Uppföljningen behöver göras minst en gång per år. Syftet med uppföljningen är att bedöma personens behov av medicinskt och psykosocialt stöd samt se till att dessa behov tillgodoses. För att kunna ha ett helhetsperspektiv på den demenssjuka personens situation är det viktigt att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens uppföljning är sammanhållen. Under hela sjukdomsförloppet har sjuksköterskan, med stöd av läkare, en central roll för att fånga problemområden och koppla in lämpliga professioner när behov uppstår. Det rekommenderas också att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt, t.ex. genom regelbundna träffar där både vården och omsorgen deltar.

Under 2019 utvecklade Socialstyrelsen en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnostisering av demenssjukdom, som kompletterar de nationella riktlinjerna.[91] Med ett standardiserat insatsförlopp menas att genom en modell för samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst erbjuda de insatser och belysa de särskilda perspektiv och viktiga områden som behöver beaktas under demenssjukdomens förlopp. Även här anges att grunden för vård och omsorg för en person med demenssjukdom är ett personcentrerat förhållningssätt. Här tas upp bl.a. samverkansformer mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, både mellan huvudmän och inom verksamheter, och verktyg för att underlätta samverkan, exempelvis samordnad individuell plan. Vikten av att flera olika yrkesgrupper är representerade i vården av en person med demenssjukdom betonas särskilt. De bildar ett team som samordnas av t.ex. en demenssjuksköterska. I teamet bör även arbetsterapeut och biståndshandläggare ingå samt, i vissa fall, läkare, logoped eller dietist. Teamet

[91] Modellen består av tre delar som hänger samman. Resultatet finns publicerat i skriften Socialstyrelsen (2019f). *Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom*, med checklista och goda exempel.

bör mötas så snart som möjligt efter att demensdiagnosen ställts för att planera för insatser på kort och lång sikt.

Samverkansteamen är en del av den standardiserade modellen för insatsförloppet. Enligt Socialstyrelsen är det viktigt att det finns team som arbetar gränsöverskridande mellan region och kommun eftersom en person med demenssjukdom vanligtvis har behov av stöd från både regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst. Exempel på sådana team är dels demensteam med personal från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten, dels samverkansteam på ledningsnivå inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Samverkansmodellen förutsätter att det finns personer som är specialiserade på demenssjukdom. Modellen lyfter fram betydelsen av en SIP. Där ska framgå vilka insatser som behövs och vem som ansvarar för vad.[92]

Ett sätt att följa upp är att man på individnivå, med berörd personal och den person det gäller går igenom, och vid behov, reviderar genomförandeplaner. På övergripande nivå kan uppföljning ske bl.a. genom kvalitetsråd och teammöten. Då de boendes behov av vård och omsorg varierar är det viktigt att alla professioner som finns knutna till verksamheten deltar vid möten, för att diskutera och följa upp arbetsmetoder. Många gånger finns behov av hälso- och sjukvårdsinsatser hos den enskilde och då finns behov av att exempelvis både arbetsterapeut och sjuksköterska aktivt deltar i verksamheten.[93]

Om individuell plan

Regionen ska om den enskilde samtycker till det tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan när en enskild har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten (16 kap. 4 § HSL, jfr 2 kap. 7 § socialtjänstlagen).[94] Ofta används uttrycket *samordnad* individuell plan (SIP), vilket definierats i Socialstyrelsens termbank som en ”vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/

[92] Socialstyrelsen har även tagit fram en checklista för möjliga insatser, t.ex. trygghetslarm, ledsagning, dagverksamhet, läkemedelsgenomgång och stöd för munhälsa.
[93] Jfr IVO (2015), s. 5.
[94] Också i patientlagen finns en hänvisning till SIP. Här anges att en individuell plan ska upprättas för en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten under samma förutsättningar som när en individuell plan ska upprättas direkt med stöd av HSL. Det måste alltså finnas ett behov av insatser från socialtjänsten för att kravet på individuell plan ska aktualiseras enligt PL.

åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering".[95] Bedömningen av om behov finns ska göras i varje enskilt fall utifrån det som framkommer i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om dennes hälsotillstånd och sociala situation. Det räcker att en av huvudmännen gör den bedömningen för att skyldigheten att samverka ska inträda för båda. En SIP kan upprättas oberoende av hur stort behovet av samordning är. Alla aktörer inom kommunens socialtjänst och hemsjukvård, liksom verksamheter inom landstingets hälso- och sjukvård har en skyldighet att delta i SIP när de blir inbjudna. Det gäller även privata utförare och vårdgivare.[96] Den aktör som tagit initiativ eller initierat att en SIP upprättas har däremot ingen rätt att besluta om samhällsstöd som annan huvudman ska tillhandahålla.[97] Planen ska om möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Reglerna om SIP infördes efter förslag från Utredningen om nationell psykiatrisamordning.[98] För att minska incitamenten för huvudmän att skjuta över ansvaret på andra huvudmän föreslog utredningen att båda huvudmännen skulle ha ett likalydande ansvar för planering och samordning. En detaljerad reglering av hur huvudmännen skulle inleda planeringen ansågs inte behövas. Regeringen bedömde att det bästa instrumentet att få till stånd bra samverkansformer var skriftliga lokala överenskommelser. Att rutiner för samverkan ska finnas framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.[99]

Av prop. 2008/09:193 framgår vidare följande (s. 24 f). Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Genom

[95] Enligt Socialstyrelsens termbank kan termerna "individuell plan enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen" och "samordnad individuell plan" användas synonymt.
[96] Ibland finns det dessutom regionala samverkansavtal, riktlinjer och rutiner som utökar vilka aktörer som ska eller kan initiera en SIP, se SKL (2018b). *Använd SIP – Ett verktyg vid samverkan För alla över 18 år, vuxna och äldre*, s. 31.
[97] SKL (2018b), s. 43.
[98] SOU 2006:100 *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.
[99] (SOSFS 2011:9).

uttrycket ”tillsammans med” understryks att bestämmelsen inte är tänkt att innebära att personens samtycke inhämtas i efterhand, utan att han eller hon ska ges möjlighet att delta aktivt och att det är hans eller hennes behov och önskemål som ska utgöra utgångspunkten för planeringen. Detta ska ske när det är möjligt. Syftet med den begränsningen är att understryka att planeringsansvaret bör finnas kvar också när en person visserligen har samtyckt till att en plan upprättas, men ändå väljer att själv inte delta aktivt i planeringen, eller då någon på grund av t.ex. sin psykiska sjukdom, sin demens, sitt missbruk eller liknande inte förmår att delta.

En SIP enligt HSL och socialtjänstlagen kräver samtycke och ska således inte upprättas mot den enskildes vilja. Även sekretessbestämmelserna medför som regel att den enskilde måste ge sitt medgivande till att uppgifter lämnas från den ena huvudmannen till den andra. Planeringsskyldigheten syftar alltså inte till att utvidga huvudmännens möjlighet att utbyta information, utan planeringen ska göras med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser. När den enskilde, t.ex. på grund av psykisk sjukdom, inte har möjlighet att lämna uttryckligt samtycke förväntas huvudmännen stödja och motivera den enskilde för att ändå få till stånd en gemensam individuell plan i de fall detta bedöms nödvändigt.

En SIP är bra när kompetens kommer att behövas från flera verksamheter, enligt SKR:s vägledning om SIP. I sammanhanget nämns särskilt personer med demens, där det ses som en fördel att upprätta SIP i ett tidigt skede av sjukdomen då personen lättare kan uttrycka sin vilja.[100] När det gäller samtycke vid nedsatt beslutsförmåga bör personer som själva har svårt att efterfråga en SIP erbjudas SIP vid behov. En person kan visserligen upprätta en generalfullmakt eller en fullmakt där någon utses att företräda personen i t.ex. frågor som rör SIP och olika insatser. Fullmakten gäller dock bara så länge som personen själv kan ta in, förstå och meddela egna beslut. Om personen vill att någon annan ska kunna fatta beslut om vård- och stödinsatser när personen själv inte längre kan besluta själv kan en framtidsfullmakt vara ett alternativ. En god man behöver den berördes samtycke för att kunna bestämma om vård- och stödinsatser för personen i fråga.

Socialstyrelsen har också tagit fram en vägledning om SIP. Syftet med vägledningen är att bidra till att patienter med omfattande be-

[100] SKL (2018b), s. 21 och 27.

hov i större utsträckning än tidigare erbjuds fast vårdkontakt samt att det vid långvariga behov av vård och omsorg upprättas en SIP.

En begränsning i de vanliga reglerna om SIP är att den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården inte omfattas av reglerna.[101] Kommunens ansvar är begränsat till socialtjänstinsatser.

I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS) fastslås att om en patient efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för enheter som ansvarar för insatserna.[102] Vid tillämpning av LUS är det den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården som ska ta initiativ till samordnad individuell planering. En individuell plan med stöd av LUS ska ha samma innehåll som en individuell plan upprättad med stöd av HSL eller socialtjänstlagen. Varje region och kommun ska ta fram gemensamma riktlinjer om samverkan.[103] I samband med införandet av LUS såg regeringen behov av att inkludera den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården i den gemensamma planeringen. Därför ville man inte göra en direkt hänvisning till de tidigare reglerna i HSL och socialtjänstlagen om individuella planer.[104]

För att ta ställning till om en SIP ska upprättas i enlighet med vad som föreskrivs i HSL eller socialtjänstlagen måste en behovsbedömning göras. Omfattningen av bedömningen kan variera beroende på omständigheterna i varje enskilt fall. Uppgifterna i en epikris[105] eller en utredning av biståndsansökan bör i många fall kunna ligga till grund för en bedömning av om insatser behöver samordnas. Behovet kan också identifieras genom att den enskilde önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. Även de närståendes beskrivningar av situationen bör ha betydelse för behovsbedömningen. En tydlig situation när en individuell plan behövs är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska

[101] Se SOU 2019:29 s. 139.
[102] LUS trädde i kraft den 1 januari 2018 och ersatte den s.k. betalningsansvarslagen, lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (BAL).
[103] SKL (2018b), s. 15 f.
[104] Huruvida den kommunala hälso- och sjukvården har en skyldighet att medverka i upprättandet av en individuell plan eller ej beror alltså på om vårdinsatserna startat med en intagning vid en vårdinrättning. Se även SOU 2019:29 s. 141.
[105] Slutanteckning.

kunna fullgöra sitt ansvar. Det kan handla om en person som har sociala insatser från kommunen men som har svårt att ta emot dessa om han eller hon inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser. Behovet bör följas upp och den enskilde kan behöva motiveras till att ta kontakter som är viktiga för hans eller hennes livssituation.[106]

För att planen ska utgöra ett effektivt stöd för alla inblandade parter ska huvudmännens ansvar anges så konkret och tydligt som möjligt. Om det t.ex. finns ett biståndsbeslut om en insats ska omfattningen av beslutet framgå, och det räcker inte med allmänna formuleringar som att kommunen svarar för stöd i vardagen. På liknande sätt ska innehållet i hälso- och sjukvårdsinsatser framgå av planen, t.ex. läkemedelsbehandling, arbetsterapeutiska insatser eller sjukgymnastik (prop. 2008/09:193 s. 24).

Utredningens förslag

Enligt utredningens mening bör det vara regel att upprätta en SIP för människor med varaktigt nedsatt beslutsförmåga om inte behovet av vård och omsorg ändå uppenbart är tillgodosett, t.ex. genom att personen beviljats ett särskilt boende. Ett sådant synsätt har stöd i bl.a. Socialstyrelsens nationella riktlinjer och standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom. Vidare är det en förutsättning för att biståndshandläggaren ska kunna besluta om insatser med stöd av den föreslagna 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till en viss insats. En sådan bedömning kan förslagsvis komma till stånd i samband med upprättandet eller uppföljningen av en SIP (inom socialtjänsten finns inte legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal).

Även om förarbetena inte utesluter upprättandet av en SIP för dem som saknar förmåga att lämna samtycke, kan själva lagtexten anses lägga hinder i vägen. För att undanröja alla tvivel föreslår vi här en uttrycklig bestämmelse om att en SIP får upprättas även då den enskilde saknar förmåga att samtycka härtill. Om den enskilde motsätter sig en sådan plan går det däremot inte.[107]

Beviskravet när det gäller den enskildes förmåga att samtycka till upprättande av individuell plan är lägre än vad som föreslås gälla för att tillhandahålla vårdinsatser. Det ska räcka att personalen gör be-

[106] Prop. 2008/09:193 s. 21.
[107] I ett sådant läge är det viktigt att försöka motivera den enskilde till detta.

dömningen att personen inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till upprättandet av en SIP, det behöver inte stå klart. Orsaken till att ett lägre beviskrav bedömts lämpligt är att det handlar om samverkan mellan huvudmän i den enskildes eget intresse och inte om själva tillhandahållandet av insatser. Inte heller krävs det att hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att personens beslutsförmåga är nedsatt. Detta ligger i linje med vad som gäller för SIP i övrigt. Det ska räcka med att den ene huvudmannen bedömer att det finns behov av samordning för att reglerna ska aktualiseras. Först vid den samordnade planeringen tar hälso- och sjukvårdspersonalen ställning till om personen kan samtycka till de insatser som är aktuella. Att kalla till samordnad planering är steg ett.

Bestämmelsens användning är inte begränsad till vissa grupper, t.ex. äldre med demenssjukdom, utan ska tillämpas generellt. I socialtjänstlagens motsvarande bestämmelse om SIP föreslås en likalydande bestämmelse.

Som alltid när SIP ska upprättas ska arbetet med planen påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

8.7.4 Förslag till sekretessbrytande bestämmelse

Förslag: I offentlighets- och sekretesslagen införs en ny bestämmelse, 26 kap. 9 b §, av följande lydelse.

Om en enskild som fyllt 18 år på grund av sitt hälsotillstånd eller av annat skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretessen enligt 1 § inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas ut till en myndighet inom hälso- och sjukvården eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område i samband med upprättande eller uppföljning av individuell plan enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

I offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, regleras sekretess i det allmännas verksamhet. Sekretess innebär ett förbud att röja en uppgift, vare sig det sker muntligen, genom utlämnande av allmän handling eller på något annat sätt (3 kap. 1 § OSL).

Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § OSL). Det finns dock bestämmelser som bryter denna sekretess. Exempelvis hindrar inte sekretessen att uppgifter lämnas mellan olika hälso- och sjukvårdsmyndigheter inom en kommun eller en region och mellan allmänna och enskilda vårdgivare enligt det som föreskrivs om sammanhållen journalföring i patientdatalagen (25 kap. 11 § 3 OSL). Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretessen inte heller att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet inom socialtjänstens område (25 kap. 13 § OSL). När det gäller skyddet för uppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvård som bedrivs av enskilda näringsidkare får den som tillhör eller har tillhört sådan verksamhet inte obehörigen röja vad han eller hon i denna verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden (se 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen [2010:659]).[108]

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (26 kap. 1 § OSL). Det finns dock bestämmelser som bryter sekretessen. Sekretessen hindrar t.ex. inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso-och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lös-

[108] Motsvarande tystnadsplikt gäller i enskilt bedriven verksamhet enligt socialtjänstlagen för uppgift om enskildas personliga förhållanden (15 kap. 1 §).

ningsmedel eller vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet (26 kap. 9 § OSL).

I 10 kap. 28 § OSL, som är en generell sekretessbrytande bestämmelse föreskrivs att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. I en sådan situation kan uppgifter lämnas ut utan samtycke. Uppgiftsskyldigheten kan avse utlämnande av uppgifter av ett speciellt slag eller gälla en viss myndighets rätt att få ta del av uppgifter i allmänhet. Det kan också gälla en skyldighet för en viss myndighet att lämna andra myndigheter information. En föreskrift som generellt anbefaller samarbete mellan myndigheter kan dock inte ses som en uppgiftsskyldighet i lagens mening. I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS), som saknar en särskild sekretessbrytande bestämmelse för hälso- och sjukvården i förhållande till socialtjänsten, ansågs det obehövligt med en sekretessbrytande bestämmelse mot bakgrund av att skyldigheten att skicka ett inskrivningsmeddelande ansågs som en uppgiftsskyldighet.[109]

Enligt utredningens mening kan en biståndshandläggare inte stödja sig på någon särskild reglerad uppgiftsskyldighet för att med stöd av 10 kap. 28 § OSL lämna ut uppgifter om den enskildes personliga förhållanden till hälso- och sjukvården, även om den samordnade individuella planeringen förutsätter röjandet av uppgifter som omfattas av sekretess. En sådan uppgiftsskyldighet finns inte eftersom den inte fyller någon tydlig funktion så länge den enskilde har förmåga att samtycka till upprättandet av individuell plan och det utbyte av sekretesskyddad information som är förenat härmed. Slutsatsen är därför att det behöver införas en särskild sekretessbrytande regel för socialtjänstens del.

Visserligen har inte utredningen uppmärksammats på några problem kopplat till sekretess när en samordnad individuell plan ska tas fram. Kommunerna förefaller på något sätt kunna hantera även situationen att personen inte kan samtycka till en individuell plan. Det skulle kunna bero på att socialtjänsten bedömer att det står klart att

[109] Se prop. 2016/17:106 s. 44.

uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller honom närstående lider men.

Utredningen anser ändå att det vore bra med en uttrycklig sekretessbrytande bestämmelse för socialtjänstens del när det handlar om personer som inte kan samtycka till en samordnad individuell plan. Det kan vara nödvändigt att bryta socialtjänstsekretessen, som är avgränsad med ett omvänt skaderekvisit, i förhållande till den personal från hälso- och sjukvården som ska delta i den samordnade individuella planeringen. Den som har varaktigt nedsatt beslutsförmåga kan sällan förväntas kunna ta verklig ställning till vilka uppgifter som ska lämnas ut. Om inga uppgifter om personens hälsa får lämnas ut inför mötet, kan det vara svårt för mötesdeltagarna att förbereda sig på ett meningsfullt sätt. Som framgått tidigare anser utredningen att en individuell plan är en bra arbetsmetod när det gäller att bedöma vilka behov som en person med varaktigt nedsatt beslutsförmåga har. Sekretesslagstiftningen behöver möjliggöra det informationsutbyte som krävs för att en individuell planering ska kunna komma till stånd. Det är svårt att se hur syftet med planeringen skulle kunna uppnås utan att verksamheterna utbyter uppgifter om den enskildes hälsa. Lagen behöver därför möjliggöra att integritetskänslig information kan lämnas utan att samtycke har inhämtats eller lämnats från den enskilde.

Vi bedömer att en sådan regel som föreslås inte medför stora risker för att känsliga personuppgifter som omfattas av sekretess sprids till en större krets än de närmast berörda. Det handlar inte om att möjliggöra direktåtkomst utan om utlämnande i enskilda fall när det gäller personer som saknar förmåga att samtycka till uppgiftslämnandet. I sammanhanget ska också framhållas följande. Uppgifterna som lämnas till hälso- och sjukvården kommer alltså att på samma sätt som tidigare omfattas av stark sekretess och tystnadsplikt. Den personal inom hälso- och sjukvården som kommer att ta del av uppgifterna är legitimerade yrkesutövare som tar del av uppgifterna som ett led i sin tjänsteutövning. Hälso- och sjukvårdspersonal är dessutom vana vid att handskas med sekretessuppgifter om hälsa. Verksamhetssystemen inom hälso- och sjukvården omgärdas av minst lika höga krav när det gäller informationssäkerhet som verksamhetssystem inom socialtjänsten. Sekretessen kan vidare bara brytas i den enskildes eget intresse, inte för andra ändamål. Kravet för att bryta socialtjänstsekretessen är dessutom högt ställt – det handlar

om situationer där den enskilde ska tillhandahållas nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd. Formuleringen överensstämmer med kravet för att bryta hälso- och sjukvårdssekretessen för att lämna uppgifter om enskilda till socialtjänsten. Informationen borde kunna gå i båda riktningarna.

Utredningens fokus ligger på äldreomsorgen, men vi har i allmänhet inte velat avgränsa lagförslagen till någon viss ålder. I det här sammanhanget föreslås dock en 18-årsgräns. Det sammanhänger med att denna utredning inte haft möjlighet att utreda konsekvenserna av en sekretessbrytande bestämmelse när det gäller barn och i förhållande till skolhuvudmän, där andra sekretessregler gäller.

Vi noterar att Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01) bl.a. har i uppdrag att utreda och lämna förslag om sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso-och sjukvård. Det är sannolikt att den utredningen kommer att lämna lagförslag som, om de blir verklighet, medför att den paragraf som föreslås här blir obehövlig. Den utredningen har emellertid inte kommit så långt i arbetet ännu.

8.8 Överväganden om behovet av lagstiftning om skyddet för den personliga integriteten

I det moderna samhället behandlas personuppgifter dagligen i en mycket stor omfattning av både företag och myndigheter. Sådan behandling är många gånger nödvändig för att verksamheter ska fungera ändamålsenligt och effektivt. Myndigheter har ofta berättigade skäl att behandla känsliga personuppgifter och i många fall sker detta i den registrerades eget intresse. All personuppgiftsbehandling medför dock samtidigt risker för intrång i den enskildes personliga integritet. Uppgifter som av den enskilde kan uppfattas som känsliga och integritetskränkande kan t.ex. behandlas i olika former av register, uppkomma genom kameraövervakning eller publiceras i inlägg på internet. För att skydda enskildas integritet finns därför ett behov av bestämmelser som bl.a. begränsar vilka personuppgifter som får behandlas och för vilka ändamål och som föreskriver att en otillåten behandling ska rättas eller upphöra.

Integritetskommittén berörde välfärdsteknik i sitt delbetänkande.[110] Man konstaterade att många av de tjänster som personer med avsaknad av beslutsförmåga har behov av inte i dag kan ges med uttryckligt och tydligt lagstöd i lagstiftningen på omsorgens område. Vidare framhölls att användning av digitala och tekniska lösningar i socialtjänsten såsom kameraövervakning, gps-sändare och sensorer innefattar hantering av mycket nära och känsliga uppgifter om enskilda personer med stort hjälpbehov. Man såg en risk för bristande informationssäkerhet. Bedömningen var att det finns allvarliga risker för den personliga integriteten i samband med hantering av personuppgifter inom socialtjänstens användning av välfärdsteknik.

Hantering av digitala uppgifter innebär vissa risker. Dessa är av olika art och kan betraktas som olika allvarliga. I en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys nämns flera exempel på hur känsliga personuppgifter fått oönskad spridning.[111] Generellt kan riskerna för oönskad spridning grupperas enligt följande.

1. **Uppgifter kan spridas av misstag**, på grund av slarv eller okunnighet. Det finns exempel på hur e-post med mycket integritetskänslig information skickats till många användare. Vidare kan bristande säkerhetsrutiner göra att register är öppna för dataintrång.
2. **Onödig information kan vara tillgänglig**. Personal kan ha tillgång till information som inte är nödvändig i sammanhanget.
3. **Medvetna dataintrång.** Det finns många exempel på att personal läst kända personers eller grannars journaler av olika skäl. Det kan också vara för att kontrollera kvinnliga släktingar.[112] Personer med skyddad identitet riskerar att få denna röjd. En vanlig uppfattning är att de fall som upptäcks bara är toppen på ett isberg.[113]

[110] *Hur står det till med den personliga integriteten?* (SOU 2016:41).
[111] Vårdanalys (2016b). *Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv*, Rapport 2016:3, s. 57 f.
[112] Vårdanalys (2016b), s. 61 f.
[113] När det gäller hackning kan konstateras att s.k. personuppgiftsincidenter enligt dataskyddsförordningen numera ska bli föremål för anmälan till Datainspektionen. Ett incidentrapporteringskrav finns även till MSB, jfr MSBFS (2016:2).

4. **Stora mängder data försvårar anonymisering.** Ju fler uppgifter och ju färre individer som delar de egenskaper som analyseras desto lättare är det att ringa in enskilda individer även om data anonymiserats. Detta har särskilt betydelse för kunskapsinhämtning genom s.k. big data.[114] Big data-analyser medför också att individer kan kartläggas på sätt som tidigare inte varit möjligt. Enorma mängder uppgifter i form av bl.a. elektroniska spår, ofta väldigt detaljerade, kan inhämtas och pusslas ihop på ett sätt som exponerar individens livsföring. Det är den sammantagna mängden uppgifter som är integritetskänslig. Hur problematiskt det är beror på vem som gör det och vad syftet med insamlandet är.[115]
5. **Uppgifter kan användas för andra ändamål i framtiden.** Det kan vara för syften som i dag är otillåtna eller anses oacceptabla. Det kan handla om en ändrad tillämpning eller lagstiftning, men också till följd av större samhällsförändringar. Det finns heller inga garantier för att inte uppgifter hamnar i oönskade händer.[116]

Konsekvenser av att uppgifter hamnar fel och hur allvarligt det är beror på uppgifternas art, vem det rör och andra omständigheter. Uppgifter om psykiatrisk vård och sexuell läggning kan anses extra känsliga, men även adressuppgifter kan vara av stor betydelse för en person som lever under hot. För vissa kan det finnas skäl att oroa sig för att anhöriga ska få del av uppgifter som man berättat för sin läkare i förtroende, t.ex. genom att ens patientjournal i ökad utsträckning tillgängliggörs på nätet, medan det för andra är värre om ytligt bekanta eller andra, t.ex. arbetsgivare eller försäkringsbolag, ska få reda på saker om ens hälsa. Många fall av skvallerläsning handlar om att vårdpersonal läser kända personers journal. Riskerna handlar inte bara om att utsättas för andras missaktning utan också om att avstå från att söka vård eller avbryta behandling. I detta sammanhang kan nämnas att det kan vara förenat med livsfara för vissa kvinnor att det uppdagas att de utfört en abort. Attityder kring psykisk hälsa kan medföra att man får sämre somatisk vård.[117] På samhällsnivå finns risker som handlar om sårbarhet för hot, utpressning och sabotage, men kanske också minskad tillit. Oavsett om en oönskad spridning

[114] Begreppet är oklart men handlar om möjligheter till insamling och samanalysering av enorma mängder data, vilket möjliggörs av den tekniska utvecklingen.
[115] Vårdanalys (2016b), s. 65 f.
[116] Vårdanalys (2016b), s. 67.
[117] Vårdanalys (2016b), s. 69.

av personuppgifter har fått några påvisbara konsekvenser eller ej bör det rimligen ses som ett allvarligt problem i sig att personuppgifter har nått obehöriga.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat[118] att även om det finns en i vissa delar oöverblickbar potential i användningen av digitala uppgifter om individers vård och hälsa medför samtidigt insamlandet, hanteringen och användandet av sådan information risker och problem ur ett integritetsperspektiv. Debatten om huruvida nyttoaspekterna eller skyddet av den personliga integriteten bör väga tyngst har intensifierats under senare år.[119]

Myndigheten noterar att frågorna om värdet av digitala hälsouppgifter och integritetsproblematiken ofta diskuteras var för sig. En rad statliga utredningar har gjorts med ett övergripande syfte att analysera hur informationshanteringen kan bli mer effektiv och ändamålsenlig i förhållande till olika begränsande faktorer, i första hand skyddet av den personliga integriteten.[120] Parallellt med utredningar som fokuserat på ett ökat tillgängliggörande av digitala hälsouppgifter har andra utredningar fått i uppdrag att undersöka vilka integritetsrisker som kan drabba medborgare inom bl.a. hälso- och sjukvården (t.ex. SOU 2016:41). De utredningar som föreslagit ett förenklat eller ett ökat användande av digitala hälsouppgifter har väckt motstridiga reaktioner. Samma splittring präglar den offentliga debatten, menar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vissa anser att integritetsskyddet tillmäts en orimligt stor betydelse, medan andra anser att integritetsskyddet är en grundpremiss. De flesta anser att det krävs någon form av intresseavvägning. Det finns dock få exempel på analyser som lyckas förena utnyttjandet av den stora potentialen i individers hälsouppgifter med ett rimligt skydd av den personliga integriteten. För att diskussionen ska komma vidare, politiska beslut kunna fattas och nya lösningar utformas behöver dessa aspekter hanteras tillsammans, anser myndigheten.[121]

[118] Vårdanalys (2016b).
[119] Vårdanalys (2016b), s. 4.
[120] Utredningarna har bl.a. handlat om hur elektroniska journaluppgifter lättare ska kunna delas mellan samverkande aktörer (SOU 2014:23), hur personuppgifter ska få användas på mer ändamålsenliga sätt i registerforskning (SOU 2014:45) och införandet av en gemensam läkemedelslista (SOU 2015:32).
[121] Vårdanalys (2016b), s. 10 och 20.

Ett skäl till att det är svårt att nå enighet kring integritetsskyddets värde och omfattning är att man lägger olika innebörd i begreppet personlig integritet.[122] En svårighet i sammanhanget är att individer är olika ”känsliga” när det gäller gränsen för det privata. När personlig integritet ses som en grundläggande mänsklig fri- och rättighet, vilket synsätt också kan sägas ha stöd i lagstiftningen, påverkar det dock synen på vilka integritetsintrång som kan anses legitima eller acceptabla. Det har då ingen avgörande betydelse om det får några negativa konsekvenser för en viss individ om hans eller hennes personuppgifter råkar spridas till obehöriga. En sådan spridning ska alltid anses allvarlig, eftersom det rör sig om uppgifter som man bör kunna förfoga över själv. Statens medicinsk-etiska råd kan sägas företräda det synsättet. Vissa typer av personuppgifter har lagstiftaren pekat ut som särskilt känsliga. Hit hör uppgifter om hälsa. Sådana personuppgifter anses känsliga oavsett vad individen tycker. Faktum är att skyddsvärdet ansetts så högt att det är förbjudet att behandla sådana personuppgifter. Den som vill göra det måste stödja sig på ett uttryckligt undantag.[123] Sekretesslagstiftning ger också uttryck för hur känsliga vissa typer av uppgifter typiskt sett kan anses vara genom att verksamheter omgärdas av sekretess med olika styrka. Inom hälso- och sjukvården liksom inom socialtjänsten tillämpas ett omvänt skaderekvisit, dvs. en presumtion för sekretess.

Sammantaget kan därför konstateras att personuppgifter som hanteras inom äldreomsorgen anses ha ett högt skyddsvärde från integritetssynpunkt. När verksamheter inom socialtjänsten brister i informationssäkerhet är det således allvarligt. Om det ska vara möjligt att breddinföra välfärdsteknik inom äldreomsorgen måste sådana brister åtgärdas och de måste åtgärdas före införandet.

[122] Vårdanalys (2016b) kap. 4
[123] Artikel 9 i dataskyddsförordningen.

8.9 Förslag om lagstöd med fokus på skyddet av den personliga integriteten

8.9.1 Lagstöd för att använda viss digital teknik

Förslag: I 3 kap. socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse av följande lydelse.

Användning av digital teknik som medför övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden får ske inom socialtjänsten under förutsättning att ändamålet är att säkerställa eller öka den enskildes trygghet, självständighet, aktivitet eller delaktighet.

Värdet av att använda tekniken ska vid en samlad bedömning uppväga intrånget i den enskildes personliga integritet.

Allmänt

Denna utredning har som övergripande mål att främja användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Att rättsläget uppfattas som oklart är en faktor som påverkar beredvilligheten att satsa på välfärdsteknik i kommunerna. Vår utgångspunkt är därför att föreslå de lagändringar som kan behövas för att klargöra förutsättningarna, både för personer med nedsatt beslutsförmåga och andra. Målsättningen är däremot inte att försämra skyddet för den personliga integriteten. Vi föreslår därför nya regler som ska stärka både rättssäkerheten och informationssäkerheten på detta område.

Behovet av lagstöd vid betydande intrång i den personliga integriteten

Av 2 kap. 6 § andra stycket RF framgår att enskilda gentemot det allmänna är skyddade mot betydande intrång i den personliga integriteten som innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden, om inte den enskilde samtyckt till åtgärden. Ett sådant samtycke behöver vara en frivillig viljeyttring som föregåtts av tillräckligt med information för att möjliggöra ett ställningstagande. Undantag från det skydd som föreskrivs i 2 kap. 6 § RF kan endast föreskrivas i lag och då bara i syfte att tillgodose ändamål som

är godtagbara i ett demokratiskt samhälle (2 kap. 20–21 §§ RF). Sådana begränsningar får heller aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett begränsningen. Både åtgärdens omfattning och arten av det intrång som åtgärden innebär ska beaktas vid bedömningen av vilka åtgärder som kan anses utgöra ett ”betydande intrång”. Åtgärdens ändamål och andra omständigheter kan också ha betydelse. Bestämmelsen omfattar endast sådana intrång som på grund av åtgärdens intensitet eller omfattning eller av hänsyn till uppgifternas integritetskänsliga natur eller andra omständigheter innebär ett betydande ingrepp i den enskildes privata sfär.[124]

Med det sagt är det ändå inte uppenbart vad som i det enskilda fallet räknas som ett betydande intrång eller inte. Ett sätt att se på bestämmelsen är därför som en anvisning till lagstiftaren: om man vill möjliggöra för det allmänna att övervaka och kartlägga enskildas personliga förhållanden på ett sätt som skulle kunna anses utgöra betydande intrång i den personliga integriteten behöver man reglera förutsättningarna i lag och därvid se till att begränsningarna inte går utöver vad som är nödvändigt.

Att begränsningarna måste ske i lagform och stå i proportion till ändamålet framgår också av artikel 8 i Europakonventionen, som gäller som svensk lag. Lagar och föreskrifter får heller inte meddelas i strid med Europakonventionen (2 kap. 19 § RF). Även i artikel 52 i EU:s stadga föreskrivs att begränsningar av rättigheterna däri måste ske i lag med beaktande av proportionalitetsprincipen och vidtas endast om de är nödvändiga och faktiskt svarar mot mål av allmänt samhällsintresse som erkänns av unionen eller behovet av skydd för andra människors fri- och rättigheter. Stadgan är tillämplig när medlemsstaterna tillämpar unionsrätten, t.ex. dataskyddsförordningen.

Till saken hör att enligt den nuvarande regleringen på dataskyddsområdet är det olämpligt att grunda lagligheten i en personuppgiftsbehandling på samtycke när förhållandet mellan parterna inte är jämlikt, med tanke på risken för att samtycket inte lämnas frivilligt (skäl 43 i dataskyddsförordningen, se avsnitt 7.11.1). Datainspektionen har i ett ärende rörande användning av ansiktsigenkänning inom gymnasieskola i syfte att underlätta närvarokontroll av eleverna funnit att inom skolområdet är det tydligt att eleven står i beroendeställning till skolan vad gäller betyg, studiemedel, utbildning och därmed möjlighet till framtida arbete eller fortsatta studier (dess-

[124] Prop. 2009/10:80 s. 250 f.

utom är det fråga om barn). Vid närvarokontroll är eleven i en sådan beroendeställning att det råder betydande ojämlikhet, ansåg Datainspektionen som därav drog slutsatsen att samtycke inte kunde utgöra laglig grund för de personuppgiftsbehandlingar som ärendet omfattade.[125]

Det framstår som uppenbart att relationen mellan en patient och hälso- och sjukvården, liksom relationen mellan en biståndssökande och socialtjänsten också präglas av en betydande ojämlikhet. Varken det allmänna eller privata utförare skulle därmed kunna stödja en behandling av personuppgifter på att personen i och för sig har samtyckt till behandlingen. Det här visar att problemet inte är begränsat till dem som saknar förmåga att lämna ett informerat samtycke utan tvärtom gäller alla potentiella användare, alldeles oavsett om de har beslutsförmåga eller ej. Från dataskyddsförordningens synpunkt är inhämtandet av samtycke meningslöst när den som samtycker är i en beroendeställning. Det är avgörande att man har stöd i lag.

Frågan är då om registerförfattningen på socialtjänstområdet, SoLPUL, kan anses utgöra ett sådant lagstöd eftersom den möjliggör behandling av personuppgifter oberoende av samtycke inom socialtjänsten. SoLPUL tillämpas enligt 1 § vid behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, om behandlingen är helt eller delvis automatiserad eller om uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt ett eller flera särskilda kriterier. Där finns inga bestämmelser som rör välfärdsteknik.

Många anser att SoLPUL behöver moderniseras. Lagen infördes samtidigt som socialtjänstlagen och skulle ange de undantag och preciseringar i förhållande till personuppgiftslagen (1998:204), PUL, som ansågs motiverade.[126] I samband med anpassningen av svensk rätt till dataskyddsförordningen gjorde Socialdataskyddsutredningen en översyn av bl.a. SoLPUL, men denna tog endast sikte på eventuella ändringsbehov till följd av dataskyddsförordningen.[127] Det kan inte heller sägas ligga inom ramen för denna utrednings uppdrag att göra en mer allmän översyn av SoLPUL. Därför har vi att förhålla oss till den lagens aktuella disposition och innehåll.

[125] Datainspektionen DI-2019-2221, s. 6
[126] Prop. 2000/01:80 s. 132.
[127] Datainspektionens expert menade att lagen var föråldrad och borde ses över mer ingående.

SoLPUL är en utpräglad registerlagstiftning som i huvudsak tar sikte på behandling av personuppgifter i samband med handläggning av ärenden och annan nödvändig administration. Även om behandling av personuppgifter innefattar i stort sett allt man kan göra som innefattar hantering av personuppgifter, bl.a. kameraövervakning, kan konstateras att välfärdsteknik inte var något som lagstiftaren hade i åtanke när SoLPUL togs fram runt millennieskiftet. Även om användningen av exempelvis kamera eller gps som en del av utförandet av en tillsynsinsats skulle kunna rymmas inom lagens ändamål, kan SoLPUL inte anses utgöra något tydligt stöd för detta.

Vissa pragmatiska bedömare har fört fram att det borde gå bra att använda integritetskänslig digital teknik utan explicit samtycke så länge intrånget inte kan anses som betydande och att frågan om intrånget är betydande ska avgöras mot bakgrund av om åtgärden ger individen stora mervärden eller ej. Andra hävdar att det inte är fråga om vare sig övervakning eller kartläggning av individers personliga förhållanden eftersom syftet är att tillhandahålla hälso- och sjukvård eller omsorg. Härigenom skulle man kunna undvika kravet på samtycke som föreskrivs i 2 kap. 6 § andra stycket RF och stödja behandlingen på enbart SoLPUL. Resonemangen har vissa uppenbara svagheter. Det råder ingen konsensus om vad ett betydande intrång är, vilket gör tillämpningen rättsosäker. Det är mycket osäkert om ett ändamål som är starkt positivt för individen ”neutraliserar” intrånget så att grundlagsskyddet inte aktualiseras.

Att ett lagstöd kan anses otillräckligt framgår också av det nämnda tillsynsärendet rörande närvarokontroll genom ansiktsigenkänning i skolan. Datainspektionen konstaterade att det finns en rättslig grund för att administrera elevers närvaro i skolan, men att det saknas ett uttryckligt lagstöd för att utföra uppgiften genom behandling av känsliga personuppgifter eller på annat mer integritetskänsligt sätt.[128] Myndigheten anförde bl.a. att enligt förarbetena till dataskyddslagen (prop. 2017/18:105 s. 51) ökar kraven på den kompletterande nationella regleringen avseende precision och förutsägbarhet när det är frågan om ett mer kännbart intrång och att det krävs ”särskilt lagstöd” enligt 2 kap. 6 § 2 och 2 kap. 20 § RF. Genom att använda ansiktsigenkänning via kamera för närvarokontroll av elever ansågs kommunen ha behandlat personuppgifter i strid med artikel 5 i dataskyddsförordningen. Elevers personuppgifter hade behandlats på ett

[128] Se s. 7.

för den personliga integriteten mer ingripande sätt och som omfattat fler personuppgifter än vad som varit nödvändigt för det angivna ändamålet. Det lagstöd som kommunen åberopat ansågs inte tillräckligt tydligt för den här typen av behandling och det samtycke från elever och vårdnadshavare som hade inhämtats ansågs inte ha något värde från rättslig synpunkt eftersom relationen mellan skola och elev inte är jämlik och samtycke därför olämpligt som rättslig grund för behandlingen.[129]

Datainspektionen har ännu inte har haft tillfälle att presentera sin syn på rättsläget för äldreomsorgens del efter att dataskyddsförordningen trätt i kraft. Det vägledande beslut som finns är från 2016 och rör tillämpningen av dåvarande kameraövervakningslagen i gemensamma utrymmen på ett äldreboende[130]. För övrigt är det inget i beslutet som tyder på att SoLPUL också ansetts tillämplig.[131]

Till utredningen har framförts uppfattningen att det skulle kunna vara så att det saknas tillräckligt stöd i själva grundförfattningarna för verksamheten, dvs. HSL och socialtjänstlagen, för att använda teknik som inkräktar på det grundlagsskyddade området, oavsett om den berörde har nedsatt beslutsförmåga eller ej. I synnerhet gäller det för socialtjänstens del, där reglerna om verksamhetens ändamål är otydligast. Med detta synsätt skulle man behöva förtydliga att användningen av teknik inom ramen för hälso- och sjukvård eller inom ramen för en insats inom socialtjänsten också ska räknas som hälso- och sjukvård respektive social omsorg.

Rättsläget är således oklart. Oklarheten kan medföra oavsiktliga intrång i enskildas personliga integritet. Till detta kommer det faktum att kommunernas osäkerhet när det gäller de rättsliga förutsättningarna för användning av välfärdsteknik har identifierats som ett avgörande problem om man av olika skäl vill öka användningen av digital trygghetsteknik. Oavsett om man anser att Datainspektionen ”har rätt” eller inte när det gäller lagstödet för att använda sig av

[129] Kommunen ansågs vidare ha brutit mot artikel 9 genom att ha behandlat känsliga personuppgifter (biometriska uppgifter) utan att ha ett för behandlingen giltigt undantag från förbudet att behandla känsliga personuppgifter. Slutligen ansågs kommunen ha brutit mot artiklarna 35 och 36 genom att inte ha uppfyllt kraven på en konsekvensbedömning och inte ha inkommit med ett förhandssamråd till Datainspektionen. Kommunen fick en varning samt ett beslut om sanktionsavgift på 200 000 kronor. Enligt uppgift har beslutet överklagats.
[130] DI-1545-2016.
[131] Här kan nämnas att Datainspektionen inlett ett tillsynsärende som rör kamerabevakning på ett LSS-boende, gällande en fast kamera på utsidan av ett fönster riktad in i en bostad. Av pressmeddelandet framgår att man särskilt avser att granska om det går att stödja behandlingen av personuppgifter på samtycke som rättslig grund.

välfärdsteknik inom äldreomsorgen, är det uppenbart att risken för negativa konsekvenser i samband med tillsyn har en hämmande inverkan på kommunernas beredvillighet att satsa på digital trygghetsteknik. Det kan dröja många år innan rättsläget hunnit klarna genom domstolspraxis. Därför vore det angeläget med tydliga regler.

Vi gör därför bedömningen att stöd för äldreomsorgens personuppgiftsbehandling behöver finnas i form av en lag i den mån denna kan anses medföra betydande intrång i den personliga integriteten och innefatta övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Vi vill föreslå ett lagstöd för användningen av integritetskänslig teknik inom äldreomsorgen som även uppfyller kraven i dataskyddsförordningen. En sådan lagreglering syftar alltså inte till att möjliggöra övervakning eller kartläggning av enskildas personliga förhållanden mot deras vilja. Syftet är en ökad rättssäkerhet för enskilda, oavsett beslutsförmåga, och ökad tydlighet för verksamheter inom äldreomsorgen i fråga om användning av potentiellt integritetskränkande digital teknik.

Vi föreslår således ett lagstöd i socialtjänstlagen som slår fast att övervakning eller kartläggning av en individ med hjälp av teknik får ske under förutsättning att ändamålet är att säkerställa eller öka den enskildes trygghet, självständighet, aktivitet eller delaktighet. Dessa ändamål är desamma som framgår av definitionen av välfärdsteknik i Socialstyrelsens termbank.

Värdet av att använda tekniken ska vid en samlad bedömning uppväga intrånget i den personliga integriteten. Vid bedömningen bör bl.a. beaktas vilket integritetsintrång som uppstår om samma behov i stället tillgodoses med hjälp av personal, om tekniken stärker personens självständighet, vilka negativa konsekvenser som personen riskerar om tekniken inte används, hur åtgärden ska utföras, om teknik som samtidigt främjar skyddet av den enskildes personliga integritet används och var övervakningen ska ske. Bedömningen behöver göras på individnivå. Det är särskilt betydelsefullt när det gäller bistånd till personer med nedsatt beslutsförmåga. Därför föreslås en hänvisning till den nu föreslagna 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen. Bedömningen behöver då dokumenteras, antingen i biståndsbeslutet eller genomförandeplanen.

Ordvalet övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden i den föreslagna bestämmelsen ska ses mot bakgrund av hur skyddet för den personliga integriteten formulerats i

grundlagen. Det speglar alltså inte utredningens syn på användningen av digital trygghetsteknik inom äldreomsorgen. Syftet med att uttrycka sig på detta sätt är att minska eventuella tolkningsproblem genom att göra det tydligt att det är åtgärder inom det grundlagsskyddade området som åsyftas.

En fördel med ett tydligt lagstöd av detta slag är också att den regeln inte bara kommer att gälla i förhållande till det allmänna utan även i förhållande till privata utförare.

Bedömningsstöd

För att kunna ge individen bästa möjliga stöd är det viktigt att utgå från den berörda personens tillstånd och behov. Först därefter följer frågan om hur individens behov kan tillgodoses. Om svaret är att behoven kan tillgodoses helt eller delvis med hjälp av en viss teknik bör man ställa sig frågan vilka effekter som tekniken kan förväntas få för individen, i synnerhet i jämförelse med andra alternativ. Alternativa sätt ska lyftas fram eftersom den etiska värderingen av den aktuella tekniken alltid måste ställas i relation till dessa alternativ. Har man provat andra insatser först är det viktigt att redovisa vilka effekter som dessa insatser har haft och varför de inte fungerar tillfredsställande nu. Viktigt att tänka på i det sammanhanget är att ett möjligt alternativ är att inte göra något alls, vilket emellertid sällan framstår som ett alternativ för den som vill tillhandahålla en god vård och omsorg.

En risk är att man börjar använda en teknik mer generellt i stället för behovsanpassat, vilket kan leda till negativa konsekvenser. Ibland talas det i dessa sammanhang om ett teknologiskt imperativ, det vill säga att om vi har teknik och har börjat vänja oss vid att använda den, så finns det risk att vi rutinmässigt använder oss av den även i de fall när den egentligen inte är berättigad.[132] Om man t.ex. installerar en övervakningskamera att användas på natten, finns kanske en risk för att man av bekvämlighetsskäl även börjar använda den på dagen i stället för personlig tillsyn. Av socialtjänstlagen framgår tydligt att ett biståndsbeslut ska vila på en bedömning av individens behov.

[132] Sandman L. (2015). *Etik och nedsatt beslutsförmåga. Etisk bedömning vid användning av välfärdsteknologi för personer med nedsatt beslutsförmåga*. s. 8.

Enligt ett bedömningsstöd som publicerades av MFD år 2015 kan bl.a. följande frågor ställas för att få grepp om etiken i ett visst fall:[133]

- Vad kännetecknar situationen som har gett upphov till tanken att åtgärden eller tekniken ska användas för personen? Vilka behov, möjligheter och förutsättningar finns hos personen?
- Vilka alternativ finns till den åtgärd eller teknik som övervägs?
- Vilka åtgärder har redan prövats? Vad har utfallet varit?
- Vilken effekt förväntas den övervägda åtgärden eller tekniken ha när det gäller aktivitet och andra praktiska konsekvenser, delaktighet och andra sociala konsekvenser, trygghet, fysiska och psykiska symtom (inklusive välbefinnande), påverkan på funktionsförmåga och livshotande konsekvenser?
- Vilka positiva och negativa konsekvenser får det för personen om inget görs? (samma bedömningsområden som föregående fråga)
- Vilka risker kan finnas med att använda åtgärden/tekniken och alternativen?
  a) Funktionalitet hos åtgärden/tekniken:
  b) Hantering och kompetens hos individen
  c) Hantering och kompetens hos personalen.
- Finns det handlingsberedskap för att hantera dessa risker?
- Kan personen själv förstå syftet med åtgärden/tekniken och ta ställning till om den ska användas eller inte? Kan personen formulera önskningar och värderingar kring åtgärden/tekniken? Förefaller personens beslut stämma med dessa värderingar?
- Kan åtgärden/tekniken i sig stärka personens självbestämmande eller självständighet? Jämför med alternativen.
- Är åtgärden/tekniken i sig begränsande för personens möjlighet att agera/ röra sig på egen hand? Jämför med alternativen.
- Kan åtgärden/tekniken uppfattas som stigmatiserande eller nedvärderande? Jämför med alternativen.

[133] I skriften finns även frågor som rör mer generella, strukturella effekter.

– Finns det en risk för att åtgärden/tekniken även börjar användas i situationer när den inte ska användas? Jämför med alternativen.
– Hur skulle vi förhålla oss till åtgärden/tekniken om det handlade om personer i motsvarade situation utan omsorgsbehov?
– Inkräktar åtgärden/tekniken på personens fysiska, rumsliga eller personliga integritet? Jämför med alternativen.
    a) Fysisk integritet (dvs. är det en teknik som bärs inuti eller på kroppen på ett sätt som upplevs inkräktande?
    b) Rumslig integritet (dvs. är det en teknik som placeras i personens egen rumsliga sfär (egna rum, lägenhet, hus etcetera) på ett sätt som upplevs inkräktande?
    c) Personlig integritet (dvs. innebär tekniken att känslig information hanteras på ett sätt som upplevs inkräktande?

Enligt riktlinjen i Västeråsmodellen är bedömningen av användning av trygghetskamera inom vård och omsorg speciell eftersom individer som behöver insatsen redan befinner sig i ett sammanhang där tillsyn och uppsikt pågår. Avvägningen av om intresset att använda trygghetskamera för att kunna hålla uppsikt ska då i stället vägas emot individens förväntade inställning till integritetsintrånget att bli iakttagen av en fysisk person i närheten eller via en kamera. I avvägningen ingår även att bedöma om integritetsintrånget kan vägas upp på något sätt, t.ex. genom att tekniklösningen utformas så att intrånget blir minsta möjliga. Enligt Västeråsmodellen ska följande frågor besvaras för att få ett bra underlag för bedömning av tillsyn, om åtgärder är tillåtna, lämpliga och rätt metod i den aktuella situationen.

1. Inventera och analysera problembilden
    a) Beskriv vilka inträffade händelser som föranleder att ni vill använda tillsyn som stödåtgärd
    b) Vilka tider på dygnet uppstår problemen? Hur ofta har problemen inträffat?
    c) På vilka platser eller i vilka utrymmen?
2. Vilka andra åtgärder har prövats? Beskriv vilka andra åtgärder som redan har prövats och varför dessa inte bedöms som tillräckliga.

3. Beskriv de uppskattade vinsterna/förväntade effekterna för individen
   a) om tillsyn sker med stöd av personal
   b) om tillsyn sker med stöd av trygghetslösning.

Vidare ska tillsyn anpassas utifrån den enskildes behov: typ av situationer, tid på dygnet, intervall. Vid användande av trygghetsskapande teknik ska individuella inställningar göras.

Biståndsbeslut och verkställighet

I betänkandet *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer* (SOU 2017:21) noterade den särskilda utredaren att även om välfärdstekniken används som en del i utförandet, ska när så krävs alltid göras övervägande utifrån individens förutsättningar och vilja.[134] Utredaren ansåg att den enskildes behov ska styra och att biståndsbesluten så långt möjligt ska utgå från dennes önskemål. Vill individen ha sällskap bör det vara möjligt och vill individen gå ensam bör gps kunna erbjudas för att öka tryggheten och säkerheten.[135] Bedömningen var att välfärdsteknik har förutsättningar att underlätta arbetet i vård och omsorg om äldre personer, men inte får införas på sådant sätt att det innebär att äldre personer upplever att de inte har en reell möjlighet att välja bort den tekniska lösningen.[136]

Kammarrätten i Göteborg har i en lagakraftvunnen dom från den 1 juni 2018 funnit att en 80-årig kvinna hade rätt till bistånd i form av ”två tillsyner per natt av personal som kommer till hennes hem” (mål nr 4506-17). Kvinnan led av bl.a. yrsel och nedsatt balans. Personalen som utförde nattillsynen skulle inte hjälpa henne med något praktiskt, utan skulle bara kontrollera om hon låg och sov.

Kammarrätten noterade att det framgick av utredningen att den enskilde inte var i behov av någon omvårdnadsinsats nattetid, vilket innebar att tillsynsbehovet i och för sig kunde tillgodoses genom nattillsyn med stöd av trygghetskamera. Stor hänsyn måste emellertid tas till den enskildes önskemål även om den enskilde inte har en obegränsad rätt att fritt välja vilken biståndsinsats som ska tillhanda-

[134] Se SOU 2017:21 s. 622.
[135] SOU 2017:21 s. 613.
[136] SOU 2017:21 s. 638.

hållas, ansåg domstolen. Integritetsaspekterna vägde tungt vid valet av insats. Att mot den enskildes önskemål besluta om tillsyn genom trygghetskamera i hennes sovrum ansågs inte i överensstämmelse med vare sig socialtjänstlagens intentioner att verksamheten ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet eller 22 § kameraövervakningslagen som innebar att kameraövervakningen bygger på frivillighet. Kammarrätten gjorde därför bedömningen att hon för att uppnå en skälig levnadsnivå hade rätt till nattillsyn som utförs av personal som kommer till hemmet.

Kammarrätten var dock inte enig. Rättens ordförande ansåg (i likhet med förvaltningsrätten) att den enskilde hade tillförsäkrats en skälig levnadsnivå genom kommunens beslut om bistånd i form av tillsyn två gånger per natt med trygghetskamera. Lagmannen anförde bl.a. att det inte framgick att behovet av omvårdnad krävde fysiska besök i hemmet, att kameraövervakningslagen inte hindrar att bistånd erbjuds i den formen och att sökandens önskemål om bistånd i viss form inte väger så tungt att det motiverade bifall.

Domen överklagades inte och har följaktligen vunnit laga kraft. Det betyder inte nödvändigtvis att kommunerna måste följa domen. Självfallet ska kommunen ta hänsyn till individens önskemål så långt det bedöms lämpligt, men det finns inget stöd i socialtjänstlagen för att den enskilde skulle kunna utkräva en ”teknikfri” insats. Så länge den insats som kommunen erbjuder innebär att individens behov tillgodoses och denne härigenom tillförsäkras en skälig levnadsnivå är kommunen inte skyldig att utforma verkställigheten av en insats på ett annat sätt. Den enskilde kan däremot tacka nej till erbjuden insats och därigenom undgå ett integritetsintrång som man motsätter sig. För att kunna hävda att insatsen verkligen tillgodoser behoven måste dock krävas att en individuell behovsbedömning gjorts som utvisar att tekniken tillgodoser den enskildes behov och att den enskilde härigenom är tillförsäkrad en skälig levnadsnivå.

Ytterst är det en fråga om vad socialtjänsten måste tillhandahålla invånarna i kommunen i form av stöd och service, dvs. den närmare omfattningen av det offentliga åtagandet på detta område. Socialtjänstlagen är påfallande otydlig på denna punkt. I grunden är detta en politisk fråga och inte en juridisk. Den närmare utformningen av socialtjänstinsatser är också något som berörs av den kommunala självstyrelsen. Om staten anser att kommuner bör vara skyldiga att tillhandahålla ”teknikfria” insatser enligt socialtjänstlagen, behöver man vara tydligare med detta.

Det är centralt att socialtjänstens behovsbedömningar håller god kvalitet, dokumenteras och att uppföljning av insatsen sker med jämna mellanrum även om personen inte själv initierar detta. Med fördel kan både behovsbedömning och uppföljning göras i samband med samordnad individuell planering (SIP), för att tillvarata kompetensen hos bl.a. sjuksköterska och arbetsterapeut. På detta område lämnar vi emellertid öppet för lokala rutiner. Det som är avgörande är att insatsen håller god kvalitet och tillgodoser den enskildes behov såsom de framgår av socialtjänstens utredning.

Risker med intrång i den personliga integriteten

Frågan är då vad användningen av välfärdsteknik egentligen innebär för risker när det gäller skyddet för den personliga integriteten.

Först kan konstateras att de sekretessbestämmelser som gäller vid behandling av personuppgifter inom socialtjänsten i sig innebär ett mycket starkt skydd för personuppgifterna eftersom det råder en presumtion för sekretess. Vidare innebär dataskyddsförordningens regler att personuppgifter inte får behandlas för något ändamål som är oförenligt med det för vilket uppgifterna samlades in, liksom att inte fler personuppgifter får behandlas än som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen. Bestämmelserna i dataskyddsförordningen är tvingande och direkt tillämpliga för de personuppgiftsansvariga.

Av artikel 24 i dataskyddsförordningen framgår att med beaktande av behandlingens art, omfattning, sammanhang och ändamål samt riskerna, av varierande sannolikhetsgrad och allvar, för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med denna förordning. Åtgärder ska ses över och uppdateras vid behov. Det kan också handla om genomförande av lämpliga strategier för dataskydd.

Av artikel 25 framgår att inbyggt dataskydd ska vara standard. Det handlar om att genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder – såsom pseudonymisering – vilka är utformade för ett effektivt genomförande av dataskyddsprinciper – såsom uppgiftsminimering – och för integrering av de nödvändiga skyddsåtgärderna i behandlingen, så att kraven i denna förordning uppfylls och den registrerades rättigheter skyddas. Den personuppgiftsansvarige ska

genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att, i standardfallet, säkerställa att endast personuppgifter som är nödvändiga för varje specifikt ändamål med behandlingen behandlas. Den skyldigheten gäller mängden insamlade personuppgifter, behandlingens omfattning, tiden för deras lagring och deras tillgänglighet. Framför allt ska dessa åtgärder säkerställa att personuppgifter i regel inte utan den enskildes medverkan görs tillgängliga för ett obegränsat antal fysiska personer.

Vid varje behandling av personuppgifter ska lämpliga informations- och it-säkerhetsåtgärder vidtas för att skydda uppgifterna. Uppgifter om individer som får insatser inom vården och omsorgen är överlag att betrakta som känsliga, omfattas sannolikt av sekretess och ska därför hanteras med hög nivå av säkerhet. Det innebär bl.a. att uppgifter endast får överföras via öppet nät, t.ex. internet, med kryptering och att åtkomst till informationen ska begränsas med en säker metod så att endast personal som behöver uppgifterna för sitt arbete kan ta del av dem. För att fastställa vilka informations- och it-säkerhetsåtgärder som ska krävas bör varje ny tekniklösning föranleda en systemsäkerhetsanalys. Den innehåller en klassificering av informationen, en risk- och sårbarhetsanalys och ett avsnitt med beslut om åtgärder. I samband med detta bör varje tekniklösning beskrivas ur tekniskt perspektiv, för att säkerställa att ingen lagring av information sker på oväntat sätt, hos leverantören, är nåbar via internet eller liknande. I de fall tekniklösningen ska upphandlas måste säkerhetsanalysen göras inför upphandlingen och utgöra underlag för kravställning.

Utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen lyfte fram vissa risker som utredningen förknippade med användning av välfärdsteknik. Det handlade dels om att teknik skulle ersätta mänsklig kontakt, dels om hur den äldre personen ska kunna vara trygg med att uppgifter om personens hälsa och omvårdnadsbehov som lagras via olika former av digital teknik inte kan användas på ett obehörigt sätt. Detta gäller inte bara det som finns i patientjournaler och social dokumentation, utan även de uppgifter som t.ex. förs över via sensorer från den äldre personen till en server. När en kommun eller ett landsting överväger att införa välfärdstekniska lösningar inom vården och omsorgen om äldre bör det vara tydligt vilka värden som kan uppnås och om det finns risker vad gäller teknisk säkerhet och för den enskildes integritet, anförde utredningen.[137]

[137] SOU 2017:21. s. 612.

Vi kan inte se hur användningen av larmteknik nattetid skulle kunna vara problematiskt från ensamhetssynpunkt. En förutsättning är dock att socialtjänsten har tagit i beaktande att den äldre personen kan ha ett behov av bistånd kopplat till social samvaro. Man behöver göra en individuell behovsbedömning, gärna med hjälp av IBIC, och i förekommande fall bevilja bistånd i form av t.ex. ledsagarservice, färdtjänst och liknande i syfte att motverka isolering och ensamhet. Kommunen kan också på olika sätt uppmuntra till deltagande i öppna verksamheter som riktar sig till äldre. Det är inte säkert att individen vill ha mer sällskap från just socialtjänstens personal. En del har anhöriga och vänner som de har mer gemensamt med och hellre vill umgås med än med hemtjänstpersonalen. Vissa är aktiva i föreningslivet, religiösa samfund eller har en givande hobby. Civilsamhället och då inte minst pensionärsorganisationerna har en viktig roll att spela för att minska ensamheten hos äldre och inspirera till att lära nytt, inte minst när det gäller datorer och mobiltelefoni. Att avstå från välfärdsteknik för att man oroar sig för att folk kan drabbas av ensamhet bygger på okunskap om hur tekniken används.

Särskilt om digital nattillsyn

Med hjälp av en kamera i hemmet kan personal titta till personer som känner sig oroliga t.ex. för att ramla när de kliver upp om natten för att gå på toaletten, utan att störa deras nattsömn. Kameran kopplas upp via en router och är kopplad till mobilnätet. Kameran använder krypterad trafik för bilderna. Den typiska videokameran har en fast placering och kan inte panorera eller zooma. Därför är det viktigt att man vid installationen hittar rätt vinkel och avstånd till personens säng. Sedan kan hemtjänstpersonalen logga in på en surfplatta eller en dator och där se bilderna från kameran i sovrummet. Kameran har ett osynligt ljus som lyser upp lägenheten och gör att kameran kan se även när det är kolsvart. Kamerorna har som regel inte en sådan kvalitet att de kan avgöra den äldre personens hälsostatus, t.ex. andningsfrekvens, puls, kroppstemperatur, blodtryck eller andra hälsorelaterade parametrar. Den kan bara avgöra om den enskilde ligger i sin säng eller inte. Det går heller inte att se vad som händer i sovrummet hela natten, utan bara under vissa bestämda klockslag (tidsfönster). Det är individen själv som tillsammans med socialtjänsten

bestämmer hur ofta tillsynen ska ske nattetid, i regel kl. 22.00–07.00. De flesta kommuner avtalar om kameratillsyn med samma frekvens som den fysiska tillsynen skulle ha gjorts.

Själva tillsynen tar oftast bara några sekunder. I de flesta kommuner har leverantören begränsat möjligheten att titta i kameran. Om en tillsyn ska göras vid en viss tidpunkt är kameran öppen en timme för att ge en viss flexibilitet, eftersom personalen kan behöva skjuta på den regelbundna tillsynen, t.ex. om någon annan larmar eller det är flera tillsynsbesök vid samma tillfälle. Den enskilde kan inte se vem det är som tittar, men när kameran är aktiv lyser en liten lampa. Kamerabilderna är skarpa och det syns om personen sover. I de flesta fall tar kameran inte upp ljud. Tillsynen loggas i systemet, men inga bilder spelas in eller lagras. Om personalen inte kan se personen görs en ny tillsyn efter kanske 20 minuter. Om den enskilde inte är tillbaka då heller kan larmcentralen ringa upp den enskilde för att få kontakt eller skicka en signal till nattpatrull/larmpatrull som gör ett fysiskt besök. Rutinerna varierar något, bl.a. beroende på om tjänsten upphandlats.[138]

En servicetekniker i en kommun med 25 kameror uppgav i en intervju att tekniken fallerat någon gång vid en storm, men att det är ytterst sällan."[139] För att skydda individens personliga integritet bör s.k. välfärdsbredband användas, dvs. ett internt nät i stadsnätet. Individen kommer åt sina beviljade tjänster endast via detta nät och kan inte använda bredbandet för annat. Det interna nätet skapar högre säkerhet och integritet än en traditionell internetförbindelse.

Avvikelser sker kontinuerligt till följd av att den enskilde har ett behov som föranleder ett fysiskt besök eller att tekniken fallerar. Det finns också tillfällen då enskilda eller anhöriga satt kameran ur funktion, medvetet eller omedvetet. De kan dragit ur sladden eller

[138] De kommuner som har en egen larmcentral beskriver detta som en nyckelfaktor för att arbetet ska fungera bra. Det är lättare för en lokal larmcentral att bedöma larm och avvikelser och lämna uppgifter till nattpatrullen. Den egna centralen kan också lättare få feedback från nattpatrullen. I de större kommunerna kan det finnas särskild personal som ska ansvara för trygghetslarm, kameratillsyn och gps-larm. De egna larmfunktionerna är bemannade med allt ifrån en ensam sjuksköterska som också har andra uppgifter, till larmcentraler med hög säkerhet och ett större antal personal. Nattpatruller som gör den ordinarie tillsynen och insatser under natten får som regel också ta larm. Detta innebär att schemat kan spricka. I en större kommun finns en jourpatrull som tar larmen från trygghetslarmen och kamerorna medan ordinarie nattpatruller kan köra enligt sina egna scheman med insatser och tillsyn.

[139] www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/har-ar-kameran-som-skoter-tillsyn-av-aldre-nattetid

flyttat på den så att den inte fyller sin funktion.[140] Kommunerna uppgav i Socialstyrelsens undersökning att 1,5–10 procent av kameratillsynen resulterar i ett larm till nattpatrullen.[141]

Socialstyrelsen gjorde 2018 en intervjuundersökning som omfattade 12 kommuner[142] om trygghetskameror och gps-larm (se även avsnitt 4.2.5). Studien visar att trygghetskameror och gps-larm förbättrat äldreomsorgen, men att det finns brister. Exempelvis saknas ofta rutiner för att hantera samtycke. Både de enskilda och deras anhöriga ansåg att trygghetskamerorna var mindre integritetskränkande än fysisk tillsyn. En kommun framhöll att ingen av de enskilda har valt bort kameran när de väl fått den. Flera av de intervjuade äldre beskrev att de hade varit tveksamma eller negativa till tekniken innan de hade prövat. Tveksamheten handlade om att de (felaktigt) trodde att kameran filmade hela tiden och att bilderna sparades.[143] De lät sig dock övertygas att testa, av personalen eller av anhöriga, kanske inom ramen för ett pilotprojekt. De flesta menade också att de inte har behov av social kontakt nattetid. De träffar anhöriga, vänner och hemtjänstpersonal dagtid och ansågs räcka. Det var heller ingen anhörig som ansåg att brukaren hade förlorat möjligheten till social kontakt genom att fysisk tillsyn nattetid ersatts av kameratillsyn (”på natten förväntas man ju sova”).[144]

I rapporten nämns ett exempel där en enskild skulle beviljas tillsyn efter en sjukhusvistelse. Anhöriga ville att personen skulle ha tillsyn på natten då det var långt till toaletten (och det fanns en fallrisk). Handläggaren föreslog då att de skulle ställa in en toaletthink i sovrummet. Den enskilde ville inte detta och ville inte heller ha någon fysisk tillsyn. Den enskilde beviljades då i stället kameratillsyn och vågade då gå på toaletten nattetid på egen hand.[145]

Det rådde konsensus i personalgrupperna som Socialstyrelsen intervjuade om att kamerorna är bra. Kamerorna gör att de äldres nattsömn blir bättre, då de får sova ostört. Därmed får de mer ork och funktionsförmåga dagtid. I vissa fall kan behovet av medicinering minska. Ett annat resultat var att många upplever en stärkt integ-

[140] Socialstyrelsen (2018b). *Välfärdsteknik En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner*. s. 19.
[141] Socialstyrelsen (2018b), s. 29.
[142] Örebro, Järfälla, Karlskrona, Norrtälje, Östersund, Kramfors, Falun, Linköping, Malmö, Karlstad, Göteborg och Halmstad.
[143] Socialstyrelsen (2018b), s. 26.
[144] Socialstyrelsen (2018b), s. 28.
[145] Socialstyrelsen (2018b), s. 25.

ritet, då det inte längre kommer personal mitt i natten. Nattpatrullen har ingen annan kontakt med den enskilde, så för den enskilde är det okända personer som kommer in i bostaden vid ett fysiskt tillsynsbesök. Ibland händer det att personer som blivit väckta och blivit oroliga av ett fysiskt tillsynsbesök larmar strax efter att nattpatrullen varit där. Särskilt personer med demens kan bli oroliga och gå upp och lämna bostaden, ofta utan att ha anpassat sin klädsel. Det blir även färre störningar för anhöriga i samma bostad och i vissa fall för grannar som blir störda av nattpatrullens bil som kör och dörrar som öppnas och stängs.

Personalens arbete blev effektivare, då man slapp göra nattlig rutintillsyn och kunde ägna sig mer åt de som verkligen behövde ett personligt besök. I samtliga personalgrupper framkom att det hade blivit färre långa tillsynsresor till personer som bara har behov av tillsyn. I flera av kommunerna kunde det handla om flera mil för ett enda tillsynsbesök. Det beskrevs som positivt att de hade kunnat skära ner på de långa resorna som enbart är till för att göra ett enda besök och konstatera att en person ligger och sover i sin säng. Själva besöket kan vara avklarat på någon minut. En arbetsledare uttryckte att kameratillsyn är positivt för nattpatrullens personal. De slipper utsättas för risker med viltolyckor i trafiken m.m. bara för att besöka en person som alltid ligger i sin säng och sover.[146]

Socialstyrelsen anser att för de personer som blir störda och oroliga av ett fysiskt tillsynsbesök är kameratillsyn att föredra. Den ger en nivå av trygghet som ofta räcker och den skapar inte oro eller stör nattsömnen. I synnerhet personer med demens kan bli särskilt oroliga om de blir väckta under natten. Detta kan leda till att de går upp och ibland lämnar bostaden. Det finns dock situationer där trygghetskameran ger en sämre trygghet, eller en falsk trygghet. Det är när systemet inte fungerar, när kameran har slutat att fungera eller larmcentralen ligger nere t.ex. på grund av strömavbrott.[147]

Enligt utredningens mening uppväger normalt fördelarna för individen med detta arbetssätt de risker för integritetsintrång som kan finnas. Det är dock av avgörande betydelse att man gör en individuell behovsbedömning. Individen kan dessutom tacka nej till insatsen och därigenom undvika sådan övervakning och kartläggning, även om vi inte tror att det kommer att vara vanligt. Om en

[146] Socialstyrelsen (2018b), s. 18.
[147] Socialstyrelsen (2018b), s. 56.

individ med nedsatt beslutsförmåga tackar nej eller visar med sitt agerande att man motsätter sig teknikens användning, kan personalen pröva sig fram och försöka att utforma insatsen på ett annat sätt som inte väcker irritation eller oro.

Särskilt om mobilt trygghetslarm (gps)

Vanliga aktiva trygghetslarm, som används inomhus, anses oproblematiska från integritetssynpunkt. Passiva larm har däremot viss karaktär av övervakning även om övervakningen sker på ett sätt som inte ska störa den enskilde i onödan och sker i trygghetssyfte. Ett mobilt trygghetslarm är en enklare mobiltelefon med gps-funktion där positioneringen sker med hjälp av satelliter. Utomhus fungerar tekniken i alla väder, men det kan vara svårt att få en position inomhus. En användare som har gått vilse kan enkelt larma genom en enkel knapptryckning och prata med anhöriga eller omsorgspersonal, som då kan få en exakt position för personen på en karta. Anhöriga och personal kan också ringa till enheten och få direkt kontakt med personen utan att den enskilde larmat först. Ett alternativ är att enheten larmar automatiskt om användaren går utanför en på förhand fastställd trygghetszon (geofence). Enheten bärs ofta på armen eller i ett band runt halsen, men finns även i form av en sula som man kan lägga i skon (så man inte glömmer den). Hur larmet hanteras varierar från kommun till kommun. Det kan vara en särskild larmpatrull eller en upphandlad larmmottagning centralt. Det är lätt att se hur stort värde som gps kan ha som ett anhörigstöd.[148] Behovsbedömningen enligt socialtjänstlagen måste dock utgå från omsorgstagarens egna behov och önskemål. I praktiken förskrivs ofta gpslarm enligt hälso- och sjukvårdslagen.

[148] Det förekommer ofta att anhöriga involveras vid mottagning av larm, vilket har både för- och nackdelar. Å ena sidan kan det vara lättare för en anhörig att närma sig en människa med demenssjukdom som gått vilse, å andra sidan kan inte socialtjänsten undgå ansvar om en anhörig av någon anledning inte skulle svara på larmet. Faktum är dock att många anhöriga själva vill vara larmmottagare och den här typen av arrangemang förekommer förstås helt utan socialtjänsten inblandning, vilket nog är det billigaste för kommunen. Risken för integritetsintrång torde vara större när gps används helt utan insyn från samhället. Samtidigt kan konstateras att det nog inte framstår som ett alternativ för en anhörig att inte kontrollera vad en demenssjuk anhörig tar vägen eller har för sig. Anhöriga upplever ofta stor lättnad och ökad frihet eftersom de slipper övervaka personen rent fysiskt hela tiden, vilket framgår av flera studier. Hjälpmedelsinstitutet (2013). *Nyttokostnadsanalys vid införande av välfärdsteknologi – exemplet Posifon.* Se också Malmqvist, C & Hannertz, Å (2012).

En uppenbar fördel med denna teknik är att man snabbt och enkelt kan hitta en individ som lämnat hemmet, kanske nattetid och på vintern med fel klädsel för årstiden. Det är det viktigaste och handlar om att rädda liv. Här kan också nämnas att samhället varje år lägger ned en del resurser på att söka efter försvunna personer, bl.a. äldre och sjuka som gått vilse[149], och att den totala kostnaden för en sökinsats som klassas som räddningstjänst beräknats uppgå till 390 000–500 000 kronor för samhället. I genomsnitt pågår en räddningsinsats i knappt tolv timmar och omfattar minst tio poliser, Hemvärnet, personer från orienteringsklubbar o. dyl. Totalt deltar i genomsnitt 50 personer. Dessutom sätts ofta helikopter in. Det är dock bara en mindre del av dem som går vilse som eftersöks på detta sätt. I många fall är det anhöriga eller hemtjänstpersonal som letar, i ett senare skede kanske med hjälp av polisen. Vanligen hittar man den försvunna personen inom ett par timmar. Om personer har gps går det betydligt snabbare, vilket minskar risken för att personen ska fara illa under tiden. Det är av särskilt intresse eftersom det ofta handlar om somatiskt sjuka och sköra personer som är känsliga för nedkylning och uttorkning.

Här ska dock framhållas att långt ifrån alla som har mobilt trygghetslarm lider av demenssjukdom eller ens kognitiv svikt. Till saken hör att det är många som har gps i sina mobiler, fullt medvetna om att de i den meningen låter sig övervakas. De flesta verkar inte anse att det är problematiskt från integritetssynpunkt, men individer kan självfallet tycka olika. Det handlar kanske om hur individen värderar de vanliga applikationsprogram som använder gps. Från etisk synpunkt är det svårare med dem som saknar förutsättningar att ta ställning till vad tjänsten egentligen innebär. En noggrann bedömning måste göras av hur deras behov bäst ska tillgodoses, med medverkan av hälso- och sjukvårdspersonal. Det är ofrånkomligt att många inte kommer att kunna få sina behov tillgodosedda i hemmet utan behöver flytta till särskilt boende. Även där kan de dock ha hjälp av tekniken, efter en individuell behovsbedömning och med noggrann uppföljning. I ett särskilt boende kan den här typen av teknik användas med framgång för att minska förekomsten av (olagliga) låsta dörrar och andra tvångs- och begränsningsåtgärder, dvs. intrång i den fysiska integriteten. Det går således att minska skadliga och inte sällan olagliga intrång i den grundlagsskyddade rörelsefriheten med

[149] Mellan 300 och 400 ärenden på år, varav kanske 80 som rör äldre med kognitiv svikt.

hjälp av tekniken. Dessutom slipper den enskilde ständig övervakning av andra. Vi menar att en händelseinducerad övervakning är att föredra, liksom en övervakningsform som inte skapar onödig oro och frustration.

8.9.2 Förslag om stärkt informationssäkerhet inom socialtjänsten

Förslag: I lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPUL) införs en ny bestämmelse, 9 §, med ny rubrik (”Informationssäkerhet”) före, av följande lydelse.

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska

1. bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att personen ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter,
2. se till att åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras, och
3. göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter.

Genom en ändring i 11 § första stycket i SoLPUL ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ges rätt att meddela föreskrifter om tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter som förs helt eller delvis automatiserat, om dokumentation och kontroll av elektronisk åtkomst och i fråga om säkerhetsåtgärder vid helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter.

Bedömning: Reglerna om informationssäkerhet i patientdatalagen behöver inte ändras.

Inledning

Informationssäkerhet handlar om både tillgång till korrekt information och säkerställande av skydd för individers personliga integritet. Som en grundläggande princip gäller enligt artikel 5.1 f i dataskyddsförordningen att personuppgifter ska behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet. I artikel 24 anges att personuppgiftsansvariga ska vidta tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa att behandlingen utförs i enlighet med förordningen. Det kan vara fråga om skyddsåtgärder i it-system och administrativa stödrutiner hos de personuppgiftsansvariga, exempelvis inbyggt dataskydd och dataskydd som standard, och åtgärder under behandlingen som en personuppgiftsansvarig anser behövs för att säkerställa en lämplig säkerhetsnivå. I artikel 25 fastslås principerna om inbyggt dataskydd och dataskydd som standard. Inbyggt dataskydd innebär att hänsyn tas till integritetsskyddsreglerna redan när it-system och rutiner utformas.

I artikel 32 finns krav på att personuppgiftsansvariga ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till risken. När personuppgiftsansvariga vidtar dessa åtgärder ska de beakta den senaste utvecklingen, genomförandekostnaderna och behandlingens art, omfattning, sammanhang och ändamål samt riskerna av varierande sannolikhetsgrad och allvar. Vidare anges att det när det är lämpligt kan åtgärderna avse pseudonymisering och kryptering av personuppgifter, förmågan att fortlöpande säkerställa konfidentialitet, integritet, tillgänglighet och motståndskraft hos behandlingssystemen och tjänsterna, förmågan att återställa tillgängligheten och tillgången till personuppgifter i rimlig tid vid en fysisk eller teknisk incident och ett förfarande för att regelbundet testa, undersöka och utvärdera effektiviteten hos de tekniska och organisatoriska åtgärder som ska säkerställa behandlingens säkerhet. Av skäl 15 framgår att skyddet för fysiska personer bör vara teknikneutralt. Det är upp till personuppgiftsansvariga att bestämma vilka åtgärder som ska vidtas.

Dataskyddsförordningen är direkt tillämplig och tvingande. Medlemsstaterna får dock både behålla eller införa nationella bestämmelser för att anpassa tillämpningen av förordningen med hänsyn till behandling för att efterleva artikel 6 punkt c och e genom att närmare fastställa specifika krav för uppgiftsbehandlingen och andra åtgärder för

att säkerställa en laglig och rättvis behandling. Det kan handla om villkor som ska gälla för den personuppgifts-ansvariges behandling, vilken typ av uppgifter som ska behandlas, vilka registrerade som berörs, de enheter till vilka personuppgifterna får lämnas ut och för vilka ändamål, ändamålsbegränsningar, lagringstid samt typer av behandling och förfaranden för behandling.

Hälso- och sjukvården har skarpare regler för personuppgiftsbehandling än socialtjänsten

Behörighetsstyrning kan uttryckas som arbete med att avgöra hur stor tillgång till uppgifter i ett verksamhetssystem som en person med en viss funktion eller roll får. Behörighetsstyrning är fundamentalt för att se till att ingen obehörig åtkomst sker inom en organisation. Bestämmelser om sekretess utgör en utgångspunkt för vilka uppgifter som någon får ta del av. Anställda inom en verksamhetsgren får inte ta del av uppgifter inom en annan verksamhetsgren utan föregående sekretessprövning. I 11 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen anges att handlingar ska förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Regeln är av väsentlig betydelse som ett komplement till reglerna om sekretess. På samma sätt som sekretessreglerna syftar den till att skydda dem som vänder sig till socialtjänsten från obehörig insyn i privatlivet. Regeln tar alltså närmast sikte på sådana handlingar som innehåller uppgifter som omfattas av sekretess. Obehörig är den som inte har legitim anledning att ta del av handlingen i sin tjänsteutövning.[150]

It-system bör vara utformade med behörighetsstyrning som kan anpassas efter organisationens arbetssätt. Ett idealiskt system för kontroll av behörigheter ska kunna se till att identifierade användare kommer åt rätt information enkelt men hindras att komma åt ”fel” information, dvs. personuppgifter som inte behövs för att lösa ens arbetsuppgift. Behovs- och riskanalyser har en avgörande betydelse för en väl avvägd behörighetstilldelning.

Inom hälso- och sjukvården gäller enligt 4 kap. 2 § PDL att vårdgivaren ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om patienter som förs helt eller delvis automatiserat och att sådan behörighet ska begränsas till vad som

[150] Se prop. 1979/80:1 s. 563.

behövs för att den enskilde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården erinrar först om föreskrifterna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, se 3 kap. 1 §. Därefter anges, i 3 kap. 2 §, att vårdgivaren genom ledningssystemet ska säkerställa att

1. dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet),
2. personuppgifterna är oförvanskade (riktighet),
3. obehöriga inte ska kunna ta del av personuppgifterna (konfidentialitet), och
4. åtgärder kan härledas till en användare (spårbarhet) i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade.[151]

Enligt 3 kap. 5 § ska vårdgivaren fortlöpande bedöma om det i verksamheten finns risker för händelser som kan medföra att kraven i föreskrifterna inte uppfylls. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyserna ska dokumenteras.

Enligt 3 kap. 9 § ska vårdgivaren säkerställa att kraven i föreskrifterna uppfylls vid upphandling eller egenutveckling av informationssystem som används för behandling av personuppgifter. Enligt 3 kap. 10 § ska vårdgivaren vid utveckling, idrifttagande och ändring av informationssystem som används för behandling av personuppgifter säkerställa att personuppgifternas tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet inte riskeras. Vårdgivaren ska säkerställa att ett informationssystem testas innan det tas i drift.

Av 3 kap. 11 § framgår att vårdgivaren ska planera för hur verksamheten ska bedrivas om informationssystem som används för behandling av personuppgifter inte fungerar. Vårdgivaren ska vidare planera för hur återstart eller återställande ska göras efter funktionsstörning. Planeringen ska dokumenteras. I 3 kap. 12–13 §§ finns krav på säkerhetskopiering och förvaring av säkerhetskopior. I 3 kap. 14 §

[151] Till bestämmelsen finns ett allmänt råd att vårdgivaren bör använda svenska standarder för informationssäkerhet då ledningssystemet byggs upp, t.ex. standarder i ISO/IEC 27000-serien.

framgår att vårdgivaren ska säkerställa att informationssystem som används för behandling av personuppgifter skyddas fysiskt mot skada, störning och obehörig åtkomst. Enligt de allmänna råden bör informationssystemen förvaras i säkra utrymmen inom avgränsade skalskydd som har lämpliga säkerhetsavspärrningar och tillträdeskontroller.

Om vårdgivaren använder öppna nät vid behandling av personuppgifter, ska denne ansvara för att överföring av uppgifterna görs på ett sådant sätt att inte obehöriga kan ta del av dem och att elektronisk åtkomst eller direktåtkomst till uppgifterna föregås av stark autentisering (3 kap. 15 §). Vårdgivaren ska årligen utvärdera skyddet mot såväl intern som extern olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem som används för behandling av personuppgifter (3 kap. 18 §). För flyttbara medier för lagring av personuppgifter ska säkerställas att obehöriga inte kan ta del av dem och att de inte går förlorade (3 kap. 19 §). Medium för informationslagring med personuppgifter ska avvecklas på sådant sätt att uppgifter inte kan läsas eller återskapas (3 kap. 20 §).

I 4 kap. finns regler om åtkomst till uppgifter om patienter, vilka utgår från 4 kap. 2 § och 6 kap. 7 § PDL. Det handlar bl.a. om vårdgivarens styrning av behörigheter och s.k. aktivt val inom en vårdgivares verksamhet men även sammanhållen journalföring (4–6 §§). Vårdgivaren ansvarar för att varje användare tilldelas en individuell behörighet för åtkomst till personuppgifter. Vårdgivarens beslut om tilldelning av behörighet ska föregås av behovs- och riskanalys. Rutiner ska tas fram för ändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheter ske för att säkerställa att de är riktiga och aktuella.

Enligt 4 kap. 9 § ska vårdgivaren ansvara för att

1. det av dokumentationen av åtkomsten (loggar) framgår vilka åtgärder som har vidtagits med uppgifter om en patient,
2. det framgår vid vilken vårdenhet som åtgärderna vidtagits,
3. det framgår vid vilken tidpunkt som åtgärderna vidtagits,
4. användarens och patientens identitet framgår av loggarna,
5. systematiska, återkommande stickprovskontroller av loggar görs,
6. kontroller av loggarna dokumenteras, och
7. att loggarna sparas minst fem år för att möjliggöra kontroll.

I 6 kap. PDL finns regler om behandling av personuppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar själv för att personliga lösenord och hjälpmedel för autentisering inte kan bli tillgängliga för annan, och att datorer eller andra enheter som används för att hantera uppgifter om patienter inte lämnas utan att uppgifterna är skyddade mot obehörig åtkomst (6 kap. 1 §). Vårdgivaren ska säkerställa att uppdragstagare eller andra som arbetar för eller har slutit avtal med vårdgivaren förbinder sig att skydda uppgifter om patienter mot obehörig åtkomst enligt vad som anges i 1 § (6 kap. 2 §).

Det förtjänar kanske framhållas att hälso- och sjukvårdens regelverk tillämpas inte bara av regioner utan också av kommuner inom ramen för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Men i motsats till de detaljerade krav som gäller för hälso- och sjukvården anges inga krav i SoLPUL beträffande säkerhetsåtgärder vid behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Några sådana framgår inte heller i socialtjänstlagen eller dataskyddslagen.

Socialstyrelsen har nyligen haft ett regeringsuppdrag[152] om arbetet med en säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten.[153] I uppdraget framhölls det som angeläget att klargöra vilka krav som behöver uppfyllas vid automatiserad behandling av personuppgifter för att behandlingen ska överensstämma med gällande rätt med hänsyn till ett starkt integritetsskydd för den enskilde och en effektiv kommunal förvaltning. Av rapporten framgår bl.a. följande.

Det saknas en nationell reglering av säkerhetsåtgärder för socialtjänstens personuppgiftsbehandling. Regelverket för säkerhet vid behandling av personuppgifter inom socialtjänsten är övergripande och anger inte i detalj vad som krävs av personuppgiftsansvariga. Sekretessreglerna och reglerna för ändamålet med personuppgiftsbehandlingen är viktiga utgångspunkter för vem som ska få ta del av vilken information. Personuppgifter inom socialtjänsten får bara behandlas om det är nödvändigt för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras. För att följa dataskyddsförordningen och se till att rätt personer ska ta del av rätt uppgifter räcker det inte med att köpa ett system eller en autentiseringslösning. Varje personuppgiftsansvarig behöver analysera behov och risker med personuppgiftsbehandlingen för sin verksamhet. De personuppgifter som

[152] Dnr S2018/04039/FST.
[153] Socialstyrelsen (2019a). *Säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten. Rättsläge och utgångspunkter.*

socialtjänsten behandlar kan ofta innehålla uppgifter om hälsa som är en sådan särskild kategori av uppgifter som har ett starkare skydd i dataskyddsförordningen. Dessutom är i regel uppgifterna som behandlas integritetskänsliga även om de inte tillhör de särskilda kategorierna i dataskyddsförordningen. Ett uttryck för att det är fråga om uppgifter som normalt sett är att anse som känsliga är att uppgifterna omfattas av sekretess. De uppgifter om personliga förhållanden som socialtjänsten behandlar omfattas som huvudregel av sekretess. Det är därför rimligt att säkerhetsåtgärder som vidtas inom socialtjänsten sker på en nivå som motsvarar vad som gäller för personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården.[154] [155]

Skarpare regler om skyddet för personuppgifter inom socialtjänsten behövs

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) stödjer sig i nu relevanta delar på bemyndigandet 7 kap. 4 § och 8 kap. 5 § första stycket 1 och 3 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), 2 och 3 §§ patientdataförordningen (2008:360) samt 2 § 1 och 4, 3 § 1 och 4 § 5 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. I 2 § patientdataförordningen föreskrivs att Socialstyrelsen efter samråd med Datainspektionen får meddela föreskrifter i vissa avseenden, bl.a. om tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter som förs helt eller delvis automatiserat enligt 4 kap. 2 § PDL och om dokumentation och kontroll av elektronisk åtkomst enligt 4 kap. 3 § PDL. Enligt 3 § får Socialstyrelsen, efter samråd med Datainspektionen, meddela föreskrifter som behövs för verkställigheten av PDL i fråga om säkerhetsåtgärder vid helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter.

Förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen ger inte stöd för att meddela några föreskrifter gällande behandling av personuppgifter och journaler inom socialtjänsten. Det gör självfallet inte patientsäkerhetsförordningen eller patientdataförordningen heller. Enligt 8 kap. 1 § socialtjänstförordningen får Socialstyrelsen meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten

[154] Socialstyrelsen (2019a), s. 37.
[155] JO har dragit paralleller till hälso- och sjukvården, se JO beslut 2015-12-29, dnr 1376-2013.

som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser bl.a. äldre personer Vidare gäller enligt 8 kap. 5 § socialtjänstförordningen att Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av bl.a. socialtjänstlagen samt föreskrifter om verkställigheten av denna förordning. Socialstyrelsen kan knappast stödja sig på dessa bemyndiganden för att lämna föreskrifter om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Någon skyldighet att samråda med Datainspektionen, som föreskrivs för hälso- och sjukvårdsområdet, finns inte heller.

Det som finns på socialtjänstens område är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av Socialtjänstlagen, LVU, LVM och LSS, som stödjer sig på bl.a. 8 kap. 5 § socialtjänstförordningen. Föreskrifterna ska tillämpas vid dokumentation under handläggning av ärenden som gäller enskilda samt under genomförande och uppföljning av beslut om insatser i verksamhet som omfattas av 11 kap. 5 § eller 7 kap. 3 § första stycket socialtjänstlagen samt i vissa andra angivna fall. De har inte tillnärmelsevis lika hög detaljeringsgrad som de föreskrifter i samma ämne som vänder sig hälso- och sjukvården, men föreskrifterna för hälso- och sjukvården stödjer sig på bl.a. PDL, som i sig innehåller detaljerade regler om förandet av journal, sökbegrepp, tilldelning av behörighet för elektronisk åtkomst, kontroll av elektronisk åtkomst, utlämnande genom direktåtkomst m.m. Registerförfattningen på socialtjänstens område innehåller inget av detta utan medger i stället regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att lämna närmare föreskrifter om sökbegrepp, direktåtkomst och samkörning av personuppgifter. Regeringen får även meddela föreskrifter om när personuppgifter får föras över till tredje land och begränsning av ändamål.

Det är svårt att se några etiskt hållbara skäl till varför skyddet av känsliga personuppgifter som behandlas av socialtjänsten ska vara lägre än motsvarande skydd inom hälso- och sjukvården. Om socialtjänstens behandling av känsliga personuppgifter i digital form kan förväntas öka kraftigt till följd av en ökad användning av välfärdsteknik i vid bemärkelse, är det nödvändigt att ställa sig frågan om socialtjänsten är rustad för detta. Staten bör tydligt ge uttryck för vilken nivå av skydd som socialtjänstens verksamhetssystem måste tillhandahålla, som en del av den statliga styrningen. En tydlig ”standard” på informationssäkerhetsområdet bör snabbt kunna få genom-

slag genom kravställning vid offentlig upphandling. Regelmässigt måste krav ställas på de lösningar som köps in av hälso- och sjukvård och socialtjänst så att inte obetänksamma kravspecifikationer leder till onödiga integritetsrisker, genom att man bygger in integritetsskyddande lösningar i systemen som förhindrar obehörig åtkomst och spridning av uppgifter (*privacy by design*).

Därför anser vi att i SoLPUL behöver införas en ny bestämmelse med krav på att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska

1. bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att personen ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter,
2. se till att åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras, och
3. göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter.

Detta är krav som framgår i PDL i dag och som ligger till grund för de detaljerade föreskrifter inom hälso- och sjukvården om informationssäkerhet och behandling av personuppgifter, vilka dessutom tagits fram i samverkan med Datainspektionen. Utan stöd i lagen blir det omöjligt för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter. Vi föreslår därför även att 11 § SoLPUL med bemyndigandet till regeringen att komma med föreskrifter ska få ett nytt stycke: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får även meddela föreskrifter om tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter som förs helt eller delvis automatiserat, om dokumentation och kontroll av elektronisk åtkomst och i fråga om säkerhetsåtgärder vid helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter. Detta skapar möjligheter för Socialstyrelsen att tillsammans med Datainspektionen föreskriva relevanta krav på informationssäkerhet och behandling av personuppgifter inom socialtjänsten så att nivån på skyddet för känsliga personuppgifter inom socialtjänsten blir densamma som enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården eller den lägre nivå som kan anses motiverad med hänsyn till relevanta skillnader mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Av avsnitt 4.5 framgår att det brister i arbetet med informationssäkerhet hos både kommuner och andra utförare. De lagändringar som här föreslås kan inte ensamt förändra det. Till saken hör att hälso- och sjukvården trots sina detaljerade föreskrifter uppvisar brister när det gäller informationssäkerhet, se t.ex. särskilt yttrande i betänkandet *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23) och Datainspektionens remissvar beträffande samma betänkande. Som framgår av Datainspektionens två tillsynsbeslut (dnr 143-2017) från den 28 juni 2019 förekommer det att användarnas behörigheter inte begränsats till enbart vad de behöver för att fullgöra sin arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (i strid med 4 kap. 2 § och 6 kap. 7 § PDL och 4 kap. 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter). I beslutet framgår också att journalsystemet Siebel som används i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården saknade tekniska funktioner för spärrar, vilket bl.a. medför att nattsjuksköterskor inom äldrenämndens joursjukvård tar del av patienters ospärrade personuppgifter hos andra vårdgivare utan patienternas samtycke (i strid med 6 kap. 3 § PDL).[156] Detta illustrerar att risken för oönskad spridning av personuppgifter inte kan ses enbart i ljuset av vilka regler som finns utan man måste ta i beaktande att regler inte alltid följs. Tillsyn är därför ett viktigt instrument för att åstadkomma följsamhet mot reglerna. Ännu bättre är det om verksamheterna själva bedriver ett aktivt arbete med informationssäkerhet. Förutsättningarna härför bedöms i vart fall inte ha försämrats till följd av ikraftträdandet av dataskyddsförordningen, snarare tvärtom.

När det gäller kommunernas eget arbete med olika aspekter av informationssäkerhet bedömer vi att Socialstyrelsens uppföljningar av e-hälsa och välfärdsteknik kan vara effektiva. När det gäller de privata utförarnas brister i fråga om informationssäkerhet bör det vara effektivt att beställare samordnar sig vid upphandling så att många kommuner ställer samma krav på t.ex. stark autentisering eller klassning. SKR:s verktyg KLASSA stödjer ett sådant arbetssätt.

För tydlighets skull ska sägas att de regler som utredningen föreslår om vård och omsorg till dem med nedsatt beslutsförmåga inte förutsätter införandet av nya regler om informationssäkerhet. Ett väl avvägt integritetsskydd inger dock förtroende. Den kommun

[156] Datainspektionen förelade därför nämnderna att efter en behovs- och riskanalys tilldela varje användare individuell behörighet för åtkomst till personuppgifter i journalsystemet Siebel, till vad som behövs för att de ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter, liksom att införa tekniska spärrar i journalsystemet.

som vill kunna använda välfärdsteknik behöver säkerställa att personuppgiftsbehandlingen uppfyller grundläggande krav för säkerhet vid behandling av känsliga personuppgifter. Dessutom kan konstateras att oavsett om dessa regler införs eller ej kommer personuppgiftsansvariga att behöva göra konsekvensbedömningar och riskanalyser på grund av dataskyddsförordningens regler. Förslagen om behörighetskontroll, loggning och kontroll av loggar bedöms således inte ge upphov till något merarbete för de berörda. Däremot kan kostnader uppkomma för dem som ännu inte använder säker autentisering vid inloggning, se vidare i avsnitt 9.3.6.

8.10 Överväganden och förslag om stöd till personalen

8.10.1 Äldreomsorgens kompetensförsörjning

Bedömning: Kompetensen inom äldreomsorgen behöver höjas, generellt och specifikt, dels på grund av ökade krav på kvalitet och produktivitet, dels för att kunna möta de behov som digitalisering medför. Det handlar inte minst om kompetens i fråga om verksamhetsutveckling, logistik och pedagogik. För att möta detta finns det behov av att standardisera utbildningsinnehåll både på grundläggande nivå och i fråga om vidareutbildning.

Inledning

Historiskt har nya tekniska lösningar och automation inneburit att gamla arbetsuppgifter ersatts av nya. Samtidigt har innovationer resulterat i en omfördelning av arbetskraften mellan arbetsgivare, branscher och sektorer. Den ständiga förändringen av arbetets innehåll och kompetenskrav, oavsett om det är en teknikdriven utveckling eller inte, ställer krav på kompetensutveckling. Politiska beslut, arbetsgivarnas investeringar och arbetstagarnas förmåga att lära nytt (förändrade arbetsuppgifter), lära om (utveckling i arbetet) och lära mer (höjda krav i arbetet) blir avgörande för arbetsmarknadens förmåga att ställa om vid strukturomvandlingar. De fackliga organisationerna är en viktig aktör i detta förändringsarbete.

Sverige och den offentliga sektorn är nu inne i stor samhällsomvandling som både möjliggörs genom och drivs på av digitalisering,

men även av ett antal underliggande faktorer, inte minst den demografiska utmaningen. Framtidens arbetsmarknad kommer att vara mer föränderlig. Det kräver kontinuerlig kompetensutveckling för dem som är i arbete och det digitala inslaget blir allt större i allt fler yrken och arbetsuppgifter. Livslångt lärande blir allt viktigare.[157]
För att möta rekryteringsbehoven behöver huvudmännen gemensamt och strategiskt arbeta med kompetensplanering, med att utveckla attraktiva arbetsplatser och med att satsa på kompetensutveckling av befintlig personal.[158]

Den största och viktigaste uppgiften i samband med införande av välfärdsteknik är att utveckla nya arbetssätt. Tyvärr finns det exempel på hur nya digitala lösningar har införts, där antingen arbetssätten förblivit oförändrade så att inga verkliga förbättringar skett, eller där de gamla arbetssätten har behållits och nya lagts till så att processen blivit ännu mer tidskrävande. Att utveckla nya arbetssätt kräver både kompetens och tillräckliga resurser. Det görs därför med fördel i projektform och i mindre skala inför ett breddinförande. Det är av yttersta vikt att de som ska arbeta med de nya arbetssätten görs delaktiga i arbetet med att utveckla de nya arbetssätten. Även invånaren behöver bli delaktig på något sätt. [159]

Även om alla steg är på plats vad avser upphandling, rutiner, utbildning etc. kan ibland volymökningen i användning av de nya digitala tjänsterna dröja eller helt utebli. Det har visat sig att det ofta beror på osäkerhet eller resursbrist hos biståndshandläggare, verksamhetschefer eller vem det nu är som ska fatta besluten i enskilda fall. Därför är det viktigt att säkerställa att dessa nyckelpersoner har tydliga rutiner och, kontinuerlig handledning, liksom tillgång till kommunikationsmaterial och stöd i kommunikationen med individerna och deras anhöriga.[160]

I flera undersökningar som rör välfärdsteknik framgår behovet av ökad kompetens om själva tekniken. Omvärldsbevakningen kan vara en utmaning. I mån av tid söker kommunernas medarbetare information om utbudet av tjänster. Mindre kommuner saknar ofta möjligheten att

[157] Jfr bl.a. Digitaliseringsrådet (2018). *En lägesbild av digital kompetens.*
[158] I Socialstyrelsens förstudie, där bl.a. detta uttalades, föreslogs en flerårig åtgärdsplan som bl.a. innefattar stöd till kompetensutveckling och utveckling av kunskapsbaserade stöd. I mars 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården med utgångspunkt i den föreslagna åtgärdsplanen. Se regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen, 2019-03-28.
[159] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 49 f.
[160] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 62.

delta på konferenser. Omsorgspersonal och biståndshandläggare behöver ökad kunskap om teknik, e-hälsa och välfärdsteknikens möjligheter för att kunna bidra till att skapa tillit, förtroende och en positiv attityd till utvecklingen.

Ledning och verksamhetsutveckling

Digital transformation av socialtjänsten skiljer sig inte från annat förändringsarbete. För att lyckas krävs ett medvetet arbete med förändringsledning och en integration med övriga förändringsprocesser inom kommunen. Ledningens kompetens är därför av avgörande betydelse för en framgångsrik implementering.

Erfarenheten visar att det är viktigt med en strategisk inriktning på arbetet med välfärdsteknik. Annars är risken stor att aktiviteterna blir enskilda projekt utan samordning, prioritering och varaktighet. Införande av välfärdsteknik är så genomgripande när det gäller såväl mötet med invånarna som de interna processerna i verksamheten, att det är av yttersta vikt att politiker på olika nivåer är involverade i arbetet. Att närmast berörd nämnd (socialnämnd) tar beslut om inriktning, resurser, prioriteringar och effektmål är centralt. Även på central nivå, huvudsakligen inom kommunstyrelsen, bör övergripande beslut tas upp, i synnerhet då det handlar om generella förutsättningar i form av organisation och infrastruktur, men också där synergieffekter finns med andra sektorer, t.ex. skolan. Strategin kan ta upp frågor som övergripande syfte och mål med digitalisering, organisation, ansvar och roller, och resurstilldelning. Den kan även ta upp frågor om gränsdragningar när det gäller vad som är kommunens åtagande och invånarens, liksom grunder för prioritering.

Att alla nivåer av ledningen inom organisationen är insatta, motiverade och aktiva i arbetet med välfärdsteknik skapar förutsättningar för den uthållighet och det fokus som behövs för att lyckas. Tillräcklig prioritet behöver ges för både planering och aktiviteter. Alla ledare behöver vara engagerade i kommunikationsarbetet, både internt mot medarbetarna och externt mot invånarna. Precis som med politikerna är det viktigt att den högsta tjänstemannaledningen får en konkret förståelse för möjligheter och utmaningar med välfärds-

tekniken. Förstalinjechefer behöver bli trygga i sin roll och i vad förändringarna kommer att innebära.[161]

En bra vision[162] kan fungera som en riktlinje för personal och ledning för att säkerställa att alla drar åt samma håll. En vision om välfärdsteknik får sin giltighet när en brett sammansatt grupp intressenter fått möjlighet att bidra (ledning, personal, användare och anhöriga). Visionen måste avtalas och godkännas av politiker och högsta ledning för att förankring och ägarskap genom hela organisationen ska kunna säkerställas. Om en vision saknas kan det leda till att kommunens insatser inte riktas mot prioriterade behov och synergieffekter inte utnyttjas maximalt.[163] En strategi är en operationalisering av visionen. Den bestämmer bl.a. hur resurserna ska fördelas. Strategin ska bidra till att integrera processen för arbete med välfärdsteknik i hela kommunens organisation. Arbetet med välfärdsteknik sägs omfatta en kulturförändring för organisationen. Man behöver skapa samsyn hos de olika professionerna.

Att förstå behoven hos en organisation och dess slutanvändare sägs utgöra grunden för att framgångsrikt kunna implementera välfärdsteknik. En behovsanalys kan vara komplex och omfatta många olika aspekter och perspektiv. På grund av en kommuns komplexitet måste en behovsanalys vara fokuserad och tydligt avgränsad till en målgrupp. I dess enklaste form är den emellertid bara en metodisk utvärdering av en organisation och dess slutanvändare med målet att identifiera områden med förbättringspotential. Tyvärr förbigås eller underskattas ofta behovsanalysen:[164]

> (M)ånga myndigheter utgår ifrån att de förstår sina organisationers och slutanvändares behov. Denna förutfattade mening kan leda till misslyckade projekt och dålig användning av knappa offentliga resurser. Utöver att kunskaperna om hela organisationen och dess slutanvändare växer kan en grundlig behovsanalys också ge ytterligare fördelar genom att skapa en känsla av ägande gällande ny teknik i olika sektorer och professioner. Får personalen hjälpa till att identifiera behov och problem kan detta tidiga engagemang skapa en känsla av ägande gentemot tekniken som tillgodoser det specifika behovet.

[161] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 18.
[162] En vision ska alltid formuleras med ett tidsperspektiv på 3–5 år i åtanke.
[163] NVC (2017). *Välfärdsteknologi – verktygslåda för implementering*. s. 16.
[164] NVC (2017), s. 33.

I en politiskt styrd organisation kommer många andra faktorer att påverka besluten kring vilket projekt som ska startas eller vad som ska prioriteras. Dessa faktorer kan vara opinionsmässiga förutsättningar, administrativ och/eller politisk prioritet inom kommunen, och vilka möjligheter som finns till extern finansiering. Behovsanalysen ska följas av en prioriteringsprocess. Prioriteringen bör göras på högsta nivå för att säkerställa engagemang och ägande.

Det brukar sägas att implementeringen står för 80 procent av arbetet när nya tjänster ska introduceras. Rekommendationen är att redan före start skapa en grundlig implementeringsplan med målsättningar, uppgifter, tidslinje och uppföljning. Implementeringsplanen ska vara förankrad på alla nivåer. Enkelt uttryckt: vem är ansvarig för vad på olika organisationsnivåer och i processens olika skeden? Planen måste innehålla en mycket tydlig riktlinje för vem som har rätt att använda den nya tjänsten. Implementeringsplanen ska också innehålla en plan för logistik (lagring och transport), tekniktjänster och support. Utbildning är en viktig del av implementeringsfasen.[165]Det är viktigt att avsätta tillräckligt med tid och resurser till utbildning. Att göra sig av med gamla metoder är svårt och kräver ett systematiskt tillvägagångssätt.[166]

Att ha ett bra system för nyttouppföljning av de implementerade tjänsternas resultat garanterar att både kommunen och slutanvändarna får den kvalitet som man betalar för. Nordiskt välfärdscenter (NVC) konstaterar dock i sin verktygslåda CONNECT att inte många nordiska kommuner har en specifik plan för nyttouppföljning i arbetet med välfärdsteknik. Vidare framgår bl.a. följande. En nytta kan inte på riktigt hämtas hem förrän kommunen framgångsrikt har implementerat en hållbar förändring. Detta är mycket svårare än man kan tro eftersom det ofta tar tid att bryta gamla vanor och arbetsflöden. Man ska också komma ihåg att det finns en tidsaspekt. När en ny teknik implementeras kommer det förmodligen att ta tid innan personal och slutanvändare är helt bekväma med tjänsten, och på samma vis tar det tid innan nya arbetsflöden eller organisationer sätter sig och börjar fungera effektivt. Det är därför troligt att den nya tjänsten inte genast fungerar optimalt. Eftersom nyttouppföljning kräver extra resurser är det viktigt att politiskt stöd och/eller stöd från ledningen har säkrats.

[165] NVC (2017), s. 59.
[166] NVC (2017), s. 259.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har anfört att för att kunskapen om och användningen av digital teknik ska öka behöver kommunerna se tekniska förutsättningar och implementeringen av digital teknik som en del av sin verksamhetsutveckling. På lokal nivå måste implementeringen av digital teknik och digitala trygghetstjänster samt de tekniska förutsättningarna för implementering tydligare kopplas samman och integreras med verksamhetsutvecklingen. Att utveckla verksamheten är en del i kvalitetsarbetet. Verktyg för att skapa struktur och att systematisera användningen av digital teknik finns i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.[167] Genom ett systematiskt arbetssätt vad gäller digital teknik kan kommunerna dessutom förbättra arbetsmiljön och göra yrken inom omsorgen mer attraktiva, framhöll MFD. Det finns ett behov om ökad kunskap om och stöd i hur ett systematiskt arbetssätt kan underlätta arbetet med de tekniska förutsättningarna och implementering av digital teknik.[168]

För att kommunerna ska klara välfärden behövs förändrade arbetssätt, organisation och utvecklade ledningssystem, ansåg E-hälsomyndigheten i en rapport från 2019.[169] Enligt myndigheten prioriteras dock inte digitaliseringen inom högsta förvaltningsledning och kompetensen saknas. I rapporten framgår bl.a. följande.[170] Med digitaliseringen tillkommer nya och förändrade arbetsuppgifter som kräver kontinuerlig kompetensutveckling i alla led från politiker till medarbetare i det yttersta utförarledet. Verksamhetsutveckling med stöd av digitalisering och välfärdsteknik är komplex och kräver rätt förutsättningar, tid och resurser för en hållbar utveckling. För att verksamhetsutvecklingen ska gå i rätt riktning och digitaliseringen få fullt genomslag i verksamheterna behöver chefernas och politikernas kompetens avseende såväl digitaliseringens möjligheter som förutsättningar stärkas. Digitalisering kan inte ses som ett enskilt

[167] SOSFS 2011:9.
[168] MFD hänvisar bl.a. till en rapport från Statskontoret från 2014. Där ansågs att kunskapsutvecklingen inom socialtjänstområdet ännu inte var systematiserad. Det saknades tydliga processer för brukarmedverkan och kopplingen till forskningen behövde stärkas. Vidare utnyttjades inte potentialen i it-utvecklingen. Arbetet med e-hälsa ansågs inte tillräckligt integrerat med övriga insatser inom socialtjänsten.
[169] Jfr E-hälsomyndighetens pågående regeringsuppdrag om nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa), S2018/02375/FST. Uppdraget, som ska redovisas senast den 28 februari 2020, syftar till att stödja kommunernas verksamhetsutveckling med stöd av digitalisering och välfärdsteknik samt stödja kommunernas arbete med effektivisering i kommunala verksamheter inom social omsorg och hälso- och sjukvård.
[170] Se s. 5 f. och s. 20 f.

spår utan ska vara en integrerad och självklar del i verksamhetsutvecklingen. Förändringsledning och nya arbetssätt måste gå hand i hand för att verksamhetsutvecklingen ska vara framgångsrik och för att kunna skapa verklig förändring. Ledarna behöver stärkas för att arbetet ska kunna gå i rätt riktning och medarbetarna är lika viktiga för att få fullt genomslag. Utveckling kostar, är tidskrävande och därför behövs både ekonomiska och strukturella förutsättningar för att kunna genomföra förändring i verksamheterna. För en hållbar verksamhetsutveckling krävs långsiktig finansiering, rätt kompetens, en tydlig ansvarsfördelning, mandat, samverkan, tydliga strategier och mål.

Digitaliseringen av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård kan alltså inte ses som fristående från kommunens samlade digitalisering utan förutsätter att det finns en viss basstruktur för digitalisering i kommunen, enligt E-hälsomyndigheten. Exempel på områden inom digitaliseringen som är kommunövergripande är fiberutbyggnad för implementering av välfärdsteknik i hemmet, fasta och trådlösa nät i kommunens verksamheter, ledningssystem för informationssäkerhet och frågor om autentisering till tjänster med känsliga personuppgifter. För att säkerställa ett effektivt arbete krävs dialog och samverkan kring berörda områden inom kommunen. Som framgångsfaktorer lyfte myndigheten fram bl.a.:

- En ledning som har tydliga mål och har stöd av politiken samt har dedikerade resurser för utveckling.
- Utsedda medarbetare som ansvarar för samordning och som har förutsättningar och mandat att arbeta med digitalisering.
- Deltagande i nätverk på nationell och regional nivå för att utbyta erfarenheter. Det är viktigt att arbetsgivaren avsätter tid för att arbeta med nätverken.
- Samarbeten med kommuner med liknande förutsättningar. Gå ihop flera kommuner och skapa kundgrupper där man samarbetar med leverantörerna, till exempel i upphandlingsfrågor.

Här är några exempel på vad kommuner lyft fram för en framgångsrik digital verksamhetsutveckling (enligt delrapporten):

- En tydlig digital agenda som utgår från omsorgstagarnas och medarbetarnas behov.
- Ledning, chefer och medarbetare ska vara med från början i verksamhetsutvecklingen.
- Infrastrukturen bör vara på plats och vara heltäckande.
- Initialt bör kommunen satsa ekonomiskt för att optimera värdet.
- En central organisation med kompetenser som kompletterar varandra kan stötta verksamheterna i förändringsarbetet. Nyckelpersoner kan hjälpa till att hålla kursen och minska utmaningarna.

Införande av välfärdsteknik i kommunalt finansierad vård och omsorg är alltså inte, och ska inte vara, en isolerad process skild från annat förändrings- och utvecklingsarbete. Hela processen behöver säkerställas genom ett engagerat arbete med förändringsledning som omfattar politiken, högsta tjänstemannaledningen och verksamhetschefer. Arbetet behöver styras av strategiska ställningstaganden. Redan från start behöver den kommande system- och avtalsförvaltningen planeras och förberedas. Tillräckliga resurser för att upprätthålla dessa varaktigt behöver budgeteras och tillsättas.[171]

Hur långt en kommun, en kommunal förvaltning eller ett kommunalt bolag har kommit i sitt digitaliseringsarbete beror till stor utsträckning på chefernas förståelse för digitaliseringen och deras förmåga att peka ut en tydlig riktning och leda förändringen. Kommundirektören framstår här som den enskilt viktigaste aktören i detta avseende. Att kommundirektören har kunskap om och prioriterar digitaliseringsfrågorna är avgörande för kommunens förmåga att driva strategisk verksamhetsutveckling.[172]

Digitaliseringsrådet anför i sin rapport *En lägesbild av digital kompetens* att de offentliga verksamheterna behöver ha en mer koordinerad och högre kompetensbas. Kompetensbehovet handlar i huvudsak om fyra olika områden.

[171] Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018), s. 3 och 13.
[172] Ramböll (2017), *Pilotstudie – Den digitala omställningen i Kommunsverige*, Enheten för digital förvaltning, Finansdepartementet.

1. Att förstå vad digitalisering handlar om rent tekniskt. Med det menas både att förstå tekniken i sig och att förstå tekniken i relation till verksamheten, t.ex. vad menas med interoperabilitet.
2. Att ha en förmåga att blicka ut, se och tolka trender i omvärlden. Det behövs en förmåga att värdera vad trender innebär för verksamheten i form av framtida möjligheter och utmaningar.
3. Att kunna driva digitalt förändringsarbete.
4. Att förstå innebörden av att sätta medborgaren i centrum i en digital förvaltning. Med det menas kunskap om hur användardriven tjänsteutveckling säkerställs och drivs, med syfte att lösa rätt problem och ta fram lösningar skapade utifrån användaren.

Ledning och beslutsfattare behöver förstå hur den digitala transformationen påverkar alla fyra områden. Enligt Digitaliseringsrådet behövs nya arbetsformer för att utnyttja den kompetens som finns på bästa sätt, men också tillgång till kompetenslyft.

E-hälsomyndigheten konstaterar att rätt förutsättningar skapas först när både politiker och tjänstemannaledningen är engagerade och prioriterar digitaliseringen. Myndigheten bedömer att såväl politiker på nämndnivå som högsta tjänstemannaledning bör omfattas av insatser för främjande av digitalisering. Ett sådant exempel är överenskommelsen *Kompetenssatsning för förtroendevalda och tjänstemän* mellan SKR och regeringen. E-hälsomyndigheten avser för sin del att närmare utreda behovet av kunskapshöjande insatser hos ledningarna för socialtjänst och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som är specifika för digitaliseringen inom deras ansvarsområden och föreslå hur de kan tillgodoses.[173]

För att säkerställa att utveckling i en digital tid skapar den nytta som avsetts är ledarskap, styrning och organisation grundläggande. Ledarskapet har en avgörande betydelse för att balansera effektivitet och innovation och i att driva förändringsarbete där den digitala tekniken nyttjas. Ledare behöver uppmuntra nytänkande och samarbete för att råda bot på felrädsla och utveckla en innovationsfrämjande kultur med stöd av gemensamma förutsättningar. För att få full kraft i förnyelsearbetet bör utvecklings- och digitaliseringsfrågorna utgå från en verksamhets vision, mål och önskade resultat.

[173] Anförda rapport s. 22.

Förflyttningen som måste göras bör genomsyra ordinarie organisation och ansvarsfördelning och integreras i alla vanliga processer för prioritering, planering, budgetering och uppföljning. Som en del och stöd i detta arbete kan användas regeringens nationella upphandlingsstrategi som åskådliggörs på Upphandlingsmyndighetens hemsida.[174] Facklig samverkan är en metod för verksamhetsutveckling som kan stärkas ytterligare för att dra nytta av digitaliseringens möjligheter och medarbetarnas delaktighet.[175]

Sammanfattningsvis är ledningens kompetens och engagemang avgörande för ett framgångsrikt breddat införande av välfärdsteknik. I intervjuer som gjorts av MFD poängterade många kommunföreträdare att den digitala kompetensen måste stärkas hos både chefer och beslutsfattare. Vikten av att ledningen är ett föredöme och trygg i tekniken lyftes fram. Det är först då som det går att förmedla tillit till tekniken, både till personalen och slutanvändare.

8.10.2 Förslag om kompetensutveckling för omsorgspersonal och biståndshandläggare

Förslag: Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Socialstyrelsen ges i uppdrag att se över kompetensförsörjningen inom socialtjänsten, särskilt äldreomsorgen. UKÄ och Socialstyrelsen ges också i uppdrag att se över vilka behov av och möjligheter till specialisering som finns för biståndshandläggare.

Vidare föreslås att regeringen anvisar medel för framtagandet av att ett standardiserat fördjupningsprogram med inriktning mot äldreomsorg för undersköterskor och andra yrkesgrupper. Programinnehållet kan tas fram av Vård- och omsorgscollege eller motsvarande aktör med finansiering via Skolverket och ges nationell spridning via Myndigheten för yrkeshögskolan.

Bedömning: Eftersom utvecklingen med allt fler svårt sjuka äldre som bor kvar hemma väntas fortsätta, behöver biståndshandläggare utveckla sin kompetens på området åldrande och åldrandets sjukdomar. Därför behövs specialistutbildningar för biståndshandläggare med inriktning mot omsorg av äldre.

[174] Finansdepartementet (2016). *Nationella upphandlingsstrategin*.
[175] Sveriges kommuner och landsting (2019). *Utveckling i en digital tid. En strategi för grundläggande förutsättningar.* s. 13.

En förutsättning för att Sveriges äldre ska få en vård och omsorg av god kvalitet är tillgången på personal med rätt kompetens. Ett arbete inom äldreomsorgen är inte något enkelt jobb. För att höja kvaliteten och öka produktiviteten inom äldreomsorgen krävs högre kompetens hos alla som är involverade i vård och omsorg av äldre. Teknik och digitala lösningar kommer att bli en allt viktigare del för att stödja individens självständighet och oberoende och för ett mer rationellt arbete. Detta ökar också produktiviteten genom att exempelvis insteg i mer komplicerad vård kan skjutas upp eller att olika kompetenser kan hanteras mer rationellt.

Behovet av hälso- och sjukvård och omsorg ökar samtidigt som bristen på kompetens blir alltmer påtaglig. Personalförsörjningen är redan i dag en svår utmaning i den offentliga sektorn. Enligt SKR behöver välfärdens verksamheter rekrytera 530 000 personer fram till 2025 för att täcka pensionsavgångar. Det motsvarar 200 personer med rätt kompetens varje dag![176] Med samma personaltäthet som nu skulle enbart vård, skola och omsorg behöva ta 60 procent av nettosysselsättningsökningen fram till 2025 i anspråk. Detta låter sig inte göras. Hoppet sätts därför i hög grad till den digitala tekniken, som ska avlasta, underlätta och utveckla äldreomsorgen.

Tekniska lösningar kan förbättra arbetsmiljön och frigöra tid för mer kvalificerade omsorgsinsatser, vilket ökar kvaliteten och attraktiviteten i att arbeta inom äldreomsorgen. Framtidens äldreomsorg behöver kännetecknas av ett kollegialt lärande, kontinuerlig kompetensutveckling och medarbetardriven innovation. Det systematiska arbetsmiljöarbetet säkerställer en god arbetsmiljö där risk- och konsekvensanalyser bidrar till kloka lösningar vid förändring.

Introduktion av digital teknik leder ofta till nya arbetssätt, vilket ställer krav på kontinuerlig kompetensutveckling, delaktighet i beslutsprocessen för personalen och ett förebyggande fysiskt och psykosocialt arbetsmiljöarbete. Eftersom det kommer att behövas 80 000 nya medarbetare i äldreomsorgen är det av avgörande betydelse att arbetsmiljöfrågorna lyfts fram. Sjukskrivningstalen behöver gå ned om kommunerna ska kunna bli mer attraktiva arbetsgivare. För att kunna konkurrera med andra arbetsgivare måste arbetsgivarna

[176] Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future (2018). *Nära liv – nära vård i en digital vardag.* s. 22.

inom äldreomsorgen, inte minst kommunerna, erbjuda minst lika bra anställningsvillkor som inom andra branscher.

Det handlar också om att bli en attraktiv arbetsplats med god arbetsmiljö där personal blir kvar och kan utvecklas vidare. Arbetsmiljön inom hemsjukvård och äldreomsorg kan förbättras med hjälp av digitala lösningar. Det kan handla om förbättrat kunskapsstöd, bättre information och överföring av mätdata, men också nya arbetssätt som exempelvis minimerar tiden för förflyttning mellan arbetsställen t.ex. bilåkning. Att arbetstiden är reglerad på minutnivå förefaller motverka målsättningen om en god arbetsmiljö. Sådana strukturella problem behöver åtgärdas för att åstadkomma bättre arbetsmiljö och friskare personal.

Det finns betydande samhälleliga och individuella ekonomiska drivkrafter till att minska sjukfrånvaro och arbetsskador. Att arbeta inom vård och omsorg tillhör de mest fysiskt och psykiskt krävande verksamheterna på arbetsmarknaden. Att utföra fysiskt tunga moment som förflyttningar och lyft är för många en del av vardagen. Därutöver tillkommer psykiskt tunga moment i komplexa situationer med personkontakter utifrån omsorgstagarnas individuella förutsättningar och behov. Användning arbetstekniska hjälpmedel kan både förebygga skador och underlätta arbetsmoment.

I december 2019 beslutade regeringen att utöka mängden gemensamma ämnen inom vård- och omsorgsprogrammet för att svara mot kompetenskraven för arbete som undersköterska. Justeringen av vård- och omsorgsprogrammet innebär att vissa ämnen och kurser flyttas från den valbara programfördjupningen till det programgemensamma utrymmet som är obligatoriskt. Ett nytt vård- och omsorgsprogram är det första steget i regeringens arbete för att under mandatperioden reglera yrket undersköterska. Utgångspunkten är de förslag som lämnades i april 2019 i betänkandet *Stärkt kompetens i vård och omsorg* (SOU 2019:20). Syftet är att stärka kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg samt att öka attraktiviteten i undersköterskeyrket. De nya bestämmelserna föreslås tillämpas på utbildningar som startar höstterminen 2021.

Regeringen har utsett en nationell samordnare som ska främja en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg, *Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre* (S 2019:04). Att säkerställa kompetensförsörjningen är framför allt ett ansvar för

huvudmännen. Regeringen bedömer dock att det till följd av de rådande omständigheterna finns behov av nationellt stöd. Den nationella samordnaren får i uppdrag att bl.a. stärka ledarskapet och stimulera nya kunskapsbaserade arbetssätt som är ändamålsenliga för såväl enskilda som personal, bidra till forum för erfarenhetsutbyte mellan kommuner för en god arbetsmiljö samt tillvarata teknikens möjligheter. Uppdraget ska redovisas den 15 juni 2021.[177]

Det vi här föreslår är väl i linje med uppdraget till samordnaren. Det bör därför genomföras utan avvakta samordnarens redovisning.

Här kan också nämnas regeringens uppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) om samverkan kring kompetensfrågor inom hälso- och sjukvården. Av den kartläggning som gjordes framgår bl.a. att forum för samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på sjukvårdsregional nivå finns i alla sjukvårdsregioner, men alla aktörer deltar inte och kommuner saknas helt, en gemensam struktur för samverkan på regional nivå saknas, samverkan om kompetensförsörjning är ett prioriterat utvecklingsområde men regioner och lärosäten har kommit olika långt och samverkan mellan regioner och lärosäten är sällan formaliserad på högsta ledningsnivå, samverkan på regional nivå sker i hög utsträckning om operativa frågor men i mindre utsträckning kring strategiska frågor. Det saknas en relevant arena på den nationella nivån som kan vidareutvecklas för samverkan på övergripande nivå mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän, lärosäten, övriga aktörer och beslutsfattare. Även om det finns samverkansforum på sjukvårdsregional nivå behöver samverkan utvecklas och formaliseras. Det konstaterades även att det behövs en formaliserad dialog och samarbete mellan samverkan på regional och nationell nivå. Enligt utredningens mening borde ett motsvarande uppdrag läggas på Socialstyrelsen och UKÄ om kompetensförsörjningen inom socialtjänsten. Uppdraget bör även gälla specialiseringen inom olika yrkesgrupper som sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

En hög andel av dem som i framtiden kommer att få biståndsbedömd omsorg antas också ha en eller flera kroniska sjukdomar. Vidare kommer integrationen mellan vård och omsorg behöva stärkas vilket också påverkar förutsättningarna för det arbete som biståndshandläggare utför. Kompetensförsörjningen när det gäller biståndshandläggare är en strategisk fråga där staten och kommunerna måste

[177] Dir. 2019:77.

samarbeta. Det handlar om kompetenskrav, antal utbildningsplatser, introduktion och fortbildning, men också om nya effektivare arbetssätt och att få nya unga handläggare att stanna i yrket. Även den tekniska utveckling vi kan förutse påkallar såväl kompetensutveckling som möjligheter till specialisering inom yrket biståndshandläggare. Denna typ av vidareutbildning faller också inom ramen för de specialistutbildningar som Myndigheten för yrkeshögskolan har möjlighet att finansiera. Eftersom en stor andel biståndshandläggare inom äldreomsorgen inte har en socionomexamen vore det inte lämpligt att ställa socionomexamen som behörighetskrav för att få påbörja en eventuell specialistutbildning på avancerad nivå. Ett sådant krav skulle innebära att en stor andel av kommunernas biståndsbedömare inte skulle vara behöriga att påbörja en sådan utbildning.[178]

Vi ser också behov av en specialisering inom yrkeskategorin undersköterska. Myndigheten för yrkeshögskolan har redovisat en ökande efterfrågan på detta generellt, bl.a. när det gäller utbildningar inom området välfärdsteknik. Utredningen anser att denna utveckling behöver stärkas. Huvudmännen inom området bedriver en framgångsrik samverkan inom ramen för Vård- och omsorgscollege. Verksamheten har en bred förankring inom såväl den offentliga som den privat tillhandahållna omsorgen. Utredningen ser ett behov av att snabba på förändringsarbetet vad gäller såväl generella kompetenslyft som det utbildningsbehov som föranleds av en ökad användning av välfärdsteknik. Regeringen har möjligheter att ge särskilda medel till en organisation som Vård- och omsorgscollege i syfte att ta fram fördjupningsprogram för undersköterskor inom äldreomsorgen. Organisationen har vidare möjligheter att bli en viktig aktör för att inom ramen för vuxenutbildningen tillhandahålla utbildning så att fler som saknar rätt kompetens kan höja sin kompetens alternativt att det ger möjligheter till att öka rekryteringen av medarbetare till omsorgen.

[178] Det var 44 procent av handläggarna inom äldreomsorg som hade socionomexamen 2017. Se Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Social kompetens. Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten*.

All personal måste utifrån sina arbetsuppgifter få utbildning och handledning i att förstå och använda de digitala tjänster som används och hur de digitala informations-, kommunikations- och kunskapsstödssystemen fungerar samt handledning för att utveckla sina färdigheter i att använda dessa. Fortbildning måste i ökad utsträckning ses som en nödvändig investering för framtiden i stället för som en kostnad för arbetsgivarna. Det livslånga lärandet måste bli regel.

8.10.3 Förslag om vägledningsuppdrag till Socialstyrelsen

Förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram stöd för den närmare tillämpningen av de nu föreslagna bestämmelserna i patientlagen och socialtjänstlagen om vård och omsorg till människor vars beslutsförmåga inte endast tillfälligt är nedsatt. Användning av välfärdsteknik behöver belysas särskilt.

Vilka avvägningar som kan behöva göras i det enskilda fallet i samband med att en enskild med nedsatt beslutsförmåga ska tillhandahållas en vård- eller omsorgsinsats med stöd av välfärdsteknik är för komplexa för att kunna uttömmande regleras i lag. Det gäller för övrigt även annan vård och omsorg. Samtidigt finns ett tydligt behov av vägledning eftersom det rör svåra frågor av stor betydelse för den enskildas vård och omsorg. Personalen kan behöva ledning också eftersom kompetensen ibland brister både när det gäller de rättsliga förutsättningarna i fråga om skyddsåtgärder och vad som är en god vård och omsorg för människor med exempelvis demenssjukdom.

Det finns sedan tidigare en del metodstöd i fråga om såväl välfärdsteknik som nedsatt beslutsförmåga. Bland annat har Socialstyrelsen i samverkan med andra aktörer tagit fram webbutbildningar som rör välfärdsteknik och etik. Vi menar att det metodstöd som finns utgör en god grund att stå på för att ta fram ett mer samlat stöd kring hur vård och omsorg lämpligen kan tillhandahållas dem vars beslutsförmåga inte endast tillfälligt är nedsatt. Stödet ska inte vara i form av bindande föreskrifter.

8.10.4 Kommunernas styrning av utförare

Bedömning: Kommuner som vill öka användningen av välfärdsteknik behöver se över sina förfrågningsunderlag, avtal och ersättningsmodeller så att användningen uppmuntras och inte motverkas till följd av ekonomiska incitament och olämpliga avtalsvillkor. Det finns anledning att ta fram ersättningsmodeller som uppmuntrar till såväl att resurser används effektivt som att kvalitet bibehålls och utvecklas. Kommunerna behöver i sin styrning av alla sina verksamheter inom vård och omsorg beakta hur välfärdsteknik främjas, utvecklas och används.

Förslag: Vinnova får i uppdrag att ta fram modeller för upphandling, stöd och stimulans som leder fram till att en lämplig styrning mot en ökad användning av välfärdsteknik inom vård och omsorg kan utarbetas, testas och implementeras. I uppdraget ingår att involvera berörda myndigheter och intresseorganisationer.

Mindre hemtjänstföretag och användningen av välfärdsteknik

Av Socialstyrelsens intervjuer med små och medelstora företag i fråga om e-hälsa och välfärdsteknik framgår att företagen har en positiv bild av teknik och digitala lösningar som sparar tid och förenklar arbetet för personalen. Exempel på sådan teknik är lösningar för att kunna läsa och dokumentera mobilt, digitala planeringssystem, elektronisk signering av till exempel läkemedel och elektroniska lås. Sådan teknik kan förbättra arbetsmiljön genom mindre stress, ökad flexibilitet i planeringen, färre medicinavvikelser och direkt tillgång till information om den enskilda. Bilden av teknik som är till för den enskilda är däremot en annan. Det finns en rädsla för att mänsklig kontakt ”digitaliseras bort.” Vikten av social kontakt framhålls och intervjupersonerna betonar vikten av att inte ersätta hemtjänstpersonal med teknik, t.ex. dusch- och matrobotar och videosamtal för tillsyn under dagtid.[179]

De företag som driver särskilda boenden skiljer sig lite från hemtjänstföretagen i sin syn på välfärdsteknik som är till för enskilda. De menar att tekniken är ett komplement till personal, att det inte

[179] Socialstyrelsen (2018a). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*, s. 52.

handlar om att dra ner på personal utan att förbättra vården och omsorgen om de äldre. De ser en vinst i att använda teknik till sådant som tekniken kan göra säkrare och snabbare än människor.

I de små och medelstora företagen saknades överlag sådan välfärdsteknik som är till för de enskilda. Förutom de krav som kommunernas avtal ställer på användning av verksamhetssystem och digitala arbetssätt, finns enligt intervjupersonerna varken krav eller förväntningar på teknik i avtalen. Det förekommer att personal hjälper den enskilda att beställa hem mat, köpa olika typer av biljetter och besöka nätläkare. Det finns också erfarenheter av enskilda med digitala medicinskåp eller nattillsyn med kamera i hemmet. Det är dock kommunen som beslutar om och tillhandahåller sådan välfärdsteknik och företagen förväntas använda tekniken där den finns. Företagen tog inga egna initiativ för att utveckla eller införa välfärdsteknik som är till för de enskilda utan är överlag nöjda med den teknik som personalen använder för dokumentation och planering.

Ett hinder som lyftes fram är de kostnader som är förknippade med tekniken. Små företag har varken möjlighet eller mod att själva investera i teknik. Även de stora företagen lyfter fram kostnader som ett hinder, att tekniken innebär stora investeringar som inte självklart betalar sig på sikt. Även avtalens skrivningar ses som ett hinder. Om kommunen inte ställer krav på teknik, inte ger någon ersättning för utveckling och inte heller önskar nya arbetssätt från de privata utförarna, saknas drivkraft för att utveckla arbetet med teknik.[180]

De två stora intervjuade företagen skilde sig från de övriga vad gäller utveckling och användning av välfärdsteknik. I deras boenden finns olika typer av sensorer och larm, trygghetskameror som komplement till personal nattetid, VR-glasögon och appar för matlagning som de utvecklat själva. Ett av de stora företagen beskrev att lagstiftning och oklar rättstillämpning gör att de inte utvecklar och använder teknik i önskvärd utsträckning. Frågan om tekniken får ersätta fysisk bemanning eller bara användas som komplement är helt central. Företaget var inblandat i flera domstolsprocesser i syfte att få juridisk vägledning hur lagstiftningen ska tillämpas.[181] Enligt Socialstyrelsen har de stora företagen möjlighet att driva utvecklingen när de bygger boenden att driva i egen regi. Dessa företag

[180] Socialstyrelsen (2018a), s. 53.
[181] Socialstyrelsen (2018a), s. 53.

efterfrågade framför allt infrastruktur i form av bredband och uppkoppling på boenden, för att digital teknik ska kunna användas.[182]

Det är kommunerna som utbildar företagen i system, program och appar som kommunen kräver ska användas samt ger stöd vid installation och drift.[183] Små och mellanstora företag utbildar sig inte inom digital teknik på andra sätt än detta. De små företagen åker inte på mässor eller konferenser, bl.a. för att de inte får ersättning för sådan kompetensutveckling. De små företagen anser sig sakna förutsättningar för att hålla sig à jour med den tekniska utvecklingen. Det är svårt att få överblick över utbudet och de skulle önska mer stöd, antingen från en egen it-avdelning eller från kommunen.

Vidare saknas resurser för att bedriva utvecklingsarbete, sådant måste ske vid sidan om ordinarie arbete. Eftersom dessa företag inte har så mycket välfärdsteknik vid sidan om dokumentationssystemen ser man inte heller något behov av höjd kompetens rörande digital teknik, förutom när det gäller dokumentation.

De två stora företagen i undersökningen har däremot egna utbildningsverksamheter. Företagen har tagit fram egna digitala utbildningar för att höja kompetensen hos personalen i frågor som rör teknik, digitalisering och andra områden. I praktiken har de också bättre möjligheter än små företag att delta i branschgrupper och på konferenser för att hålla sig uppdaterade om marknaden.

Sedan 2015 har åtta svenska kommuner bedrivit ett forsknings- och utvecklingsprojekt, *Utvecklingssamverkan gps-larm*, tillsammans med en marknadsledande leverantör av välfärdsteknik. Syftet har varit att skapa förutsättningar för att kunna införa tjänsten gps-larm i stor skala med tydlig individanpassning. I en underlagsrapport till utredningen belyser rapportförfattarna hur omsorgens kvalitet och användningen av välfärdsteknik inom hemtjänsten påverkas av Socialstyrelsens metodik IBIC liksom utmaningar i fråga om förfrågningsunderlag, ersättningsmodeller och genomförandeplaner.[184] Slutsatsen är att alla dessa faktorer var för sig och tillsammans riskerar att bromsa kommunernas användning av välfärdsteknik. I de kommuner där utföraren förväntas ta beslut om hur behovet ska tillgodoses/vilken insats som ska utföras blir ersättningsmodellen direkt avgörande för vilka insatser som erbjuds och därmed för om väl-

[182] Socialstyrelsen (2018a), s. 54.
[183] Företagen kan även få support hos leverantörer som tillhandahåller tjänsterna.
[184] Oskarsson, A. et al. (2020).

färdsteknik används. Dagens ersättningsmodeller uppmuntrar inte till användning av välfärdsteknik utan kan tvärtom motverka den. Det sammanhänger med att antalet utförda timmar ofta minskar vid användning av välfärdsteknik och att det inte ligger i leverantörens intresse när ersättningen är baserad på antalet utförda timmar. Dagens arbetssätt innebär alltså ofta att utföraren ska fatta beslut om insatsens utformning som får stor betydelse för finansieringen av deras verksamhet. Frågan är varför utföraren skulle välja en utformning som går utöver vad det finns finansiering för.

I rapporten framhåller man också andra risker i samband med att beslutsfattandet förskjuts från biståndshandläggare till den ”brukarnära” personalen, som ofta saknar adekvat utbildning och förutsättningar att hantera detta på ett rättssäkert sätt, se vidare nedan.

Vikten av ersättningsmodeller

Dagens ersättningssystem hänger starkt ihop med de organisatoriska förändringar som introduktionen av ökad marknadsstyrning medfört. Variationen har ökat över tid, t.ex. i form av viktning utifrån förväntat resursbehov. En förklaring till den ökade detaljrikedomen i ersättningsmodellerna är strävan att rätta till sådant som inte fungerar och motverka marknadsmisslyckanden som uppstått, t.ex. då kundval inte skapar tillräcklig kvalitetskonkurrens. Valet av ersättningsform är viktigt oavsett om det är LOU eller LOV som tillämpas. Samma modell kan användas vid ersättning till egen regi. Ersättningarna kan indelas i fast, rörlig och målrelaterad ersättning.

Fast ersättning i form av anslag förekommer ofta inom äldreomsorgen. En fast ersättning är inte kopplad till faktiskt genomförda insatser. Leverantören får ersättning för ett generellt åtagande och ersättningen blir i princip densamma oavsett hur mycket vård eller omsorg som produceras. Anslagets storlek baseras vanligen på historiska kostnader. Eftersom ersättning genom anslag utgör en klumpsumma för verksamheterna att förvalta anses det som en förhållandevis möjliggörande ersättningsform som dessutom innebär en låg administrativ börda. Handlingsutrymmet som anslag medför anses ibland föra med sig en lägre effektivitet och tillgänglighet. En låg produktion kan tvärtom skapa ett ökat behov av utförarens tjänster

(t.ex. köer) och därmed leda till högre anslag följande år.[185] Ersättningsmodellen styr inte mot specifika uppgifter, utan detta måste i stället ske genom andra styrsignaler.[186] En av fördelarna är god kostnadskontroll för finansiären. Anslaget kan dessutom kompletteras med extra medel om kostnaderna överskrider budgeten.

För att leverantören inte ska riskera att gå med förlust blir det mycket viktigt att hålla nere både produktionsvolymen och kvaliteten. Därför ger fast ersättning ett starkt incitament som motverkar hög produktionsvolym och hög kvalitet. För produktionskostnaderna är det inte givet hur den fasta ersättningen påverkar incitamenten för leverantören. Empiriska studier har dock visat att fast ersättning tenderar att uppmuntra höga produktionskostnader. En positiv aspekt är att anslag, som enda ersättningsform, motverkar att leverantörerna försöker förbättra vinsten genom att välja bort dyra kunder. Ersättning per registrerad individ ger god kostnadskontroll för kommunen, starka drivkrafter för att hålla ned volymer och produktionskostnader, men negativa effekter på kvaliteten.[187]

Rörlig ersättning (prestationsersättning) ger ungefär motsatt effekt som fast ersättning genom anslag. Eftersom ersättningen utgår efter producerad volymenhet, besök, utförd timma, dygn eller vårdtillfälle, uppmuntras hög produktionsvolym. Förutsättningen för vinst är att produktionskostnaden för varje ersatt insats kan hållas inom ramen för ersättningen. Det gör att rörlig ersättning är en drivkraft för leverantören att hålla nere produktionskostnaden. Ersättningen stimulerar alltså till hög kostnadsproduktivitet, men inte till hög kvalitet. Empiriska studier visar också att rörlig ersättning ger negativa effekter på kvaliteten.[188] Så länge leverantören gör en vinst på varje ytterligare insats kommer leverantören att öka volymen och därmed sin totala ersättning. Därför är kostnadskontrollen sämre vid rörlig ersättning. Enligt Upphandlingsmyndigheten gör detta att det numera i princip inte förekommer rörlig ersättning utan någon form av begränsning, oftast ett tak.[189]

En nackdel med både fast och rörlig ersättning är att de i princip ger samma ersättning till leverantören oavsett om insatsen utförts

[185] SOU 2017:56 s. 96.
[186] SOU 2017:56 s. 95 f.
[187] Upphandlingsmyndigheten (2016b), s. 22 f.
[188] Upphandlingsmyndigheten (2016b), s. 22.
[189] Upphandlingsmyndigheten (2016b), s. 23.

med hög eller låg kvalitet. De sporrar inte leverantören att åstadkomma kvalitetsförbättringar. Enligt Upphandlingsmyndigheten råder konsensus inom forskningen om att varken fast eller rörlig ersättning ger positiva effekter på kvaliteten.[190] Även om differentiering av fast eller rörlig ersättning kan motverka vissa kvalitetsförsämringar, går det också att hitta fall där dessa ersättningsformer aktivt motverkar kvalitetsförbättringar. Ett sådant exempel är differentierad ersättning till särskilt boende baserad på biståndsbedömning. Om en individ får ett förbättrat tillstånd på grund av personalens aktiva rehabilitering kan leverantören av boendet få en lägre ersättning i fortsättningen för denna individ. Om leverantören inte kan minska sina kostnader i motsvarande grad så finns det då ingen ekonomisk drivkraft för leverantören att arbeta aktivt med rehabiliteringsåtgärder. För att leverantören ska få en drivkraft för att höja kvaliteten i sin vård eller omsorg av individerna måste kommunen/landstinget dela vinsten för detta med leverantören genom att ersätta leverantören för kvalitetsförbättringar som skett.

Målrelaterad ersättning är i princip den enda ersättningsform som i praktiken ger positiva effekter på kvaliteten. Enligt Upphandlingsmyndigheten används detta i alla regioner men inte hos kommunerna.[191] I princip kan man tänka sig en helt målstyrd ersättningsmodell där även mål finns med för volym, produktionskostnader och kostnadskontroll. I praktiken är dock målrelaterad ersättning krävande att använda, menar Upphandlingsmyndigheten. Den bör ses som ett styrmedel som kan avhjälpa de övriga ersättningsformernas negativa effekter på kvaliteten på vård och omsorg.[192]

De övergripande mål som ersättningen ska styra mot är ett servicemål (produktionsvolym), kostnadseffektivitet (produktionskostnader per volymenhet), kvalitet och kostnadskontroll. Ingen ersättningsform klarar dock ensam av att ge positiva effekter för alla fyra övergripande mål. För att uppnå önskad styrning och att undvika oönskade effekter bör en ersättningsmodell normalt innehålla en kombination av de tre ersättningsformerna, anser Upphandlingsmyndigheten. Myndigheten framhåller också att som styrmedel kan ersättningsformen bidra till att uppfylla övergripande mål för kost-

[190] Upphandlingsmyndigheten (2016b), s. 20.
[191] Upphandlingsmyndigheten (2016b), s. 20. Uppgiften är från 2016.
[192] Upphandlingsmyndigheten (2016b), s. 24.

nadseffektivitet, kvalitet och kostnadskontroll, men för att uppnå en god styrning är det viktigt att även använda andra styrmedel såsom kravställning och uppföljning av avtal.[193]

De vanligaste inom hemtjänsten är att utförarna får ersättning för beviljad, planerad eller schablontid (51 procent av kommunerna). Nästan lika vanligt är att kommunerna ersätter för utförd eller arbetad tid (48 procent av kommunerna). Ersättningsnivån varierade mellan 315 kronor och 558 kronor per timme.[194]

Tillitsdelegationen[195] hade bl.a. i uppdrag att analysera olika ersättningsmodellers styrande effekter och att undersöka på vilket sätt ersättningsmodeller tydligare kan främja en bred och allsidig kvalitetsutveckling och effektivitet samt om möjligt föreslå hur sådana modeller kan utformas, se *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* (SOU 2017:56). Där framgår att styrning genom ersättningsmodeller inte alltid får avsedda effekter. Ibland försöker man hantera de negativa sidoeffekterna genom att introducera nya komponenter i modellen. Detta leder i sin tur till ökad detaljeringsgrad och större komplexitet i modellen. Det har visat sig svårt att justera ersättningsmodellen så att den ensam svarar upp till alla mål, och parerar alla sidoeffekter, som uppstått längs vägen. Det finns med andra ord ingen perfekt princip eller modell som kan svara upp mot alla önskemål.[196]

Den utredningens övergripande rekommendation är att ersättningsmodellen ska hållas så enkel som möjligt. I de fall styrningen tydligare behöver riktas mot vissa mål rekommenderar utredningen att man använder andra styrmedel. Anledningen är att ersättningsprinciperna som ämnar styra verksamheter mot ökad kvalitet ofta får oavsiktliga konsekvenser för verksamheterna. Det kan handla om en ökad administrativ börda, minskade möjligheter för medarbetarna att göra egna bedömningar och för möjligheterna till samverkan, innovation och verksamhetsutveckling. Utredningen framhöll att många studier visserligen beskrivit att målrelaterad ersättning medför starka incitament till hög kvalitet, givet att ersättningen är kopp-

[193] I vägledningen finns ett exempel på en blandad ersättningsmodell för hemtjänsten med en fast ersättning på 70 kronor/biståndsbedömd timme, en rörlig ersättning på 280 kronor/utförd timme och en målrelaterad ersättning med målet att 80 procent av leverantörens kunder är nöjda med bemötandet där ersättningen ska vara en (1) procent av den totala ersättningen. Se s. 33.
[194] Uppgifter från SKR:s hemsida 2019.
[195] Se dir. 2016:51.
[196] SOU 2017:56 s. 20.

lad till indikatorer som faktiskt uttrycker något om kvaliteten. Flera studier tar dock upp att det kan finnas risk för undanträngning av andra mål eller värden. Däremot bortser man ofta från att den målrelaterade ersättningen kan verka demotiverande för personalen och att insamlingen och rapporteringen av de indikatorer som ligger till grund för ersättningen tar tid och resurser i anspråk.[197]

Enligt den nämnda underlagsrapporten framkom i många diskussioner med kommunrepresentanter att förfrågningsunderlagen inte stimulerar till effektiva lösningar med hjälp av välfärdsteknik. Det gäller att utföra maximalt med tid inom ramen för biståndsbeslutet. Satsningar på välfärdsteknik premieras inte. Dagens ersättningsmodeller uppmuntrar alltså inte till användning av välfärdsteknik utan kan tvärtom motverka detta. Kostnaden för kommunen blir därför i slutändan onödigt hög.[198]

Vad som anses som ”kringtid”, dvs. tid som inte ersätts särskilt utan anses ingå i ersättningen, anges som en viktig faktor i sammanhanget. Det handlar om resor till och från den enskilde, planering, telefonsamtal, dokumentation, möten etc. men hit räknas också kostnader för utrustning, administrativ personal och utbildning av personalen. För utföraren är det viktigt att minimera kringtiden. Att då satsa på utveckling och kompetenshöjande åtgärder är svårt. Användning av välfärdsteknik riskerar att minska ersättningen till utföraren, men minst lika mycket riskerar det att öka kringtiden. Det kan handla om utmaningar vid själva introduktionen men också ansvaret för att hantera olika larm som genereras.[199] Implementering av välfärdsteknik kräver inköp som förändring av arbetsprocesser som på kort sikt fördyrar verksamheten. Tid för utbildning eller ersättning för vikarier förekommer sällan i förfrågningsunderlaget. Det förekommer att redan inköpa lösningar inte används, eftersom införandet genererar en ökad arbetsinsats på kort sikt och det ändå inte ställs något krav eller sker någon uppföljning av om det används. I rapporten uttryckte en kommunrepresentant följande.

> Vi köpte in tio och har bara använt en till två enheter, men den har sparat så mycket tid och resurser åt oss att det har finansierat de andra. Så vi är nöjda.[200]

[197] SOU 2017 :56 s. 92.
[198] Oskarsson, A. et al. (2020), s. 42.
[199] Oskarsson, A. et al. (2020), s. 46.
[200] Oskarsson, A. et al. (2020), s. 47.

Vikten av att veta vad som är verkställighet

Ett sätt att hantera problematiken ovan är att kommunen bestämmer att frågan om användning av välfärdsteknik är något som biståndshandläggaren ska ta ställning till i själva biståndsbeslutet i stället för att lämna över frågan till utföraren, med risk för att tekniken uteblir. Ett sådant synsätt innebär att biståndshandläggaren gör bedömningen av om välfärdsteknik kan tillgodose individens behov såsom de framgår av utredningen, som en del av myndighetsutövningen. Konkret kan det handla om att biståndshandläggaren tar ställning till inte bara om det finns ett generellt behov av tillsyn eller ledsagning, utan också om individens behov kan tillgodoses genom trygghetskamera respektive mobilt trygghetslarm. Det finns dock vissa nackdelar med ett sådant arbetssätt, bl.a. minskar flexibiliteten. Enligt vad utredningen erfar finns därför ett visst motstånd mot synsättet att socialtjänsten alltid borde ta ställning i själva biståndsbeslutet.

Fördelarna med att låta biståndshandläggaren ta ställning i själva beslutet är flera. Det är mycket lättare för kommunen att utbilda och säkerställa kompetens och omvärldsbevakning hos en mindre personalgrupp som biståndshandläggarna jämfört med gruppen omsorgspersonal.[201] Det är också det synsätt som har tydligast stöd i lagen. Biståndsbeslut får inte vara så allmänt hållna att det inte framgår vad som har beviljats. Att ett beslut är tydligt utformat har stor betydelse för att den enskilde ska kunna förstå vilken rätt till hjälp han har. Om beslutet inte är tydligt kan det leda till problem vid verkställigheten, problem för en domstol som ska pröva ett överklagande och svårigheter vid tillsyn. Var gränsen går mellan myndighetsutövning och verkställighet är däremot svårt att säga.

Som ett exempel kan nämnas ett tillsynsärende från 2010 där Socialstyrelsen prövade äldreomsorgens användning av rambeslut där ansökan om bistånd i form av hemtjänst bifölls som ”omsorg” utan precisering av vilka insatser som skulle ges. Tanken är att kontaktpersonen hos utföraren tillsammans med den enskilde ska planera och bestämma insatser med beslutsunderlaget som utgångspunkt, vilket också dokumenteras i en genomförandeplan.[202] Socialstyrelsen uttalade att det alltid bör framgå vad biståndsinsatsen innebär i praktiken och hänvisade bl.a. till att den enskilde annars inte kan veta

[201] Oskarsson, A. et al. (2020), s. 53.
[202] Jfr Socialstyrelsens beslut 2010-12-15 i ärende om tillsyn enligt 13 kap. 1 § socialtjänstlagen mot myndighetsutövningen inom äldreomsorgen i Örebro kommun (dnr 9.1-26521/2010).

om han eller hon fått den hjälp som begärts eller om beslutet borde överklagas. Socialstyrelsen underströk att detta inte hindrade användningen av rambeslut utan endast att dessa måste ha en tydligare utformning. Därtill ansåg Socialstyrelsen att en handläggare vid varje beslutstillfälle bör bedöma lämpligheten av att utforma det aktuella beslutet som ett rambeslut. Socialstyrelsen påpekade att tillvägagångssättet att låta den närmare specificeringen av insatserna göras i ett senare skede kan ge karaktären av en förhandling som utgår från vad som är rimligt utifrån verksamhetens resurser eller utförarens utbud. Även om många äldre kan ta till vara sina rättigheter är det inte ovanligt att någon som ansöker om hemtjänst intar en svagare position gentemot nämnden, vilket man bör ha i åtanke vid tillämpningen av detta förfarande. Det kan också medföra att myndighetsutövningen förskjuts till verkställigheten. Myndighetsutövning får inte överlämnas till privaträttsliga subjekt.

Enligt den tidigare nämnda underlagsrapporten finns ett flertal kommuner som valt ett arbetssätt som innebär att handläggaren utreder i vilket ”livsområde” som den enskilde har behov av stöd (enligt IBIC-metodiken finns nio livsområden som ska bedömas) och sedan lämnar till utförarna att besluta om på vilket sätt behovet ska tillgodoses.[203] Några kommuner använder sig av livsområdena, men har kopplat dem till en mall för vilka insatser som ”finns”.[204] De befintliga insatserna riskerar att styra omsorgen på ett sätt som saknar stöd i lagen. Lokala riktlinjer kan leda till att en insats inte fyller sitt syfte. Dessutom riskerar man att missa behov som inte passar in.

I vissa kommuner låter man larmtekniker fatta beslut om hur individens behov ska tillgodoses, vilket har den fördelen att ersättningsmodellerna inte får någon påverkan på insatsen. Larmtekniker är å andra sidan varken vård- och omsorgutbildade eller socionomer.[205]

[203] De nio livsområdena i IBIC är lärande och att tillämpa kunskap, allmänna uppgifter och krav, kommunikation, förflyttning, personlig vård, hemliv, mellanmänskliga interaktioner och relationer, utbildning/arbete/sysselsättning/ekonomiskt liv, samhällsgemenskap/socialt och medborgerligt liv. Dessa kompletteras med två kategorier: känsla av trygghet respektive personligt stöd från någon som vårdar eller stödjer en närstående.
[204] Oskarsson, A. et al. (2020), s. 59.
[205] Oskarsson, A. et al. (2020), s. 62.

Genomförandeplaner

En genomförandeplan är en icke lagreglerad skriftlig beskrivning om hur en eller flera beslutade insatser praktiskt ska genomföras för omsorgstagaren. Den tas i regel fram tillsammans med den enskilde. Begreppet genomförandeplan definieras i Socialstyrelsens handbok[206] *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten* som en ”vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats ska genomföras för en enskild”.[207] Genomförandeplaner tas upp i Socialstyrelsens allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5). Där framgår att hur en beslutad insats ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan som upprättas hos utföraren, med hänsyn tagen till den enskildes självbestämmanderätt och integritet.[208] Planen syftar till att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.[209]

Av planen bör enligt de allmänna råden framgå bl.a.

- vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt beslutet,
- om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter hos utföraren,
- vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet,
- vem som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet,
- när och hur olika aktiviteter ska genomföras,
- hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän, t.ex. hälso- och sjukvården,
- när och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp,
- om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till synpunkter och önskemål,

[206] Socialstyrelsen (2015a). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.*
[207] När det gäller barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska en plan upprättas över hur vården ska genomföras (genomförandeplan), se 11 kap. 3 § SoL. Vad en sådan plan ska innehålla framgår närmare av 5 kap. 1 a § SoF och 7 kap. 3 § SOSFS 2012:11. Dessa bestämmelser riktar sig till socialnämnden, inte till utföraren.
[208] Se Socialstyrelsen (2015a), s. 462
[209] Det kan exempelvis handla om sådant som vid vilken tidpunkt på dagen som den enskilde vill att hemtjänsten kommer för att hjälpa till med dusch.

– vilka andra personer som har deltagit i arbetet med planen,
– när planen har fastställts, och
– när och hur planen ska följas upp.

Att upprätta en separat plan för genomförandet av en beslutad insats är dock inget självändamål, framhåller Socialstyrelsen. Det viktiga är att arbetet planeras, bedrivs målinriktat och följs upp. Avsikten med en genomförandeplan är inte att den ska uppfattas som ett avtal mellan den enskilde och utföraren utan som ett verktyg för personalen på en arbetsplats. Den behöver därför inte ”godkännas” eller vara undertecknad av den enskilde utan kan i princip upprättas oberoende av hur den enskilde ställer sig till att medverka med planen.

I Socialstyrelsens vägledning för IBIC från 2016 anges bl.a. följande i fråga om individanpassning när uppdraget ska utformas.

> Även utförarens val av arbetssätt och metoder vid såväl planering som vid genomförandet behöver utgå från kunskap om systematiskt arbetssätt, olika behovsteorier, vad som gynnar hälsa och välbefinnande samt om arbetssätt som stärker individens egna resurser och delaktighet. För att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik behöver utföraren också dokumentera valet av arbetssätt eller metod. Detta för att kunna följa upp vilka arbetssätt och metoder som är verksamma och som stärker individens resurser.

I underlagsrapporten diskuteras genomförandeplaner ingående och framhålls bl.a. följande. Genomförandeplaner anses genomgående som svåra att upprätta och håller ofta dålig kvalitet. En stor del av baspersonalen inom äldreomsorgen saknar grundläggande utbildning. En stor del av arbetet bedrivs dessutom av vikarier som saknar relevant utbildning. Medan biståndshandläggare i regel har högskoleutbildning och erfarenhet av att myndighetsutövning inom socialtjänsten, t.ex. i fråga om att utreda och dokumentera behov, har utförarens personalgrupp sällan sådan kompetens och brister inte sällan i språkkunskaper. De juridiska kunskaperna är ofta bristfälliga. I en arbetsgrupp finns stor variation när det gäller de faktiska förutsättningarna att bemästra mer kvalificerad myndighetsdokumentation, som arbetsmetodiken i IBIC verkar förutsätta. De som arbetar inom hemtjänsten drar sig inte sällan för läs- och skrivarbete. Vidare har de inte alltid själva läst själva biståndsbeslutet och har därför inte nödvändigtvis kunskap om de mål som gäller för insatsen eller vilka

den enskildes behov är. Här ska framhållas att vid ett snävt tilltaget schema kan det bli så att man prioriterar omsorg snarare än dokumentation. Inte sällan brister även de praktiska förutsättningarna för dokumentation, i form av tillgång till datorer i ändamålsenliga lokaler eller smarta mobiltelefoner. Ett särskilt problem är att många kan dra sig för att använda ny teknik, som man kanske förknippar med mer administration och teknikstrul. Om personalen är tveksam till att introducera välfärdstekniken är risken stor att de överför sin syn till den enskilde. Tid för utbildning saknas eftersom det inte ersätts av uppdragsgivaren och detsamma gäller inköp av den nya tekniken som sådan. Det blir ofta enklare att fortsätta som tidigare. Sammantaget framstår det därför som problematiskt om ansvaret för införande av välfärdsteknik läggs på denna yrkeskategori. Samtidigt är det enligt rapporten denna grupp som i praktiken ska besluta om användning av välfärdsteknik, genom att välfärdsteknik ses som något som utföraren beslutar om. Om utförarna beslutar om välfärdsteknik används det ofta i så små volymer att någon ekonomisk nytta inte uppstår.[210]

Bistånd som uppmuntrar till välfärdsteknik

Mot bakgrund av ovanstående kan man dra slutsatsen att det finns flera hänsyn att ta vid utformningen av en styrning som uppmuntrar till användningen av välfärdsteknik överlag. Ersättningsmodellerna måste innehålla incitament för utveckling som gynnar ett effektivare arbetssätt och ett mer värdeskapande utnyttjande av tiden hos den enskilde. Här ska också framhållas att det förslag till lagstiftning som vi lämnar om biståndsbedömning när individen har varaktigt nedsatt beslutsförmåga förutsätter myndighetsutövning och således att bedömningen av om den enskildes behov kan tillgodoses med hjälp av välfärdsteknik görs av biståndshandläggaren.

Vi gör bedömningen att det finns mycket att vinna på att försöka finna en god modell för styrningen av utförare utifrån olika aspekter som främjande av välfärdsteknik och effektiva arbetssätt, men också med beaktande av kvalitets- och rättssäkerhetsaspekter. Vi föreslår därför att Vinnova får i uppdrag att ta fram modeller för upphandling, stöd och stimulans som leder fram till att en lämplig styrning

[210] Oskarsson, A. et al. (2020), s. 47.

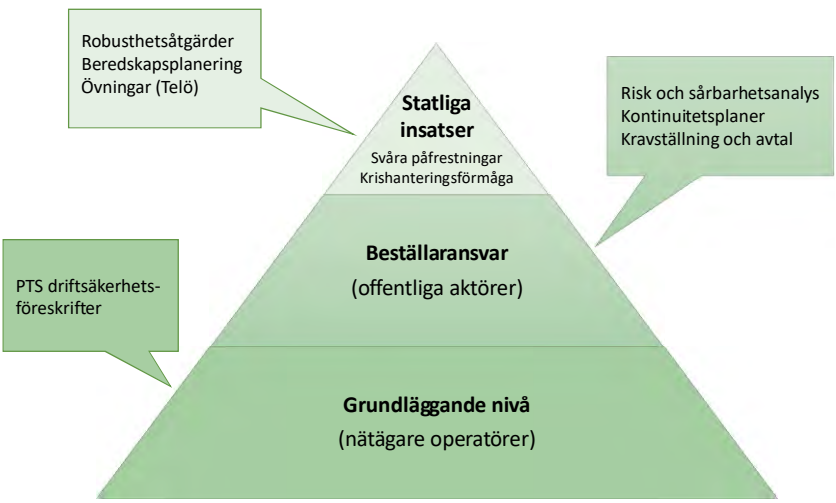
mot en ökad användning av välfärdsteknik inom vård och omsorg kan utarbetas, testas och implementeras. I uppdraget ingår att involvera berörda myndigheter, bl.a. Socialstyrelsen, och intresseorganisationer.

8.11 Grundläggande förutsättningar i form av infrastruktur

8.11.1 Bredbandsinfrastruktur

Bedömning: Det finns ett behov av att kartlägga och beskriva robustheten i de befintliga bredbandsnäten. Staten behöver ta ett ökat ansvar för att det finns robust bredband över hela landet. Vi ansluter oss till det förslag om ett forum för infrastruktur för välfärdens digitalisering som framgår av Bredbandsforums rapport *Infrastruktur för digitalisering*.

Figur 8.6 Modell för samhällets ansvar för en robust infrastruktur för elektronisk kommunikation



Källa: Bredbandsforum (2019). Slutrapport från Bredbandsforums arbetsgrupp – Infrastruktur för digitalisering.

Betydelsen av robust bredband

Robust bredband är en förutsättning för att tjänster som bygger på användning av välfärdsteknik ska fungera (se även 3.6.2). De offentliga digitala tjänster som används i dag ställer visserligen med få undantag relativt låga krav på bredbandsanslutningen. En kartläggning inom ramen för Bredbandsforum har endast hittat enstaka tillämpningar av tjänster till enskilda användare med högre krav på tillgänglighet och robusthet. Tjänsterna till hemmet innebär överföring av mindre datamängder och utan krav på uppdatering i realtid. Omvänt har inte heller infrastrukturen setts som ett större problem för införandet av digitala samhällstjänster, förutom i fall där täckning saknas och alla invånare inte har tillgång till fast eller mobilt bredband i sina hem. Man förutsätter ofta att hushållen har, eller har möjlighet att skaffa, tillräckligt bra uppkoppling för dessa tjänster.[211]

För att möjliggöra breddinförande av välfärdsteknik och vård på distans måste dock tillgången till tillräckligt bra bredbandskapacitet säkerställas över samtliga de geografiska områden där vård och omsorg ska bedrivas. Enligt en undersökning av en arbetsgrupp inom Bredbandsforum, se rapporten *Infrastruktur för digitalisering* från juni 2019, råder stor enighet om att fler och mer avancerade offentliga digitala tjänster är att vänta framöver, vilka förväntas ställa högre krav på tillgänglighet, kapacitet och robusthet. De kommer att levereras både i hemmet och mobilt (utanför hemmet). Tjänster från offentliga aktörer kan behöva samsas med andra digitala tjänster i ett hem via invånarens bredbandsanslutning. Det förväntas också en förändring när dagens pilotprojekt ska tas i drift i stor skala och tjänsterna kunna levereras till alla slutanvändare inom målgruppen. Beroendet av robust bredband kommer alltså att öka med mängden digitala tjänster och antalet anslutna. I sammanhanget noteras att under 2020 planeras lansering av 5G-nätet i Sverige. Genom högre hastighet, minimal latenstid och garanterad stabil uppkoppling medger 5G en introduktion av nya och mer avancerade tjänster för monitorering och vård på distans.

[211] Bredbandsforum (2019). *Slutrapport från Bredbandsforums arbetsgrupp – Infrastruktur för digitalisering*, s. 18. De aktörer som deltagit i arbetsgruppen är; IP-Only, IT&Telekomföretagen, PTS, Region Blekinge, Region Västerbotten, RISE, SKR, Svenska Stadsnätsföreningen, Telia Company och Utsikt Bredband.

Svårigheter vid kravställning

Olika offentliga aktörer väljer olika sätt att tillhandahålla välfärdstjänster på, från att till största delen göra det i egen regi till att överlåta hela hanteringen till en extern leverantör. I vissa fall köper de offentliga aktörerna in utrustning från olika leverantörer och tecknar egna avtal för mobilabonnemang eller bredbandsanslutningar. Denna modell ställer högre krav på kravställning, upphandling och uppföljning av de olika delarna som ingår i tjänsten. I avtalet definieras vilka krav som ställs på robustheten i tjänsten, med parametrar som tillgänglighet, åtgärdstider och uppföljning av avbrott. Förhöjda krav ger generellt sett också högre kostnader och betalningsförmågan är en viktig aspekt.[212] Den som har behov av säkerhet utöver den grundläggande nivån har ett eget ansvar att säkerställa en högre nivå av tillgänglighet. Ett exempel där offentliga aktörer har sett behov av en högre driftsäkerhet är Sjunet, ett särskilt kommunikationsnät som är upphandlat utifrån de höga krav på tillgänglighet, stabilitet och överföringshastighet som ställs inom vård och omsorg.

Sjunet används i dag av 100-tals olika regionala och nationella tjänster, som t.ex. för överföring av patientjournaler och röntgenbilder. Alla regioner, kommuner, privata vårdgivare som är offentligt finansierade och leverantörer till dessa kan beställa anslutning till Sjunet från Inera. Utöver det ansvar som offentliga aktörer har som beställare av de tjänster de själva använder har de ett övergripande ansvar för att göra risk- och sårbarhetsanalyser (RSA). MSB utfärdar föreskrifter och har vägledningar för arbetet med RSA. Det saknas dock ett tydligt mandat att på regional eller kommunal nivå arbeta med planering, samordning och åtgärder för robusthet i digital infrastruktur.[213]

Att tillhandahålla en digital tjänst fram till slutanvändare, innefattar en kedja av många olika aktörer och lösningar som behöver kopplas ihop och tillsammans skapa den nivå av tillgänglighet och robusthet som tjänsten kräver. Den tidigare nämnda arbetsgruppen noterade att respektive aktör tar ansvar för sin del i kedjan men att robustheten i helheten ibland brister. Arbetsgruppen ansåg vidare att det generellt sett finns en för låg medvetenhet om betydelsen av robust infrastruktur när digitala tjänster erbjuds. Otydligheterna i

[212] Bredbandsforum (2019), s. 24.
[213] Bredbandsforum (2019), s. 38.

roller och ansvar gör att krav på robusthet ibland inte ställs på grund av att ansvaret uppfattas ligga på andra aktörer. Att beställarrollen är svår är en bidragande orsak till att många kommuner väljer att ansluta exempelvis trygghetslarm via mobilnätet där endast en avtalspart krävs för anslutningen. Beställare anser det svårt att definiera ”rätt” nivå av robusthet och kvalitet för att anslutningen ska passa tjänsterna. Det finns också osäkerheter rörande standard och interoperabilitet. Beställande organisationer, t.ex. kommuner och regioner, skulle därför behöva gå samman i större utsträckning för att stödja varandra och utbyta erfarenheter. Tidig dialog med potentiella leverantörer och funktionsupphandling kan också bidra till att underlätta anskaffning av anslutning och digitala lösningar.

Arbetsgruppen såg mot denna bakgrund ett behov av ökad samordning och erfarenhetsutbyte inom beställargruppen och mellan beställare och leverantörer av bredbandsanslutningar och offentliga digitala tjänster. Arbetsgruppen föreslog därför att SKR skulle etablera ett beställarnätverk för kommuner och regioner inom området bredbandsanslutning för offentliga digitala tjänster, i syfte att stötta beställarrollen samt att skapa en mötesplats och plattform för att diskutera behov, strategiska vägval och formulera krav inför upphandling av bredbandsanslutning. Enligt uppgift från SKR kommer ett sådant beställarnätverk att starta under våren 2020.

Enligt vad utredningen erfar finns ett behov av att kartlägga och beskriva robustheten i de befintliga bredbandsnäten. Kvaliteten i de befintliga bredbandsnäten skiftar och de nät som har sämre kvalitet kan behöva åtgärdas. För att kunna göra det behöver kvalitetsmått definieras och kvaliteten mätas. Alla levererade internetförbindelser måste testas vid leverans och kontinuerligt över tid. Ett instrument för att mäta hastigheten på en förbindelse är *Bredbandskollen*, som är ett oberoende konsumentverktyg som drivs av Internetstiftelsen, en oberoende, affärsdriven och allmännyttig organisation som verkar för ett internet som bidrar positivt till människan och samhället. Att det finns möjlighet att koppla upp sig, t.ex. för att använda dator, är dock inte ett bra mått när det handlar om den typ av uppkoppling som behövs för framtidens teknik. I dagsläget är ”momentan bandbredd” det praktiskt taget enda använda måttet på internetanslutningars kvalitet. Vad en öppen internetanslutning (internetaccess) ska innehålla och vilken kvalitet en användare kan förvänta sig är inte självklart för parterna på marknaden. Innehålls- och kvalitetsbegrep-

pen kan innefatta prestanda såsom bandbredd, svarstid, tillgänglighet, trafikstyrning, driftsfunktioner eller vilket stöd som användarna kan vänta sig vid fel.

Därför är det intressant att notera den definition av internetaccess som tagits fram under 2019, *Internetaccess Definition version 1.0*. Hösten 2016 gjorde Netnod[214] och Internetstiftelsen i Sverige en förstudie för att utröna om det fanns behov av en definition av internetaccess.[215] Resultatet visade att detta ansågs önskvärt av många av marknadens parter. Syftet var att tillsammans med marknaden definiera hur värdena ska mätas och definiera en lägstanivå. Härigenom ges organisationer som ska upphandla internettjänster från operatörer en översikt över de krav som kan ställas vid formuleringen av en kravspecifikation för att erhålla en internettjänst av god kvalitet. Definitionen ska därför ses som en vägledning och är inte i sig en kravspecifikation. Avsikten är att definitionen fortlöpande ska hållas uppdaterad med hänsyn till den tekniska utvecklingen och erfarenheter från dess användning. Skapandet av en organisation för detta ingår i en senare projektfas.[216] Enligt utredningens mening är det angeläget att detta arbete kan fortsätta för att underlätta för kommuner att upphandla välfungerande vård- och omsorgstjänster.

I detta sammanhang ska framhållas att värdet av den offentliga upphandlingen i Sverige uppgår till cirka 700 miljarder kronor per år.[217] Genom ökad samordning vid upphandling av anslutning, nätutbyggnad och tjänster skulle offentliga aktörer kunna vara en pådrivande faktor för ökad tillgång och robusthet i Sveriges digitala infrastruktur. Ökad samverkan stärker också förutsättningarna för innovationsupphandling som kan bidra till utveckling av nya digitala tjänster och arbetssätt, enligt Upphandlingsmyndigheten.[218]

[214] Netnod Internet Exchange i Sverige AB är ett dotterbolag till Stiftelsen för Telematikens utveckling som har som syfte att driva de centrala knutpunkterna i Sveriges del av Internet på ett neutralt och självständigt sätt.
[215] I förstudien intervjuades personer från 24 olika organisationer som representerade bl.a. internetleverantörer, mobiloperatörer, myndigheter, företag, universitet och privatpersoner.
[216] I Fas 1 av Projekt Internetaccess har 66 personer från 40 olika organisationer deltagit, se Bredbandsforum (2019), s. 6.
[217] Upphandlingsmyndigheten & Konkurrensverket (2018). *Statistik om offentlig upphandling 2018*.
[218] Upphandlingsmyndigheten & Konkurrensverket (2018), s. 39.

Behovet av ett samlat grepp

Samhällets modell för robust elektronisk kommunikation utgår från att det är de aktörer som tillhandahåller elektroniska kommunikationsnät och tjänster, dvs. nätägare och operatörer, som har ansvar för att näten och tjänsterna fungerar. Enligt lagen (2003:389) om elektronisk kommunikation, förkortat LEK, ska alla som tillhandahåller allmänna kommunikationsnät eller allmänt tillgängliga kommunikationstjänster vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att verksamheten uppfyller rimliga krav på driftsäkerhet. Åtgärderna ska skapa en säkerhetsnivå som, med beaktande av tillgänglig teknik och kostnaderna för att genomföra åtgärderna, är anpassad till risken för störningar och avbrott.[219]

PTS har som en av sina uppgifter att arbeta för robust elektronisk kommunikation och har även vissa finansiella medel för att genom olika åtgärder stärka dessa kommunikationsvägar. De åtgärder som genomförs med hjälp av PTS medel är sådana som inte kommer tillstånd utifrån kommersiella grunder eller övriga reglerande krav som ställs på operatörerna, men där samhället behöver en bättre robusthet för att klara en extraordinär situation.

Den fysiska infrastrukturen ägs, underhålls och drivs av många olika operatörer och nätägare. Det handlar om rikstäckande fasta och mobila nät (ett tiotal), lokala eller regionala stadsnät, av vilka huvuddelen ägs och drivs av kommuner (cirka 230), nät som ägs av byanät och fiberföreningar (över 1 000) och ett okänt antal fastighetsnät. Näten hänger ihop kommunikationsmässigt men skiljer sig åt i storlek och ägande, teknisk standard, affärsmodeller och legal struktur. Detta gör att möjligheterna till robust och tillförlitlig anslutning är olika på olika platser vilket i sin tur medför att förutsättningarna för att leverera digitala tjänster varierar över landet samt att alla invånare inte kan nås av samma tjänster.

Tillgången till bredband av hög kvalitet är särskilt svag i landsbygdsbetonade kommuner med en spridd befolkning, där bredbandstäckningen med överföringshastigheten minst 100 Mbit/s i många fall omfattar mindre än 50 procent av hushåll och företag. Det är stor skillnad på fibertillgång mellan olika län och kommuner, tätort och glesbygd, och flerfamiljs- och enfamiljshus. De områden som återstår att bygga ut i är främst i glesbygd och det gäller en-

[219] PTS har tagit fram driftsäkerhetsföreskrifter, PTSFS 2015:2.

familjshus. PTS drar slutsatsen att återstående utbyggnad kan förväntas bli dyrare än den utbyggnad som hittills gjorts och att den kan vara svår att bygga ut på ”marknadsmässig grund”. Prognosen är att regeringens övergripande bredbandsmål att hela Sverige ska ha tillgång till snabbt bredband år 2025 inte kommer att uppfyllas, på grund av kostnaderna för att bygga ut nät i glesbefolkade områden.[220]

Byanäten är en viktig del av Sveriges digitala infrastruktur, särskilt på landsbygden och på platser med få möjligheter till alternativa anslutningar. Det finns inga tecken på att byanäten skulle ha lägre kvalitet och robusthet jämfört med annan fiberinfrastruktur. De har byggts och dokumenterats enligt uppställda krav, haft få avbrott och en organisation på plats för att hantera nät och förening. De omfattas dock i regel inte av särskilda skyldigheter kring robusthet och driftssäkerhet. Byanäten är många och drivs av ideella krafter. Detta försvårar för övriga aktörer på marknaden att samarbeta med och erbjuda tjänster via byanät. Det är också en svaghet att det saknas en helhetsbild. Byanäten är framför allt ett resultat av de stödmedel som funnits för utbyggnad av fiber på landsbygden. Enligt arbetsgruppen skulle byanäten vinna på att samarbeta i större utsträckning, förstärka infrastrukturens robusthet, se över villkoren för tjänsteleveranser, drift och underhåll m.m. I dag finns *Byanätsforum*, som styrs av Hela Sverige ska leva, Companion och LRF med finansiering via projektmedel från Landsbygdsprogrammet.[221] Arbetsgruppen föreslog att Byanätsforum får ett uppdrag och finansiering för att fortsatt stödja byanäten när projektperioden upphör.

Sammantaget visar rapporten på brister i den kedja av aktörer och lösningar som behöver kopplas ihop för att säkerställa robustheten i näten. Det finns otydligheter kring roller, vem som har ansvar för vad och hur avtal bör utformas. Förväntningar hos beställare och användare på hur robustheten och tillförlitligheten garanteras motsvaras inte alltid av verkligheten.[222] Samtidigt är frågan så komplex att alla beställare och användare, stora som små, inte kan förväntas

[220] PTS (2019b). *Kommuners roller på bredbandsmarknaden och undantag från den kommunala lokaliseringsprincipen*.
[221] EU har en strategi för tillväxt och jobb inom EU fram till år 2020. Syftet är att minska de ekonomiska och sociala skillnaderna i Europa genom en smart och hållbar tillväxt för alla. För att nå detta övergripande mål har alla länder tagit fram nationella program inom olika områden. I varje program finns pengar som man kan söka till projekt och investeringar som syftar till att uppnå programmets mål. Landsbygdsprogrammet är ett av programmen. Programmen finansieras av de europeiska struktur- och investeringsfonderna perioden 2014–2020.
[222] Bredbandsforum (2019), s. 3.

att på egen hand säkerställa att samspelet mellan aktörer och lösningar fungerar felfritt. Det behövs mer stöd och vägledning, mer samverkan och erfarenhetsutbyte mellan aktörerna. Arbetsgruppen har identifierat risker i det faktum att det finns ett mycket stort antal nätägare i Sverige. Ska regeringens målsättning om ett helt uppkopplat Sverige uppfyllas behövs stöd och vägledning i hur även mindre nätägare, exempelvis fiberföreningar eller ägare av fastighetsnät, bör hantera och följa upp robusthet och tillförlitlighet.

Därför finns ett behov av att ta ett ”samlat grepp” över leveranskedjan. I dag saknas tydligt mandat eller uppdrag att på nationell, regional eller kommunal nivå arbeta med planering, samordning och åtgärder för robusthet i digital infrastruktur. För att förbättra samordningen i bredbandsutbyggnaden har regeringen infört regionala bredbandskoordinatorer i alla län under perioden 2015–2020. I koordinatorernas uppdrag ingår att kartlägga tillgången till infrastruktur och att identifiera problematiska områden, men de har inget uppdrag att främja robustheten i den digitala infrastrukturen.[223] Arbetsgruppen ansåg att frågorna behöver behandlas i ett forum som är anpassat och bemannat för att hantera dessa tvärfunktionella frågor. Bredbandsforum och Digitaliseringsrådet är inte sammansatta för eller har i uppdrag att arbeta med frågor i gränslandet mellan digitala tjänster och infrastruktur.

Arbetsgruppen föreslog därför att regeringen skulle tillsätta ett *Forum för infrastruktur för välfärdens digitalisering*. Syftet är att på nationell nivå samla marknadsaktörer, offentliga aktörer och intresseorganisationer för att identifiera övergripande och strukturella utmaningar, behov och möjliga lösningar för en robust och tillförlitlig infrastruktur för välfärdens digitalisering. Vidare föreslogs att regeringen tillsätter en offentlig utredning för att förtydliga hur ansvaret för planering, kartläggning och uppföljning av infrastrukturens robusthet och tillgänglighet fördelas mellan stat, regioner och kommuner och även att initiativet med regionala bredbands- och digitaliseringskoordinatorer i alla län bör förlängas till 2025 eller tills ansvaret för den digitala infrastrukturen förtydligats på annat sätt.[224]

Vidare ska framhållas följande. I Sverige används en marknadsstyrd modell för bredbandsutbyggnad, men det är tydligt att den återstående utbyggnaden till stor del är beroende av offentliga stöd.

[223] Bredbandsforum (2019), s. 35.
[224] Bredbandsforum (2019), s. 38.

Enligt SKR är statens stöd för att understödja utbyggnaden är ytterst begränsat i förhållande till vad som kommer krävas för att nå bredbandsmålet. Investeringsbehovet anses uppgå till många miljarder kronor. SKR efterlyser ett nationellt ansvarstagande och en strategisk plan med finansiering för utbyggnad av den digitala infrastrukturen. Merkostnader till följd av en långsam utbyggnad av bredbandsinfrastrukturen drabbar i hög grad kommuner och regioner när effektiva digitala tjänster inte kan införas. SKR jämför med transportinfrastrukturen, som ses som en samhällsbärande infrastruktur och där staten har ett tydligt åtagande för hela landet. Samma synsätt borde gälla för bredbandsinfrastruktur, enligt SKR.[225]

I den senaste uppföljningen av bredbandsstrategin[226] anförde PTS att bredbandsinvesteringarna minskat med 11 procent under 2018 huvudsakligen beroende på lägre investeringar från företagen Telia och IP-Only. Utbyggnadstakten kommer sannolikt att avta ytterligare de kommande åren. Den främsta orsaken till avmattningen är att bredbandsbyggnaden når ut till allt glesare bebyggda områden där det är mycket svårt att få investeringskalkylerna att gå ihop.

Vi menar att staten måste stå för det offentliga åtagandet när det gäller tillgång till robust bredband i hela landet och att detta är viktigt om man verkligen önskar främja användningen av digital teknik inom äldreomsorgen. Vidare kan konstateras att regeringens initiativ med regionala bredbands- och digitaliseringskoordinatorer i alla län löper på till och med 2020. Detsamma gäller för Bredbandsforum. Det finns inga beslut om vad som ska hända därefter. Enligt vad utredningen erfar vore det angeläget med ett nationellt forum för olika aktörer som föreslagits av arbetsgruppen inom Bredbandsforum. Förslaget bereds nu inom regeringskansliet.

8.11.2 Gemensam digital infrastruktur

Bedömning: Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) bör ansvara för utveckling, förvaltning och samordning av en gemensam digital infrastruktur som även kommuner kan använda. Myndigheten behöver ges ökade resurser, ett tydligare uppdrag att samverka med kommuner samt föreskriftsrätt inom sitt ansvarsområde.

[225] SKR:s skrivelse till regeringen 2019-04-25.
[226] PTS-rapporten *Investeringar och förutsättningar för bredbandsutbyggnad* från 5 juni 2019.

Värdet av en gemensam digital infrastruktur

I regeringens digitaliseringsstrategi anges att tillgång till en nationell digital infrastruktur som möjliggör interoperabilitet och samverkan är en förutsättning för digitalisering av offentlig sektor. Det behövs en stabil och säker bas för att kunna ge tillgänglig, likvärdig och effektiv digital service till människor och företag. Regeringen arbetar därför med att förtydliga styrningen och öka anslutningen till den digitala infrastrukturen. Vidare anges att den svenska förvaltningsmodellen bygger på att respektive myndighet i stor utsträckning själv väljer hur en uppgift ska utföras. Samtidigt kräver digitalisering allt oftare gemensamma lösningar och investeringar. Offentlig sektor ska kunna utbyta information, samarbeta och öka sin effektivitet genom gemensamma lösningar. Samordningen och styrningen av den digitala nationella infrastrukturen behöver därför utvecklas.

Enligt SKR kan verksamheter inom äldreomsorgen uppnå sina mål på ett enklare och mer kostnadseffektivt sätt om de grundläggande förutsättningarna för ett säkert elektroniskt informationsutbyte finns på plats. Upphandling och utveckling av nya verksamhetsstöd enligt öppna standarder och överenskomna principer ger en mer hållbar utveckling och större flexibilitet. Det skapar möjligheter till inte bara en effektivare informationshantering utan även bättre beslutsunderlag för medarbetare, en snabbare och mer rättssäker hantering och en ökad innovation tack vare att spelreglerna för marknaden är tydliga. Att återanvända information på ett effektivt sätt medför även att kostnaderna för onödig hantering minskar. Effektivitet inom och mellan organisationer leder till att skattemedel används mer optimalt och förenklar livet för invånare och medarbetare. Vidare handlar det om att återanvända och samverka kring digitala lösningar. En utvecklad förvaltningsgemensam digital infrastruktur och gemensam och tydligare kravställning från offentliga aktörer skapar bättre förutsättningar för marknaden att leverera behovsdrivna och innovativa lösningar.[227]

Gemensamma ramverk och standarder för arkitektur och säkerhet kan liknas vid vårt vägtrafiksystem. Gemensamma trafikregler är grunden för ett fungerande trafiksystem och för att kunna bygga samman olika vägar med varandra. Det är en förutsättning för samverkansförmåga, interoperabilitet, på organisatorisk, rättslig, semantisk och teknisk nivå. Att använda gemensamma ramverk och stan-

[227] SKR (2019a). *Utveckling i en digital tid*, s. 11.

darder för arkitektur och säkerhet ger också stöd för upphandling, nationella och lokala utvecklingsinitiativ och som möjliggörare för samverkan mellan aktörer i ett digitalt ekosystem. Om utveckling av digitala lösningar bygger på samma bas undviks dyra, svårförvaltade och överlappande lösningar. Det blir enklare att integrera befintliga lösningar vid utveckling av nya samverkande tjänster.

Emellertid saknar Sverige flera av de förvaltningsgemensamma lösningar för informationsutbyte som finns i jämförbara länder. Bristen på en nationell digital infrastruktur och avsaknaden av styrning och samordning har lett till många olika myndighets- och sektorsspecifika lösningar. Det har en negativ påverkan på effektiviteten i den offentliga sektorn som helhet.[228] Avsaknaden av styrning och samordning av den förvaltningsgemensamma nivån och sektorsansvaren har lett till att rättsliga frågor och säkerhetsfrågor fortfarande utgör hinder som inte kan lösas mellan enskilda parter.[229]

Många e-tjänster förutsätter stödfunktioner av infrastrukturkaraktär som inte kan hanteras inom ramen för traditionell samverkan mellan statliga myndigheter. En annan utmaning är att det legala ramverket och den digitala verkligheten måste anpassas till varandra. Dessutom måste sådant arbete förhålla sig till en samtidigt pågående digitalt driven utveckling inom EU.[230]

En effektiv finansiell styrning och finansiering av förvaltningsgemensamma digitala funktioner innebär att riksdagen och regeringen måste styra resurserna utifrån ett förvaltningsövergripande perspektiv och att kraven på kvalitet och effektivitet i dessa funktioner måste tillgodoses och bedömas på en förvaltningsövergripande nivå. Det måste finnas formella beslut om vad som ska vara det offentliga åtagandet i den nationella digitala infrastrukturen.[231]

Regeringen beslutade 2016 att uppdra åt en särskild utredare att analysera och ge förslag till effektiv styrning av utveckling, införande och förvaltning av nationella digitala tjänster.[232] Utredningen om effektiv styrning av nationella digitala tjänster fick samma år tilläggsdirektiv om att analysera hur digitaliseringen i den offentliga sektorn

[228] Se bl.a. prop. 2017/18:1 utg. omr. 2 avsnitt 6.3.3 och 6.3.
[229] DIGG (2019). *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget Fi2018/02150/DF, FI2018/03037/DF och I2019/01061/DF.* s. 1.
[230] SOU 2017:114 s. 83.
[231] SOU 2017:114 s. 23.
[232] Dir. 2016:39.

kan stärkas genom att samla ansvaret hos en myndighet.[233] I budgetpropositionen för år 2018 föreslog regeringen att en ny myndighet med uppgift att samordna och stödja den förvaltningsövergripande digitaliseringen skulle inrättas. Myndigheten för digital förvaltning (DIGG), inledde sin verksamhet i september 2018 och övertog uppgifter från E-legitimationsnämnden, Ekonomistyrningsverket, Skatteverket, Post- och telestyrelsen, Riksarkivet och Tillväxtverket. Myndigheten fick i uppdrag att ansvara för att samordna, utveckla, förvalta och tillhandahålla en nationell digital infrastruktur för den offentliga sektorn, samt främja dess användning. Myndigheten ska kunna meddela föreskrifter om nationell digital infrastruktur, såsom tillämpning av standarder, format och specifikationer för informationsutbyte, itsystem och grunddata. Myndigheten ska också samordna och stödja den offentliga sektorns arbete med användardriven verksamhetsutveckling. I detta ingår bl.a. stöd i samband med digitala investeringar.[234]

I slutbetänkandet *reboot – omstart för den digitala förvaltningen*[235] bedömde Utredningen om effektiv styrning av nationella digitala tjänster att regeringen hade markerat en tydlig förändring av inriktningen av politiken för den digitala förvaltningen. I flera avseenden ansågs regeringens initiativ innebära en omprövning av tidigare ställningstaganden, vilket utredningen beskrev som en omstart – reboot – av politiken för digitalisering inom den offentliga sektorn.[236]

Utredningen konstaterade att regeringen tidigare avstått från att använda de styrinstrument som står till buds, t.ex. genom att inte förtydliga vilka uppdrag myndigheterna har när det gäller digitalisering. Vidare saknades styrande mål för vad som ska uppnås och preciseringar av vad som ska anses vara offentliga åtaganden i den nationella infrastrukturen. Motsvarande synpunkter har under flera år förts fram av flera utredningar i kommittéväsendet liksom i granskningar av bl.a. Riksrevisionen, framhöll utredningen. Vidare anfördes bl.a. följande. I budgetpropositionen för 2018 konstaterade regeringen ånyo att styrningen och samordningen inom den offentliga sektorn behöver stärkas så att de besparingar och nyttor som digitalisering medför ska kunna realiseras. Regeringen anförde att flera gemensamma insatser krävs för att nå regeringens mål för

[233] Uppdraget redovisades i denna del den 15 mars 2017 i delbetänkandet *digitalforvaltning.nu* (SOU 2017:23).
[234] Dir 2017:117, Inrättande av en myndighet för digitalisering av den offentliga sektorn.
[235] Slutbetänkandet *reboot – omstart för den digitala förvaltningen* (SOU 2017:114).
[236] SOU 2017:114 s. 73.

digitaliseringen av den offentliga förvaltningen. En sådan insats är att inrätta en myndighet för digitalisering av den offentliga sektorn. Utredningens tolkning av regeringens direktiv till den särskilda utredare som ska förbereda och genomföra bildandet av den nya myndigheten är, att regeringen nu har påbörjat ett arbete med att utveckla sin styrning av den offentliga förvaltningens digitalisering.

Enligt utredningens mening måste regeringens styrning av den digitala förvaltningen utvecklas till en effektiv och tydlig process för att skapa goda förutsättningar för den förvaltningsgemensamma digitala utvecklingen. Utredningen bedömde att det offentliga åtagandet för förvaltningsgemensamma digitala funktioner behöver regleras i författning.[237]

Utredningen gjorde också bedömningen att en effektiv finansiell styrning och finansiering av förvaltningsgemensamma digitala funktioner innebär att riksdagen och regeringen måste styra resurserna utifrån ett förvaltningsövergripande perspektiv och att kraven på kvalitet och effektivitet i de förvaltningsgemensamma digitala funktionerna måste tillgodoses och bedömas på en förvaltningsövergripande nivå.[238] Slutbetänkandet har remissbehandlats. Förslagen är för närvarande under beredning i regeringskansliet.

Myndighetsrapporten

Ett antal statliga myndigheter[239] har nyligen haft i uppdrag att tillsammans analysera och lämna förslag som syftar till att skapa ökad säkerhet och effektivitet i samband med elektroniska informationsutbyten inom och med den offentliga sektorn.[240] Det resulterade i bl.a. en behovsanalys där man har identifierat och prioriterat förvaltningsgemensamma behov rörande informationshantering, tillit och säkerhet, informationsutbyte och digitala tjänster. SKR deltog också i arbetet. Resultatet presenterades i en slutrapport i augusti 2019, *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn*. Förslagen innebär att staten ska ansvara för att vissa s.k. byggblock finns och används. I rapporten framgår bl.a. följande.

[237] SOU 2017:114 s. 101.
[238] SOU 2017:114 s. 124 f.
[239] Bolagsverket, Domstolsverket, E-hälsomyndigheten, Försäkringskassan, Lantmäteriet, Skatteverket och Myndigheten för digital förvaltning (DIGG).
[240] DIGG (2019).

Dagens arkitekturer för informationsutbyte sågs som en god bas för fortsatt utveckling.[241] Även SKR och Inera rekommenderade att man bygger vidare på och förstärker befintliga lösningar för informationsförsörjning.[242] De befintliga lösningarna behöver kompletteras med gemensamma regelverk, standarder och förvaltningsgemensamma byggblock.[243]Ett byggblock är grundläggande digital serviceinfrastruktur, som kan återanvändas i mer komplexa digitala tjänster. Ett byggblock kan bestå av tekniska förmågor, men också standardiserade modeller och mönster som ska kunna återanvändas vid digitalt informationsutbyte.[244] Det kan vara juridiska, organisatoriska, semantiska och tekniska förmågor och standardiserade modeller som kan återanvändas vid digitalt informationsutbyte. En lösning baserad på API:er[245] och förvaltningsgemensamma återanvändningsbara byggblock och obligatoriska standarder och regelverk, liknande lösningar som finns i Finland, bedömdes lämpligast för att standardisera och effektivisera det domän- och sektoröverskridande informationsutbytet. Flera svenska myndigheter har redan börjat ta fram lösningar baserade på API:er.[246]

I rapporten föreslogs fyra kategorier av förvaltningsgemensamma byggblock i ett ekosystem med förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte. De fyra kategorierna är digitala tjänster, informationsutbyte, informationshantering samt tillit och säkerhet. Ansvaret för byggblocken föreslogs ingå i det offentliga åtagandet kring den förvaltningsgemensamma digitala infrastrukturen för informationsutbyte. Myndigheterna bedömde att alternativet att utvecklingen drivs av marknadsaktörer inte är aktuellt utifrån målbilden om ett effektivt och säkert informationsutbyte.[247]

Staten ansågs ha ett övergripande ansvar för samhällets grundläggande informationsinfrastruktur.[248] Som utgångspunkt skulle där-

[241] DIGG (2019), s. 17.
[242] DIGG (2019), s. 13. Här hänvisas också till slutsatser i en rapport från Ramböll från 2016 som rör X-road.
[243] DIGG (2019), s. 11.
[244] DIGG (2019), s. 3, som hänvisar till CEF Definitions Regulation (EU) No 283/2014.
[245] Ett API (Application Programming Interface) är ett informationsutbytesgränssnitt. Ett API kan vara ”öppet” (helt sökbara och synliga API:er för t.ex. öppna data), ”öppet säkert” (sökbara och synliga API:er som kräver säker identifiering samtidigt som auktorisation mot användningsregler styr anslutning och informationsutlämnandet) och interna.
[246] DIGG (2019), s. 14.
[247] DIGG (2019), s. 32.
[248] DIGG (2019), s. 42.

för ingå i relevanta statliga myndigheters ansvar att utveckla och förvalta föreslagna byggblock. Ansvaret för själva byggblocken skulle fördelas mellan DIGG och domänansvariga myndigheter.[249]

Utredningen har med tillfredsställelse noterat att regeringen i december 2019 uppdragit åt ett antal myndigheter[250] att tillsammans etablera en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte.[251] DIGG ska leda detta arbete, som ska ta utgångspunkt i de förslag som presenterats i myndighetsrapporten. Målet är att när uppdraget slutredovisas ska det finnas dels en struktur på plats där myndigheterna tillsammans hanterar analys, kravställning, utveckling och förvaltning av den gemensamma digitala infrastrukturen för informationsutbyte, dels organisatoriska förutsättningar att fortsätta arbetet i myndigheternas ordinarie verksamhet. Vidare ska myndigheterna ha påbörjat minst tre byggblock. Slutrapportering ska ske senast 31 januari 2021 med delredovisning i mars 2020.[252] [253]

Det förtjänar kanske framhållas att någon rätt att ”tvångsansluta” kommuner och regioner till den förvaltningsgemensamma informationsstrukturen inte finns. Här finns en svaghet i genomförandet av en nationellt heltäckande infrastruktur. Detsamma gäller för övrigt i förhållande till privata utförare.

SKR:s strategi för grundläggande förutsättningar

I SKR:s strategi för s.k. grundläggande förutsättningar, *Utveckling i en digital tid*, presenteras ett antal mål fördelade på fyra målområden. Det första området rör ledning, styrning och organisation. Det andra målområdet handlar om gemensamma ramverk och standarder för arkitektur och säkerhet som används vid utveckling och förvalt-

[249] För att stärka incitament för användning skulle ansvaret kunna utvecklas mot bakgrund av ”the once only principle” (TOOP), se EU:s eGovernment Action Plan, se s. 36. Det ansågs även ligga i linje med EU-förordningen om en gemensam digital ingång till Europa (även kallad Single digital gateway), där DIGG har uppdraget som nationell samordnare.

[250] Bolagsverket, Domstolsverket, E-hälsomyndigheten, Försäkringskassan, Lantmäteriet, DIGG, MSB, Riksarkivet samt Skatteverket.

[251] Dnr I2019/03306/DF, I2019/01036/DF), I2019/01361/DF och I2019/02220/DF.

[252] I fråga om byggblocken anges att myndigheterna i så stor utsträckning som möjligt ska återanvända utvecklade nationella och EU-gemensamma byggblock för informationsutbyte, liksom att de i så stor utsträckning som möjligt ska bygga på öppna standarder och inte på programvara som binder förvaltningen vid enskilda tekniska lösningar. De ska om möjligt publiceras som öppen källkod.

[253] En del av myndigheterna, bl.a. DIGG, fick också i uppdrag att tillsammans etablera ett nationellt ramverk för grunddata inom den offentliga förvaltningen. DIGG ska leda även det arbetet. Dnr I2019/03307/DF, I2019/01361/DF, I2019/01412/DF, I2019/01447/DF.

ning av digitala välfärdstjänster. Det tredje rör informationsförsörjning och digital infrastruktur och handlar om att säkerställa att information finns tillgänglig och kan utbytas på ett säkert och effektivt sätt. Det fjärde beskriver en sammanhållen digital service.

Strategins mål på området arkitektur och säkerhet är att ett gemensamt ramverk för arkitektur finns och används för alla förvaltningsgemensamma digitala funktioner. Vidare ska arbetet med informationssäkerhet ske systematiskt och riskbaserat samt öppna internationella standarder användas för informationsutbyte. Avsteg ska vara väl motiverade. Kommuner och regioner förväntas vara ”följsamma till strategin” i sin verksamhetsutveckling och ta en aktiv roll i arbetet med att realisera grundläggande förutsättningar för digital utveckling. De ska använda leverantörer som baserar sina digitala lösningar på nationell arkitektur och nationell grundläggande infrastruktur.[254] SKR bidrar genom att ta fram referensarkitektur baserad på öppna standarder och öppna gränssnitt för ansvarsområden inom det kommunala och regionala uppdraget.[255]

Enligt strategin krävs en nationell digital infrastruktur (NDI). Härmed avses exempelvis lösningar för informationsförsörjning, säkert informationsutbyte, identitetsfederation, behörighetsstyrning, loggning, samtycke, spärrar och autentisering. En grundläggande förutsättning är även en väl utbyggd och robust underliggande infrastruktur för internetaccess. Lösningarna behöver vara baserade på en digital infrastruktur som möjliggör säkert informationsutbyte inom och mellan offentlig och privat sektor.

I strategin fokuserar man även på sammanhållen digital service.[256] Målen är bl.a. att gemensamma krav ställs vid utveckling och upphandling av digitala lösningar och att det finns ett gemensamt basutbud av digitala tjänster för kommuner och regioner.[257] Gemensamma krav ger även förutsägbarhet för leverantörer när de levererar digitala lösningar till offentlig sektor. Sådana krav kan omfatta standarder för information, arkitektur, informationssäkerhet, utformning av användargränssnitt för personer med funktionsnedsättning m.m. På detta målområde avser SKR bidra med bl.a. att samla gemensamma krav i ett ”kravbibliotek” att tillämpas i ramavtal och

[254] Se SKL (2019a), s. 15.
[255] SKL (2019a), s. 18.
[256] SKL (2019a), s. 21 f.
[257] Här hänvisas också till *Svenskt ramverk för digital samverkan, 13 grundläggande principer för digital samverkan* från 2019 från eSAM.

lokala upphandlingar, att arbeta för att basutbudet är lätt att avropa via ramavtal och att säkerställa att förutsättningarna för den tekniska basen finns redo för kommuner och regioner att ansluta till.

Ineras erbjudande till kommunerna

Inera har funnits i 20 år, men då framför allt med landsting som ägare. Sedan 2017 är SKR huvudägare och nästan alla kommuner har köpt in sig som delägare. Avsikten med förvärvet är att utvidga Ineras uppdrag till att omfatta stöd till digitalisering av hela den kommunala sektorn. Tidigare var bolagets främsta syfte att digitalisera hälso- och sjukvården genom bl.a. 1177 Vårdguiden, Nationell patientöversikt (NPÖ), Pascal förskrivning av dosläkemedel och infrastrukturtjänster som SITHS identifieringstjänst och HSA katalogtjänst. Inera har bidragit till att ta fram nordisk referensarkitektur för digitala produkter och tjänster. Här ska också nämnas referensarkitekturen för e-hälsa (T-boken). Det en teknisk referensarkitektur som beskriver hur it-system som används inom vård och omsorg ska utformas för att kunna kommunicera med varandra enligt gällande lagstiftning på ett enhetligt och säkert sätt. Det finns också referensarkitektur för identitet och åtkomst (IAM). Inera har således lång erfarenhet av att utarbeta grundläggande arkitektur för hälso- och sjukvården. Mycket finns därför att bygga vidare på för att inrymma även den kommunala sektorn.

Utredningen har fått ta del av arbetsmaterial i fråga om inriktningen för Ineras samlade erbjudande till kommunerna under de närmaste fem åren. Från 2021 och framåt föreslås en ”uppskalning” av utvecklingsarbetet med en tydligare kraftsamling på gemensamma förutsättningar och nationell infrastruktur. Erbjudandet utgår från de behov som Inera har fångat upp genom olika former av dialog och har utarbetats i samverkan med SKR och SKL Kommentus. Flera av de insatser som Inera vill föreslå utgör vidareutvecklingar av befintliga tjänster och lösningar som utvecklats för hälso- och sjukvården.

Det handlar i korthet om principer och lösningar för digitala identiteter och identifiering, liksom principer och lösningar för masterdata som uppgifter om person, funktion och organisation kopplade till behörigheter. Det gäller också nationella plattformar för att hantera och utbyta information och vidare gemensamma krav och

standarder med tillämpningsanvisningar. Kommunerna skulle bl.a. kunna få tillgång till specifikationer av API:er som möjliggör informationsutbyte mellan system inom organisationen och organisationer emellan, att användas vid kravställning gentemot leverantörer. Genom att äga en gemensam infrastruktur via Inera finns en fastlagd ”bottenplatta” som underlättar för kommunerna, deras utförare och leverantörer. När den gemensamma infrastrukturen finns på plats kan ligga till grund för SKL Kommentus ramavtalsupphandlingar, som ger kommunerna möjlighet till avrop av färdigpaketerade tjänster och system som följer gemensamma standarder.

Utredningens slutsatser

Digitalisering är förenat med stora utmaningar och kostnader för kommunerna. Kommuner och regioner står inför enorma investeringar i moderna it-system de kommande åren. Förutsättningarna att tillvarata digitaliseringens möjligheter varierar beroende på kommunernas storlek, tillgång på kompetens och kapacitet. Kommunutredningen (Fi 2017:02) har därför bedömt att staten behöver vidta åtgärder för att underlätta och stödja kommunernas digitaliseringsarbete. Det handlar om åtgärder som utveckling av förvaltningsgemensam infrastruktur, att undanröja onödiga juridiska hinder för digitalisering och att utveckla det stöd till kommunerna som DIGG kan ge. Bedömningen är att staten bör ta ett tydligare ansvar för att etablera en förvaltningsgemensam infrastruktur för grunddata och informationsutbyte som kommunerna kan ansluta sig till, men för att uppnå full effekt av den förvaltningsgemensamma infrastrukturen krävs att även statliga och regionala aktörer ansluter sig. För att uppnå så väl effektiviserings- som kvalitetsvinster av digitalisering hos enskilda kommuner behövs ett tydligare gemensamt ramverk. För att uppnå full effekt av den förvaltningsgemensamma infrastrukturen krävs att även statliga och regionala aktörer ansluter sig. Här har SKR tillsammans med Inera och SKL Kommentus en viktig roll för kommunsektorn.

Det är vår fasta övertygelse att kommunerna inte kan ta huvudansvaret för digitaliseringen av äldreomsorgen i Sverige. De har inte det mandatet och inte heller de ekonomiska eller organisatoriska förutsättningarna för ett sådant ansvar. Om man verkligen vill ha en

nationell, heltäckande digitalisering som bl.a. omfattar alla verksamheter inom äldreomsorgen bör staten axla ansvaret för såväl den fysiska, tekniska infrastrukturen som den gemensamma digitala informationsstrukturen. Digitaliseringsfrågor berör inte bara Socialdepartementets område, utan minst lika mycket Infrastrukturdepartementet och Finansdepartementet. De övergripande investeringarna behöver samordnas och koordineras, och inte drivas av en enskild kommun, region eller annan intressent. För att organisatoriska och finansiella resurser ska nyttjas så effektivt som möjligt måste samutveckling ske. Regeringsuppdragen till DIGG är därvid ett steg i rätt riktning. Ineras uppdrag skiljer sig på flera punkter från det uppdrag som DIGG har, även om det finns tydliga beröringspunkter. Frågan är om och i så fall hur SKR/Inera kan samverka med DIGG i fråga om förvaltningsgemensamma och sektorsspecifika – förutsättningar. En annan fråga är hur kommunerna ska anslutas, när varken DIGG eller Inera har mandat att ansluta en kommun som vill stå utanför av olika skäl. Den följsamhet som förutsätts i SKR:s strategi är inte alltid så god. I det här sammanhanget ska därför framhållas det förslag om ”tvångsanslutning” som finns i SOU 2017:114 som nu är under beredning i Regeringskansliet. Utredningen föreslår att alla statliga myndigheter, kommuner och regioner med e-tjänster som kräver elektronisk identifiering ska ansluta sig till valfrihetssystem som ”digitaliseringsmyndigheten” ska tillhandahålla.[258] En sådan modell inkräktar visserligen på den kommunala självstyrelsen, men lagstiftning torde vara nödvändig för att få enhetlighet och därmed uppnå de fördelar som följer med gemensam infrastruktur.

Arbetet inom Vision e-hälsa 2025 är en bra ansats, men har kritiserats för att brista i konkretion när det gäller aktiviteter för att nå målen. I skrivande stund är det oklart vad som kommer att stå i den kommande handlingsplanen som ska ersätta den som gällde till och med 2019. För att verkligen främja användningen av välfärdsteknik och sporra till breddinförande skulle Vision e-hälsa 2025 behöva stärkas genom konkreta aktiviteter och resurser som matchar uppgifterna. SKR har genom ett kongressbeslut förespråkat inledandet av en dialog[259] mellan staten och huvudmännen om välfärdens digitala infrastruktur i syfte att etablera en långsiktig modell för samfinansiering av nödvändiga investeringar för samhällets digitala om-

[258] SOU 2017:114 s. 230, dvs. avsnitt 13.6.2.
[259] ”Sverigeförhandling”. Beslut vid SKR:s kongress 2019.

ställning. Bedömningen är att det krävs en offensiv investeringsplan för att avveckla gamla verksamhetssystem, rusta upp nätverk och infrastruktur, höja nivån när det gäller informationssäkerhet och dataskydd samt investera i kompetensutveckling för personalen. Enligt utredningens mening borde regeringen överväga att träffa en sådan överenskommelse som en del av sin styrning på området.

8.12 Överväganden om samverkan och nationell styrning och stöd

8.12.1 Nordisk jämförelse

Både Danmark och Norge[260] har i jämförelse med Sverige haft en tydligare statlig styrning när det gäller införande av välfärdsteknik inom äldreomsorgen, med strategiskt riktade insatser och dessutom med utgångspunkt i en bredare definition av välfärdsteknik.

Danmark

I Danmark har staten det övergripande regulatoriska ansvaret för hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Danmark är indelat i fem regioner som ansvarar för bl.a. sjukhus, allmänläkare och psykiatrisk vård. De 98 kommunerna är ansvariga för ett antal tjänster inom primärvård och socialtjänst. Staten har tagit fram en ”Strategi for digital sundhed 2018–2022” som syftar till att stärka det digitala samarbetet om hälsa. Parallellt finns en ”sammenhængsreform” som ska utveckla och effektivisera den offentliga sektorn. Reformen har ett digitalt spår som kallas ”Digital service i verdensklasse”

Danmark har en bred definition av välfärdsteknik som inkluderar ”all teknik som syftar till att leverera välfärdstjänster som omfattar olika former av teknik som underlättar vardagen för medborgarna”. Den nationella satsningen för välfärdsteknik har dock fokuserat på följande fyra områden: Liftar som förbättrar arbetsmiljön och minskar behovet av dubbelbemanning, dusch- och toaletthjälpmedel, mathjälpmedel och en smartare användning av små hjälpmedel som kan

[260] Informationen om andra nordiska länder kommer i huvudsak från E-hälsomyndigheten (2019). *E-hälsomyndighetens rapport om nationellt stöd. Återrapportering enligt regeringsbeslut S2018/02375/FST.*

kombineras och inte kräver biståndsbeslut. Ansvaret för den nationella utvecklingen på välfärdstekniksområdet ligger på Digitaliseringsstyrelsen, som ligger under finansdepartementet.

Enligt den danska nationella digitaliseringsstrategin ska tekniska lösningar bidra till att förbättra och öka produktiviteten inom tjänsterna. Dess genomförande sker på kommunal nivå med storskaliga tester av produkter och processer. I arbetet har kommunerna möjlighet att anlita konsulter för utvärdering, sammanställning av resultat och rapporter, exempelvis med hjälp av utvärderingsmodellen VTV. Kommunförbundet (KS) ansvarar för den systematiska uppföljningen, där de sammanställer resultat och utvärderingar av olika produkter. Varje år sker det en årlig förhandling mellan regeringen och KS med avseende på statsbidrag och motprestationer. Kommunernas resultat finns redovisade i en rapport och kan i förekommande fall leda till ett minskat statsbidrag.

Norge

I Norge har Helse- og omsorgsdepartementet det övergripande ansvaret för en god och likvärdig hälso- och sjukvård och omsorg.[261] Direktoratet for e-helse har tagit fram en e-hälsostrategi och handlingsplan för perioden 2017–2022 som beskriver en strategisk riktning för målen om ett digitaliserat, samlat hälsoväsen.

Helsedirektoratet i Norge (motsvarande Socialstyrelsen) leder ett nationellt välfärdsteknologiprogram med fokus på kommunerna, NVP.[262] Det handlar om att främja användningen av bl.a. digitala trygghetslarm, gps (”sporing- og varslingsteknologi”), larmmottagning, digitala lås, lösningar för särskilt boende, schemaläggningsverktyg för tjänster i hemmet, medicindoserare och digital nattillsyn.[263] Målet med programmet är att tillse att välfärdsteknologi blir en integrerad del av tjänsteutbudet i omsorgstjänsterna till 2020. Programmet är organiserat i tre delprojekt: tjänsteutveckling och testning – medicinsk övervakning, implementering och spridning samt arkitektur och infrastruktur (knutpunkt). Programmet är ett sam-

[261] Det finns fyra sjukvårdsregioner som bedriver specialiserad regionsjukvård. Samtliga sjukhus i landet är statligt ägda. De 422 kommunerna ansvarar för bassjukvård. Under 2020 ska en reform att genomföras där kommunerna ska bli 356 och 19 regioner ska bli 11.
[262] Jfr ”Morgendagens Omsorg” (St. meld nr.29 2012-2013). Jfr RNB 2013 (Prop.149 [2012–2013]) ”Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014–2020.
[263] Rapporten s. 15.

arbete mellan Kommunespeilet (KS, Norges motsvarighet till SKR), Direktoratet for e-helse och Helsedirektoratet.

Mellan 2013 och 2016 ingick 31 utvecklingskommuner i programmet. Från 2017 gick programmet in i spridnings- och eskaleringsfasen. Nu deltar 80 procent av kommunerna i programmet, enligt uppgift finns det 36 projekt i 250 kommuner.[264] De lokala projekten inom NVP har ofta fokuserat på ”hverdagsmestring.”Användarna tränas till att ta mer ansvar för sin hälsa för att känna nå större självständighet och trygghet i hemmet.[265]

NVP tillhandahåller ett brett sortiment av implementeringsverktyg och stöd till kommunerna. Programmet innehåller bl.a. verktyg med utbildningsmaterial och metodik, medel för att hjälpa lokala projekt, råd och nationella rekommendationer baserat på kunskap om användare och teknik samt en processvägledning och nätverk.

Helsedirektoratet rekommenderade 2014 en övergång till digitala trygghetslarm. I tillägg till det rekommenderades kommunerna att använda följande lösningar;[266] lokaliseringsteknologier (gps), elektroniska medicineringsstöd (medisindispenser) och elektroniska lås.

Direktoratet för e-helse har uttryckt att implementeringen av välfärdsteknologi bör baseras på internationellt erkända standarder, i syfte att kunna koppla ihop olika lösningar och möjliggöra delning av data. Direktoratet har utarbetat en referensarkitektur och en handlingsplan. Arkitekturen bygger på ramverket Continua Design Guidelines med anpassningar.[267] Här ska också nämnas Samveis ”veikart” (vägkarta) för tjänsteinnovation 2015. Det var det första samlade verktyget i sitt slag och utvecklades inom ramen för NVP.

[264] I Norge är det två huvuddokument som har styrt utvecklingen av välfärdsteknik: den statliga utredningen Innovation i omsorg (Hagen-kommittén, jfr NOU 2011:11) och Morgondagens omsorg, ett meddelande till Stortinget. Tillsammans ligger dessa dokument till grund för det norska arbetet med välfärdsteknik och innovationer.
[265] NVC (2019). *Vård och omsorg på distans – 24 praktiska exempel från Norden*, s. 12.
[266] NVC (2019), s. 15.
[267] NVC (2019), s. 15. Direktoratet är medlem i Personal Connected Health Alliance som förvaltar och vidareutvecklar Continua Design Guidelines och samarbetar med de nordiska länderna kring detta.

8.12.2 Statlig styrning av äldreomsorgen

Kommunal självstyrelse

Enligt 1 kap. 1 § andra stycket regeringsformen (RF) förverkligas den svenska folkstyrelsen genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. I 14 kap. 2 § RF anges principen om kommunal självstyrelse; att kommunerna har rätt att sköta lokala och regionala angelägenheter som är av allmänt intresse. Närmare regler om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även andra angelägenheter som bestäms i lag. Innebörden av den kommunala självstyrelsen preciseras dock inte närmare i RF. I förarbetena anges att det varken lämpligt eller möjligt att dra preciserade gränser i grundlagen för den kommunala självstyrelsen. Arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun måste kunna ändras i takt med samhällsutvecklingen.[268]

Statlig styrning av kommuner präglas av en balansgång mellan reglering för nationella mål om likvärdighet å ena sidan och självbestämmande och möjlighet till utformning av lokala lösningar å andra sidan. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt proportionalitetsprincipen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.[269]

Som utgångspunkt kan konstateras att denna utredning inte har något mandat att ändra på den ansvarsfördelning mellan stat, region och kommun som gäller på områdena socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta innebär en del begränsningar när det gäller statens möjligheter att ”peka med hela handen” för att snabbare kunna åstadkomma ett visst resultat eller enhetlighet över landet. Mot bakgrund av den kommunala självstyrelsen bör som utgångspunkt statens styrning av verksamhet som kommuner och regioner ansvarar för begränsar sig till dels normgivning, dels styrning genom kunskap. Staten kan också bidra ekonomiskt på olika sätt. Staten har en nyckelroll när det gäller att forma förutsättningarna för genomgripande förändringar i Sverige på området välfärdsteknik, men kommuner och regioner har huvudansvaret för att organisera, leda, planera, utveckla, kvalitetssäkra och finansiera verksamheten inom

[268] Prop. 1973:90 s. 190.
[269] 14 kap. 3 § RF. Grundlagsutredningen föreslog i sitt slutbetänkande (SOU 2008:125) att en tydligare markering av den kommunala självstyrelsen skulle införas i RF. I praktiken innebar det bl.a. att proportionalitetsprincipen infördes i 14 kap. 3 § RF den 1 januari 2011.

socialtjänst och hälso- och sjukvård. Största delen av förändringsarbetet vid digitalisering sker hos respektive huvudman, som ständigt måste utveckla verksamheten för att skapa högre kvalitet och effektivitet. Det är på lokal nivå, hos respektive kommun och region, som det stora arbetet med digital utveckling genomförs.

Statlig styrning

Flera av lagarna som reglerar hälso- och sjukvården och socialtjänsten är ramlagar, vilket innebär att de lämnar ett betydande utrymme för kommunerna att bestämma hur verksamheten ska utövas. Samtidigt finns inslag av rättighetslagstiftning, vilket begränsar kommunernas handlingsutrymme. Flera statliga myndigheter är inblandade i kunskapsstyrningen av vård och omsorg. Statens vård- och omsorgsutredning ansåg att det behövdes ökad nationell samordning inom området, eftersom det stora antalet myndigheter innebar att kunskapsstödet inom sektorn blivit splittrat och otydligt.[270] Regeringen har dock under senare år tagit flera initiativ till att förändra den statliga styrningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Styrningen syftar till att åstadkomma en evidensbaserad praktik där kvalitetssäkrad kunskap sprids och används, samtidigt som metoder som inte är evidensbaserade rensas ut.[271] En stor del av styrningen riktar sig därför direkt till olika professioner och personalkategorier. Sedan den 1 juli 2015 samlas alla föreskrifter och allmänna råd för de myndigheter som är med i Rådet för styrning med kunskap i en gemensam författningssamling (HSLF-FS). Även kunskapsunderlag samlas på en gemensam webbplats.

Styrning handlar med en övergripande definition om aktiviteter som genomförs i syfte att uppnå mål med hjälp av valda medel.[272] Den grundläggande styrningen av en myndighet och dess verksamhet finns i lagar, respektive myndighets instruktion och finansiering m.m. Utgångspunkten är att de förvaltningsuppgifter som följer av vad riksdagen och regeringen har bestämt, ska vara det aktuella statliga åtagandet. Valet av styrmedel och utformningen av dem bör övervägas och kunna förändras allt eftersom behov uppstår. Valet av

[270] *Gör det enklare!* (SOU 2012:33).
[271] Ds. 2014:9.
[272] Statskontoret (2005). *Reglering och andra styrmedel, En studie av hur staten styr kommuner och landsting.* Rapport 2005:28.

styrmedel och kombinationen av dessa är avgörande för resultatet. Riksdagen och regeringen använder flera olika styrmedel för att styra myndigheterna. Vissa av dessa styrmedel, såsom lagar, förordningar, uppdrag, finansiering och budget är bindande för myndigheterna.

Regeringen använder även flera icke bindande styrmedel såsom nationella inriktningsdokument, handlingsplaner, överenskommelser och liknande för att uttrycka sina ambitioner och önskad inriktning av olika frågor, politikområden m.m. Mål kan vara bindande styrmedel eller icke bindande styrmedel. Om ett mål är bindande eller inte handlar inte om hur målet i sig är utformat. Det är den styrande som bestämmer om målet ska vara bindande för styrobjektet eller inte. Om målet ska vara bindande måste det dock kopplas ihop med det eller de objekt som ska styras.[273]

Regeringen har betonat att olika styrmedel såsom ledningsform, utnämningar, instruktion, regleringsbrev, särskilda regeringsbeslut, dialog och möten bör kombineras och användas samordnat för att skapa bästa möjliga förutsättningar för statsförvaltningen att förverkliga regeringens politik.[274]

I budgetpropositionen 2018 uttalade regeringen bl.a. följande. Regeringen vill värna och utveckla den svenska förvaltningsmodellen, med en stor tillit och ett långtgående delegerat ansvar till de statliga myndigheterna. Styrningen ska därför vara långsiktig, strategisk, verksamhetsanpassad och utgå från ett helhetsperspektiv, med tillit och förtroende som grund. Med tillitsbaserad styrning avser regeringen en styrning som både tydliggör vad som ska uppnås och ger ett så stort handlingsutrymme som situationen tillåter för den som ska utföra verksamheten. En tillitsbaserad styrning omfattar även en uppföljning och efterhandskontroll, som både ger tillräckliga underlag för fortsatt styrning och upplevs vara meningsfull och legitim av den som ska kontrolleras. [– – –] Behovet av samordning har i flera fall ökat och styrningen behöver i en del fall bli mer sammanhållen, t.ex. genom att utgå från verksamhetsområden snarare än enskilda myndigheter. Lokalisering och digitalisering är exempel på områden där ett helhetsperspektiv medför fördelar för staten som helhet, vilket också avspeglas i regeringens styrning.

Den statliga förvaltningspolitiken omfattar styrning, ledning, organisation och utveckling av de statliga myndigheterna samt vissa

[273] SOU 2017:114 s. 118.
[274] SOU 2017:114 s. 115.

övergripande frågor om relationen mellan stat och kommun, inklusive regional ansvarsfördelning. Kommunerna och landstingen omfattas annars inte av den statliga förvaltningspolitiken.

Vad som bör vara ett offentligt åtagande är i varje enskilt fall ett politiskt ställningstagande och ett politiskt beslut. Ett sådant beslut kan inte delegeras eller decentraliseras till myndigheter. Några skäl som brukar anges för ett offentligt åtagande är effektivare samhällsekonomi, fördelningsmotiv, stabiliseringspolitik och ansvarstagande för det som invånarna inte själva har kunskap och information nog att sköta själva, dvs. en rad olika mål och motiv som alla kan diskuteras. Den privata marknaden kan inte uppfylla alla behov som kan anses viktiga. Vissa kollektiva nyttigheter måste i stället garanteras genom offentliga åtaganden. Offentliga åtaganden kan också motiveras av s.k. externa effekter, dvs. effekter som kan uppstå då någon inte tar önskvärd hänsyn till andra. Även stordriftsfördelar, bristande konkurrens, dålig konsumentinformation eller en skev resursfördelning kan motivera offentliga åtaganden. Det gemensamma regelverket för EU:s medlemsstater kan på olika områden begränsa eller på annat sätt styra det offentliga åtagandet.[275]

Styrning på nationell nivå kan åstadkommas på flera olika sätt. Användningen av förvaltningsgemensamma lösningar kan främjas antingen genom regelverk och obligatorisk anslutning eller via ekonomiska incitament. Val av rättslig styrform är i mångt och mycket en lämplighetsavvägning. Lämpligheten vid val av styrform behöver beakta såväl demokrati-, rättssäkerhets- och effektivitetsargument. Bara för att något är möjligt att styra genom samverkan, är det inte nödvändigtvis det mest ändamålsenliga. Vid avsaknad av lagstiftning kan ibland krävas starka alternativa incitament.

Statskontoret har uttalat bl.a. följande i fråga om styrning av kommuner och regioner.[276] Där staten har viljan att styra, men möjligheterna att styra med hjälp av mer detaljerad reglering är begränsade, kan vi förvänta oss ett mer frekvent användande av andra styrmedel än reglering. Annan styrning kan också vara ett första steg: ett försök att åstadkomma den förändring eller utveckling som statsmakterna önskar, utan att de ska behöva använda sig av ett starkare styrmedel som reglering. Riksdag och regering har också att ta hän-

[275] SOU 2017:114 s. 103.
[276] Statskontoret (2011). *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting* (2011:22), s. 28 f.

syn till den grundlagsreglerade kommunala självstyrelsen och vill helst undvika att inkräkta på den genom reglering. Visar det sig emellertid att den frivilliga vägen genom annan styrning inte fungerar tillfredsställande utifrån statsmakternas perspektiv, t.ex. att de förändringar man vill åstadkomma uppfattas går för långsamt, har riksdag och regering möjlighet att ta till lagstiftning för att nå sitt mål. [– – –] Det kan också finnas politiskt strategiska motiv för riksdag och regering att använda sig av annan styrning. Genom att t.ex. tillsätta en nationell samordnare tydliggör statsmakterna att en viss verksamhet är viktig. Man markerar att man tar en uppkommen situation eller ett politiskt problem på allvar. Genom att involvera fler aktörer i hanteringen av frågan t.ex. genom en överenskommelse med SKL, kan också statsmakternas handlande ges ökad legitimitet. Här finns det dock betydande skillnader mellan olika verksamhetsområden när det gäller hur regeringen väljer att använda sig av annan styrning.

Enligt Statskontoret är olika typer av nationella inriktningsdokument ett sätt för regeringen att uttrycka sina mål och ambitioner inom ett område. Nationella strategier och handlingsplaner är exempel på nationella inriktningsdokument. Syftet med styrning med nationella inriktningsdokument är, enligt Statskontoret, att övergripande påverka utvecklingen inom ett område. Det kan även vara fråga om att regeringen vill få draghjälp från aktörer som regeringen har begränsad eller ingen formell möjlighet att styra. Det kan också vara ett sätt att kraftsamla olika aktörer till en viss fråga för att på så sätt stärka samordningen.[277]

Överenskommelser är en uppgörelse mellan två parter t.ex. regeringen och SKR, som tillsammans förbinder sig att åstadkomma något. Överenskommelserna är inte formellt bindande och de parter som ingår överenskommelsen har inte det direkta ansvaret för genomförandet. Därför blir det svårt att utkräva något formellt ansvar om en överenskommelse bryts. Statskontoret beskriver överenskommelser som ”ett paket av olika styrmedel” och menar att överenskommelser är ett sätt för regeringen att sätta fokus på en fråga eller ange en gemensam inriktning för en fråga eller ett ansvarsområde. Överenskommelser innehåller ofta flera andra styrmedel t.ex. statsbidrag, informationsinsatser och uppföljning.[278] Som ett exempel på

[277] SOU 2017:114 s. 120 f.
[278] Statskontoret (2014a). *Om offentlig sektor. Överenskommelser som styrmedel.*

överenskommelse kan nämnas handlingsplanen för Vision e-hälsa 2025 för att skapa bättre förutsättningar för fortsatt digitalisering av vård och omsorg och genomförandet av visionen.[279]

Riktade statsbidrag kan fungera som ett stöd för kommuner och regioner när de utvecklar sina verksamheter, men de kan också ha negativa effekter. Det kan vara svårt för kommuner bl.a. eftersom de riktade statsbidragen innebär en detaljstyrning som de kan få svårt att hantera. Många av bidragen medför också administrativa kostnader för kommuner och regioner. Framför allt tre aspekter sägs orsaka problem; mängden riktade statsbidrag samt tidsramarna och utformningen av bidragen. Bidrag förknippade med administrativa kostnader eller krångliga ansökningsförfaranden är en utmaning, särskilt för mindre kommuner och regioner.[280]

Därför anser bl.a. Statskontoret att de riktade statsbidragen bör minska i antal och att de bidrag som är absolut nödvändiga bör slås samman till bredare och mer övergripande bidrag. Staten bör i huvudsak styra kommunsektorn genom generella bidrag.[281] Även Tillitsdelegationen ansåg att regeringen som huvudprincip ska använda sig av generella statsbidrag. Riktade statsbidrag ska endast användas när det gäller specifika nationella satsningar på verksamhetsutveckling, t.ex. i form av teknisk infrastruktur.

Ett alternativ till riktade statsbidrag som Statskontoret framhållit är att regeringen utvecklar möjligheterna att styra genom överenskommelser.[282] Överenskommelser innebär ofta att man kombinerar olika styrmedel, t.ex. riktade statsbidrag och kunskapsutvecklande insatser. Eftersom överenskommelser bygger på frivillighet förutsätter de samarbete och dialog mellan staten och kommunsektorn vilket kan bidra till en gemensam problembild och att styrningen uppfattas som mer legitim. En dialog mellan två jämbördiga parter gör det möjligt att beakta och ta hänsyn till olika problem som kan uppstå genom olika kombinationer av styrmedel.[283]

---

[279] SOU 2017:114 s. 121.
[280] Statskontoret (2019). *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting – en analys*. s. 59.
[281] Samtidigt bedöms det mindre sannolikt att antalet riktade statsbidrag kommer att minska i närtid. Sett till den historiska utvecklingen, det parlamentariska läget och innehållet i januariavtalet bedömer Statskontoret att antalet riktade statsbidrag snarare kommer att öka kommande år. Statskontoret (2019), s. 59.
[282] Se även Statskontoret (2015). *Överenskommelser som styrmedel.*
[283] Statskontoret (2019), s. 61.

8.12.3 Behoven av nationellt stöd i äldreomsorgen

I en rapport från 2019 om behovet av nationellt stöd vid införande och användning av digital teknik från E-hälsomyndigheten framgår bl.a. följande.[284] Det stöd som finns riktat till kommunerna från nationell nivå är inte tillräckligt omfattande eller anpassat till kommunernas förutsättningar. Kommunerna efterfrågar nationellt stöd bl.a. avseende juridik, etik, informationssäkerhet, hur tekniken fungerar, standarder, termer och begrepp samt upphandling. Kommunerna menar att det behövs mer information från de nationella aktörerna om e-hälsans möjligheter och vilka förväntningar som finns från myndigheter och regeringen. Kommunerna behöver mer konkret stöd för att tillgodogöra sig utbudet, hitta goda exempel och diskutera sina egna förutsättningar och behov. För att påskynda utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik efterfrågas en tydligare nationell samordning och styrning.[285] Kommunerna upplever att befintligt stöd inte är anpassat efter kommunens förutsättningar och stöden upplevs som otydliga då många aktörer är inblandade.

E-hälsomyndigheten listade tolv fokusområden för sitt arbete med det pågående regeringsuppdraget om nationellt stöd till kommuner vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa):

1. Nationell samordning och styrning
2. Information och kommunikation
3. Ansvar, termer och begrepp
4. Teknisk infrastruktur
5. Strukturella förutsättningar
6. Ekonomi
7. Organisation och arbetssätt
8. Upphandling
9. Informationssäkerhet
10. Juridik
11. Kunskap om teknik (medarbetaren)
12. Den enskildes roll (invånaren).

[284] E-hälsomyndigheten (2019). *Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa)*, s. 5 f. och s. 20 f.
[285] E-hälsomyndigheten (2019), s. 13.

E-hälsomyndigheten konstaterade ett stort behov av en ökad samordning av information för digital verksamhetsutveckling på nationell nivå, vilket skulle kunna möjliggöras genom en gemensam ingång där aktuell information och stöd för digital verksamhetsutveckling samlas.[286] Myndigheten avsåg därför att utreda förutsättningarna för en gemensam ingång för stöd från nationella aktörer.

E-hälsomyndigheten planerade vidare att undersöka om framgångsrika exempel på samverkan över aktörsgränserna kan implementeras i större skala på såväl nationell som regional nivå, om befintliga och/eller planerade stöd för digitalisering på ett kommunövergripande plan kan tillgängliggöras för alla kommuner, och om samverkans- och kompetensstöd, i form av t.ex. nationella och regionala kompetenscentra, kan bidra till att öka takten i digitaliseringen av socialtjänsten och kommunala hälso- och sjukvården.

Dessutom avsåg myndigheten att kartlägga behovet av kunskapshöjande initiativ avseende digitalisering av socialtjänsten och den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Slutligen avsåg myndigheten att analysera och sprida framgångsrika exempel på långsiktiga och ekonomiskt hållbara digitala lösningar.

För att stötta kommunerna och därigenom snabba på utvecklingen med att införa välfärdsteknik och digitalisering av äldreomsorgen, bedömer vi att mycket handlar om ett operativt stöd vid verksamhetsutveckling på kommunal nivå, något som statliga expertmyndigheter har svårt att bistå med. Däremot kan man kräva att myndigheterna inte kommer med motstridiga budskap utan koordinerar och samordnar sin information (det går dock inte att helt gardera sig mot att tillsynsmyndigheter och domstolar i framtiden gör bedömningar som man kanske inte hade räknat med). Samverkan mellan myndigheter ger samordningsvinster i form av ökad effektivitet och bättre nyttjande av kompetens och resurser vid framtagande av kunskapsstöd och underlag till professioner och verksamheter. Det ger bättre förutsättningar för att skapa enkelhet och tydlighet i budskap och undvika motstridiga budskap samt ökar möjligheten att sprida och anpassa kunskapsunderlag och för intressenter att

[286] Samverkan mellan statliga myndigheter kring en gemensam ingång till information och stöd för kommuner från flera myndigheter och andra nationella aktörer förekommer i liknande sammanhang redan i dag.

hitta dessa. Samverkan har emellertid inte alltid uppfattats som en naturlig del av myndigheternas arbete.[287]

En annan slutsats som utredningen dragit är att välfärdsteknik inte bör ses isolerat utan som en del av den allmänna digitalisering som pågår i samhället, till nytta för användare av alla slag. Ansvaret kan därmed inte ligga bara hos äldreomsorgen, eftersom frågor om ledning, verksamhetsutveckling och infrastruktur spänner över flera nämnder och besluten måste förankras på högsta nivå i kommunen.

Många myndigheter och nationella aktörer är involverade när det gäller frågor om välfärdsteknik. Detta är i sig inte något att förvånas över, eftersom myndigheterna har olika expertområden och området välfärdsteknik är i högsta grad tvärsektoriellt. På flera sätt vore det enklare för huvudmän och utförare om det bara fanns en enda statlig aktör att förhålla sig till. Detta är dock en omöjlighet i ett modernt samhälle. En och samma myndighet kan inte tillhandahålla expertkunskap på alla områden. Det avgörande är att myndigheterna samordnar sig så att spelreglerna är tydliga och statens resurser används effektivt. Rådet för styrning med kunskap är ett exempel på arbetet med ökad samordning mellan statliga myndigheter.

Jämfört med andra länder har den nationella samordningen och koordineringen av det strategiska arbetet på detta område varit svag. Det finns heller ingen systematisk spridning av goda exempel. Det kan leda till att flera kommuner provar samma lösningar, gör samma misstag och felaktiga investeringar som ytterst drabbar skattebetalarna. En nationell samordning är därför i högsta grad önskvärd. I avsnitt 8.12.6 föreslår vi därför ett nationellt utvecklingscentrum.

8.12.4 Nationella aktörer

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet i fråga om såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, dvs. för hela äldreomsorgen. Myndigheten arbetar bland annat med att ta fram och utveckla statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen samt med att följa upp och utvärdera hur vården och omsorgen fungerar.

[287] Till exempel kan det vara oklart hur samverkan ska prioriteras i relation till varje myndighets egna uppdrag och arbeten.

E-hälsomyndigheten är verksam inom samma sektor, men har i uppdrag att samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet.[288] Myndigheten fick i april 2018 ett regeringsuppdrag om nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa).[289] Vad som kommer att hända efter att uppdraget slutredovisats 2020 är oklart.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har till uppgift att främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. MFD har sedan tidigare ett uppdrag för frågor om välfärdsteknik i sin instruktion[290]. Myndigheten ska ”utveckla kunskap om hur samspelet mellan generella välfärdsteknologilösningar och personligt utformade hjälpmedel fungerar för den enskilde samt följa och vid behov medverka i strategiskt viktig nationell och internationell standardisering inom välfärdsteknologi”. MFD har också haft regeringsuppdrag på området, bl.a. om att ge goda förutsättningar för implementering av välfärdsteknik i kommunerna.[291] I regleringsbrevet för budgetåret 2020 fick MFD ett regeringsuppdrag om att stödja kommunerna med kunskap om hur välfärdstekniska lösningar kan bidra till självständighet och delaktighet. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2021.[292]

Rådet för styrning med kunskap ska verka för att den statliga styrningen inom sektorn är samordnad och effektiv. Rådet ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttogörande av forskning och innovationer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) startade sin verksamhet den 1 september 2018. DIGG:s uppdrag är att samordna och stödja den förvaltningsgemensamma digitaliseringen i syfte att göra den offentliga förvaltningen mer effektiv och ändamålsenlig. DIGG arbetar mot större delen av offentlig förvaltning, inklusive kommunerna. Myndigheten ska, i syfte att främja utvecklingen inom sitt verksamhetsområde, samverka med den offentliga förvaltningen samt stödja samverkan inom den offentliga förvaltningen. DIGG ska i detta arbete bl.a. samordna frågor om gemensamma standarder, format, specifikationer och liknande krav för den offentliga förvalt-

[288] Se 1 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.
[289] S2018/02375/FST.
[290] Förordning med instruktion för Myndigheten för delaktighet (2014:134), se 4 § 6 och 7.
[291] Dnr S2014/1398/FST.
[292] S2019/05315/RS.

ningens elektroniska informationsutbyte. DIGG har skapat former för löpande samverkan med centrala aktörer för digitalisering, bl.a. med SKR-koncernen. Myndigheten deltar också i olika nätverk där bl.a. kommuner deltar. DIGG är dock en nybildad myndighet och har enligt årsredovisningen för 2018 endast 42 anställda. Myndighetens resurser för att ha en direkt stödjande roll ute i kommunerna framstår därmed som begränsade för närvarande.

SKR är en politiskt styrd organisation för alla kommuner och regioner med uppgift att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet. SKR fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. I rollen ingår att ge service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom, bl.a. socialtjänst.

Inera är kommunernas gemensamma digitaliseringsbolag. Ineras styrelse har prioriterat några områden för Ineras insatser inom kommunal sektor, däribland stöd till digitalisering av socialtjänsten inklusive kommunal hälso- och sjukvård och grundläggande förutsättningar i form av nationell infrastruktur, krav, standarder och arkitektur i syfte att stärka kommunernas beställarkompetens och stödja en mer effektiv utveckling av digitala tjänster på marknaden. Inera ska i samverkan med SKR och SKL Kommentus ”erbjuda kommuner realiseringen av grundläggande förutsättningar för digitalisering” genom gemensam infrastruktur, arkitektur, krav och standarder som kan ligga till stöd för kommunernas upphandlingar och kravställningar på leverantörer, alternativt genom ramavtalsupphandling utifrån gemensamma förutsättningar via SKL Kommentus. Kommentus genomför gemensam ”kravfångst” och tillhandahåller avtal för verksamhets- och användarnära tjänster och produkter samt ger stöd och råd i kommuner och regioners anskaffningsprocesser. Upphandling blir ett strategiskt verktyg för ökad standardisering och för att möjliggöra att växla upp lokala innovationer nationellt.[293]

Enligt vad utredningen erfar planeras en successiv utveckling och ”uppskalning” av ett samlat kommunalt utbud med start 2020. Erbjudandet av tjänster ska stödja realiseringen av de nationella målen som

[293] SKL (2019a), s. 8.

framkommer i SKR:s strategi *Utveckling i en digital tid*[294] som togs fram 2019, liksom handlingsplanen för Vision e-hälsa 2025.

SKR administrerar 24 regionala nätverk som verkar på länsnivå, de *regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS)*. De är utformade efter förutsättningar och behov i respektive län och samverkar i frågor som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård mellan kommuner och mellan kommuner och regioner. Respektive län har utsett en kontaktperson som fungerar som ingång till den regionala nivån. Gemensamt för representanterna i RSS är deras uppdrag att bidra till att stabila och långsiktigt hållbara strukturer kommer på plats i varje län. De ger också stöd till huvudmännen i dialogen om kunskapsutveckling och kunskapsstyrning, t.ex. som regionala representanter i NSK-S (Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten) och genom att vara en av parterna i det s.k. *Partnerskapet* mellan RSS, SKR och Socialstyrelsen, en formell samverkansmodell för långsiktig kunskapsutveckling mellan RSS och den nationella nivån till stöd för socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård. Partnerskapet bidrar till utvecklingen av evidensbaserad praktik på regional och lokal nivå, t.ex. genom att identifiera behov av kunskapsutveckling, samla och sprida bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet, stödja systematisk uppföljning, stödja förbättringsarbete, implementering och kompetensutveckling. I de tidigare satsningarna på en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten anslog regeringen medel som bl.a. annat fördelades till RSS.[295] [296] Efter överenskommelsens slut 2016 finns ingen statlig finansiering riktad till strukturerna. De finansieras numera av kommuner och regioner själva samt av SKR. [297] [298]

---

[294] Denna strategi är en omarbetad version av ”Handlingsplan 2017–2025: Förutsättningar för digital utveckling i kommuner och regioner”. Vidare förhåller sig strategin till de 13 grundläggande principerna i Svenskt ramverk för digital samverkan8, som i sin tur utgår från principer i EU:s ramverk European Interoperability Framework (EIF). Se s. 6 f.

[295] MFD (2017). *Strategisk plan* s. 57.

[296] Totalt avsatte regeringen 682 miljoner kronor mellan åren 2011 och 2014 för överenskommelsens insatser. Under 2015 och 2016 avsattes 60 miljoner kronor respektive 25 miljoner kronor. Se vidare Statskontoret (2014), *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKR. Slutrapport*.

[297] *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015* samt *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.*

[298] Som MFD framhållit finns därmed ”en utmaning” i att de regionala strukturerna ska fungera och utvecklas såsom de gjorde under åren då överenskommelsen fanns och det fanns särskilda medel anslagna.

SKR har sedan några år ett *beställarnätverk för välfärdsteknik*[299] där deltagare från ett 15-tal kommuner ingår. Utöver kommunerna medverkar också kommunalförbund och SKI. Deltagarna har god kompetens och stort engagemang i de aktuella frågorna. Nätverket har de senaste åren haft finansiering från Vinnova. Uppdraget är att underlätta arbetet med att upphandla välfärdsteknik genom att publicera rekommendationer samt att stimulera innovation och utveckling av nya tjänster genom att kommunicera behov och utmaningar till marknaden. Fokus ligger på att ta fram underlag som kunskap, analyser, metoder och rekommendationer om t.ex. krav och kriterier som kan användas av kommuner vid upphandling. En viktig del är att få fram goda funktionskrav inklusive metoder för prövning och utvärdering. Nätverket har också deltagit i arbetet med E-hälsomyndighetens regeringsuppdrag om nationellt stöd.

Enligt Upphandlingsmyndigheten är beställarnätverket för välfärdsteknik en liten effektiv grupp som är både strategisk och taktisk. De har ingen tydlig styrande struktur. Det är deltagarna tillsammans med projektledningen som definierar syfte, inriktning och tar beslut. Projektledningen förväntas fånga upp behov som deltagarna poängterar och komma med förslag till nätverksdeltagarna. Deltagarna beslutar i sin tur om vilka behov man ska arbeta med. Många kommuner menar att de har så mycket att vinna på att deras representant deltar i nätverket att det är värt den tid som deras anställda lägger ned och betraktar det som kompetensutveckling. Resonemanget bygger dock på att kommunen kan ta vara på den kunskap som deltagarna utvecklar. Deltagarnas egna lärande och spridning av kunskapen till den upphandlande organisationen blir sålunda viktigt för att säkerställa finansiering till nätverket.[300]

[299] Se www.upphandlingsmyndigheten.se/omraden/dialog-och-innovation/bestallarnatverk
[300] Upphandlingsmyndigheten (2019). *Slutredovisning för uppdrag att främja innovationsupphandling*, s. 39.

8.12.5 Slutsatser i fråga om styrning och stöd

Bedömning: Att digitalisera hälsa, vård och omsorg är en nationell angelägenhet. Enskilda kommuner eller regioner har inte organisatoriska förutsättningar, mandat eller tillräcklig finansiell kapacitet för den uppgiften. Regeringen borde därför se över sin styrning på området och överväga att ta ett mer övergripande nationellt ansvar när det gäller de grundläggande förutsättningarna för användningen av välfärdsteknik och e-hälsa. Vi förespråkar en sektorsövergripande överenskommelse mellan staten och kommunerna rörande infrastruktur och kompetensförsörjning.

De regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) och andra nätverk som verkar på regional och nationell nivå är viktiga för spridningen av kunskap, kunskapsbildningen och samverkan. Detta gäller även bredbandskoordinatorer, e-hälsosamordnare m.fl. Dessa strukturer behöver förstärkas och ges långsiktiga förutsättningar.

Utredningens uppdrag handlar om att se över förutsättningarna för ett bredare införande av välfärdsteknik. Det är ett komplext område på så sätt att de hinder som identifierats finns på vitt skilda ansvarsområden i samhället. Det handlar t.ex. om bristande kompetens i fråga om verksamhetsutveckling och offentlig upphandling, om otydlig lagstiftning, om brister i fråga om bredband och interoperabilitet och dålig kommunal ekonomi. Sammantaget finns därför ett behov av att se på tänkbara åtgärder både på kort och lite längre sikt. Nedan följer först utredningens överväganden rörande samverkan (som handlar om vad som kan göras på kort sikt). Därefter följer utredningens överväganden om statlig styrning (lite längre sikt).

Samverkan

Kommuner kommer av allt att döma i ökande utsträckning behöva samverka med varandra kring vissa resurser i den nära vården. Interkommunal samverkan har lyfts fram som ett av flera sätt att skapa bättre förutsättningar för kommuner och regioner att lösa olika typer av utmaningar. Det finns gott om gränsöverskridande frågor att lösa för att få samordningen och dataflödena att fungera. Ofta är de på nationell nivå och i flera fall är de av internationell karaktär.

Det har också blivit allt vanligare att kommuner samverkar om olika verksamheter, men det är fortfarande relativt ovanligt att kommuner samverkar om kommunala kärnverksamheter som äldreomsorg.[301]

De offentligrättsliga formerna för kommunal samverkan är kommunalförbund och gemensam nämnd, vilka regleras i 9 kap. kommunallagen (2017:725).[302] En gemensam nämnd ingår i organisationen hos en av de samverkande och är till skillnad från ett kommunalförbund inte en juridisk person. Privaträttsliga former samverkan är företag, stiftelser och ideella och ekonomiska föreningar. Det finns också avtalssamverkan, som inte innebär någon organisatorisk samverkan. Genom samverkan i avtalsform eller genom delägda juridiska personer kan kommuner och regioner samverka med andra aktörer än kommuner och regioner. Avtalssamverkan är den vanligaste formen för samverkan inom hälso- och sjukvården.

Under 2018 infördes nya generella bestämmelser för att stärka möjligheten till avtalssamverkan. Enligt dessa kan en kommun eller region helt eller delvis överlåta utförandet av uppgifter till en annan utan hinder av lokaliseringsprincipen. Den som överlåter utförandet av en uppgift har dock fortfarande kvar ansvaret. De nya reglerna innebär inte heller någon ändrad uppgiftsfördelning mellan kommuner och regioner. En kommun får inte med stöd av bestämmelserna utföra uppgifter som ankommer på en region och vice versa.

Samverkan mellan kommuner och mellan kommuner och regioner kan också ske mer informellt, även på nationell nivå. Kunskapsstyrningen och samverkan inom socialtjänsten hanteras nu inom ramen för ett partnerskap mellan flera parter. Det finns 21 regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS), i princip omfattande alla kommuner och dessutom SKR. Socialstyrelsen ingår också, som samordnare av myndigheterna som ingår i Rådet för styrning med kunskap. Syftet med denna samverkan är att lösa delar av de problem som kan uppstå när flera olika aktörer på olika samhällsnivåer med olika ansvar verkar inom samma område.

Arbetssättet och hela organisationen har successivt vuxit fram under den senaste tioårsperioden. Organisationen av strukturen på regional nivå varierar till följd av olika förutsättningar och prioriteringar hos huvudmännen. Arbetssättet bedöms dock som relativt

[301] Statskontoret (2019), s. 61.
[302] Möjligheten att bilda kommunalförbund tillkom 1919 och regelverket fanns tidigare i en särskild lag. Beskrivningen hämtad från SOU 2019:29 s. 136.

framgångsrikt för att stärka kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. Den nationella stödfunktionen finansieras av medlemsavgifter från kommuner (totalt 19,5 miljoner kronor per år). Genom avtal är verksamheten tryggad fram till 2023.

Utöver RSS-strukturerna finns som ett flertal nätverk med olika syften, finansiering och huvudmannaskap. Regionala e-hälsosamordnare infördes tidigare för att skynda på digitaliseringen inom vården. Oklar finansiering har dock fått till följd att verksamheten har upphört i många regioner. På annan plats i detta betänkande understryker vi vikten av att finansieringen av bredbandskoordinatorer kan säkerställas. Sådana är en viktig del i det som föreslås av Bredbandsforum när det gäller infrastruktur för välfärdens digitalisering. Vi ser också att kommuner har stor nytta av att samverka i fråga om upphandlingar av välfärdsteknik, liksom för omvärldsbevakning och erfarenhetsutbyte kring produkter, arbetssätt och liknande. Ett beställarnätverk samlas kring en gemensam problembeskrivning eller ett behov för att tillsammans med marknadsaktörer driva utveckling genom inköp. Nätverken har såväl hög marknadskännedom som en kontinuerlig dialog med både innovativa och ledande aktörer på området för att bevaka och påverka marknadens utveckling. Styrkan i nätverken är den samlade köpkraften. Svårigheterna ligger i att få långsiktig finansiering och att etablera en lämplig styrstruktur som tar hänsyn till varje deltagare och samtidigt inte har för långa beslutsvägar.[303]

Slutsatser angående lokal och regional samverkan

Det är ovedersägligt att kommuner har stor nytta av att samverka i fråga om upphandlingar av välfärdsteknik, liksom i fråga om omvärldsbevakning och erfarenhetsutbyte. Utredningen om effektiv styrning av nationella digitala tjänster har bedömt att institutionaliserade forum för frivillig samverkan mellan de olika aktörerna behöver inrättas och att det är en lämplig uppgift för DIGG att tillhandahålla sådana. Utredningen föreslog att DIGG skulle tilldelas särskilda anslagsmedel för en sådan samverkan.[304]

[303] Upphandlingsmyndigheten (2019), s. 5. Här kan också nämnas att Upphandlingsmyndigheten har utvecklat ett stöd riktat till potentiella och etablerade beställarnätverk.
[304] SOU 2017:114 s. 85.

Vi har sett hur de nätverk som främst SKR administrerar fungerar som arenor för kunskapsutbyte och erfarenhetsutbyte. Beställarnätverket för välfärdsteknik ska särskilt framhållas. Enligt utredningens mening finns mycket att vinna genom förstärkt samverkan på lokal och regional nivå, dels genom RSS, dels genom nationella nätverk med regionala representanter som kanske kan fungera likt bredbandskoordinatörer och driva på utvecklingen. Ett sätt att stärka den här typen av strukturer är en mer långsiktig finansiering, varmed här menas inslag av statlig finansiering över betydligt längre tid än ett år.

På kort sikt är stärkande av de regionala samverkans- och stödstrukturerna och liknande samarbetsfora en viktig strategi för att stimulera att bredare införande av välfärdsteknik. Regeringen bör därför undersöka möjligheterna att understödja dessa ekonomiskt. Finansiering bör kunna finnas genom de medel som avsatts i statsbudgeten under utgiftsområde 9 för satsningar på digitalisering och e-hälsa inom äldreomsorgen (totalt 200 miljoner kronor).

Vi menar också att DIGG bör ges ökade anslag och ett utökat mandat för att stödja den förvaltningsgemensamma digitaliseringen och samverka med kommunerna inom ramen för sitt befintliga uppdrag. Det finns ett behov att utöka DIGG:s faktiska möjligheter att samverka med kommunerna i deras digitaliseringsarbete. Det finns också ett behov av att utöka myndighetens resurser för att stödja den förvaltningsgemensamma digitaliseringen. Kommunutredningen bedömde därför att DIGG:s anslag bör öka. Prioriteringen att öka samverkan med kommuner ansågs också böra föras in i regleringsbrevet. Vi instämmer i dessa bedömningar.

Statlig styrning på längre sikt

Den decentraliserade samhällsmodellen ställer höga krav på kommunernas förmåga att hantera de utmaningar som följer av samhällsutvecklingen. Den förutsätter bl.a. att varje enskild kommun tar ansvar för att söka stärka sin kapacitet, förnya verksamheten och öka effektiviteten. Ett tydligt politiskt ledarskap, en väl fungerande organisation, en effektiv styrning och ett starkt lokalt ansvarstagande är avgörande för kommunernas möjlighet att förverkliga de demokrati- och effektivitetsvärden som den kommunala självstyrelsen ska uppnå.

Kommunernas och regionernas skiftande storlek tillsammans med bl.a. skillnader i inkomstförhållanden och ålderssammansättning skapar, trots skatteutjämning och statsbidrag, betydande olikheter i kommunernas förmåga att tillhanda digitala tjänster. Samtidigt är kraven på vad kommunen eller landstinget ska utföra, som framförts ovan, lika. Denna obalans mellan förmåga och krav är en av digitaliseringens största utmaningar.[305]

Den statliga styrningen av äldreomsorgen i Sverige är svag vid en internationell jämförelse, vilket bl.a. sammanhänger med principen om kommunal självstyrelse. Det underlättar inte ett breddinförande av välfärdsteknik. En välfungerande samverkan mellan huvudmännen och med staten kan inte helt kompensera för bristfälliga ekonomiska förutsättningar. I ett ekonomiskt pressat läge läggs inte resurser på annat än det som är prioriterat och nödvändigt.

Vi menar att DIGG behöver få ett tydligt mandat när det gäller en digital infrastruktur som ska fungera för alla kommunala ändamål, även digital teknik inom vård och omsorg. Av regeringens uppdrag till bl.a. DIGG om att ta fram en förvaltningsgemensam digital infrastruktur förstår man att regeringen avser att ta det ansvar för den digitala infrastrukturen som krävs på nationell nivå. Socialstyrelsen bör även fortsättningsvis ha det övergripande sektorsansvaret när det gäller kunskapsstyrningen inom äldreomsorg.

Som utgångspunkt för utvecklingsarbetet på e-hälsoområdet har regeringen och SKR ställt sig bakom en gemensam vision för det gemensamma e-hälsoarbetet fram till 2025, Vision e-hälsa 2025, som kompletteras av en handlingsplan. Samverkansorganisationen inom Vision e-hälsa 2025 består av både politiska företrädare och av tjänstemän från staten, SKR, kommuner och regioner. Svagheten med överenskommelser som styrmedel är att parterna inte har ansvaret för det direkta genomförandet och måluppfyllelsen. Regeringen och SKR har i praktiken begränsade möjligheter att säkerställa att de mål man har kommit överens om nås. Ansvaret ligger på kommunerna och regionerna. Det innebär att det blir svårt att utkräva ansvar om resultaten inte nås. Det samarbete som överenskommelser innebär medför dessutom att SKR kommer att verka både som samordnare och som kravställare gentemot sina medlemmar, vilket riskerar att komma i konflikt med rollen som intresseorganisation. Samtidigt

[305] SOU 2017:114 s. 135.

kan konstateras att det är svårt för regeringen att förhandla med 290 kommuner och 21 regioner.

Arbetet med Vision e-hälsa har fram tills nu av olika skäl inte gett entydiga resultat i termer av ökad nationell samordning och utveckling. Arbetet som hittills bedrivits inom ramen för Vision e-hälsa 2025 lider dock brist på konkretion, enligt vissa bedömare. Handlingsplanen 2017–2019 har stundom kritiserats för en avsaknad av målbilder och konkreta aktiviteter. Det har varit svårt för medarbetare och e-hälsosektorn att koppla innehållet i handlingsplanen till den faktiska utvecklingen. För att ge utvecklingen en skjuts framåt behöver den kommande handlingsplanen innefatta konkreta aktiviteter i syfte att nå målen, med tydligt utpekat ansvar och med tillhörande finansiering. I det här sammanhanget noteras att Utredningen om effektiv styrning av nationella digitala tjänster föreslagit att regeringen tar initiativ till en förnyad avsiktsförklaring mellan staten och SKR för digitalisering och it i den offentliga sektorn.[306]

Därför är det intressant att notera att SKR:s kongress beslutat att inleda en dialog mellan staten och huvudmännen om välfärdens digitala infrastruktur i syfte att etablera en långsiktig modell för samfinansiering av nödvändiga investeringar för samhällets digitala omställning. Bedömningen är att det krävs en offensiv investeringsplan för att avveckla gamla verksamhetssystem, rusta upp nätverk och infrastruktur, höja nivån när det gäller informationssäkerhet och dataskydd samt investera i kompetensutveckling för personalen. Sammantaget kan tiden nu vara mogen för en överenskommelse om ett partnerskap. Det ankommer dock på kommunerna att implementera lösningarna. För att stödja kommunerna i arbetet med implementering är det nödvändigt med regional samverkan.

8.12.6 Förslag om nationellt centrum för äldreomsorgen

Förslag: Ett nationellt centrum för utveckling av äldreomsorgen inrättas. En del i uppdraget ska vara att bidra med metoder för verksamhetsutveckling inom digitalisering och välfärdsteknik.

[306] SOU 2017:114 s. 158.

Utredningen har under arbetets gång återkommande ställt sig frågan på vilket sätt som äldreomsorgen som sektor, eller ”bransch”, skulle kunna utvecklas, inte minst för att tillgodogöra sig ny teknik och införa nya verksamhetsformer. All typ av digitalisering innebär att gamla arbetssätt och organisationsformer utmanas. Ambitionen att breddinföra välfärdstekniska lösningar inom äldreomsorgen skulle kunna bli en startpunkt för utveckling av äldreomsorgen som helhet.

En av de stora utmaningarna för svensk industri är att se till att de mindre och medelstora företagen kan utveckla sin konkurrenskraft. Såväl branschfinansierade utvecklingsprogram som statligt finansierade program finns för att sprida kunskaper och insikter, t.ex. ett antal strategiska innovationsprogram och stödprogram som Robotlyftet, Digitaliseringslyftet och Smart industri. Vi har under utredningsarbetets gång kunnat konstatera att äldreomsorgen saknar motsvarigheter till sådana utvecklings- och kunskapsspridningsplattformar, trots att verksamheten är mycket omfattande – äldreomsorgen omsätter 126 miljarder kronor årligen[307] och hälso- och sjukvård för äldre omsätter 120 miljarder kronor årligen. Det är således en mycket stor andel av den totala offentliga ekonomin, som dessutom växer i volym och andel med hänsyn till den demografiska utvecklingen.

Inom hälso- och sjukvården är kunskapsstyrningen tydligare, dels av historiska skäl, dels på grund av den uppmärksamhet som vården ofta möter och de olika initiativ som tas med anledning av det. För närvarande pågår exempelvis en utredning om en sammanhållen kunskapsstyrning i vården (S 2018:12). Något motsvarande uppdrag finns inte beträffande äldreomsorgen. Samma obalans föreligger när det gäller kompetensförsörjningen, där UKÄ och Socialstyrelsen under 2019 redovisade ett regeringsuppdrag med lösningsförslag för hälso- och sjukvårdens del, men det finns inget motsvarande för äldreomsorgen. Som redan framhållits bör ett motsvarande uppdrag ges när det gäller kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen. Under utredningens arbete har ofta framhållits att det är skillnad när det handlar om 21 huvudmän (regionerna och hälso- och sjukvård) och 290 huvudmän (kommunerna och äldreomsorg). Kommunerna har dessutom på många sätt varierande förutsättningar. Detta framstår som en högst rimlig förklaring till ett jämförelsevis bristfälligt ut-

[307] SKR (2019b). *Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi.*

vecklingsperspektiv, men i ett systemperspektiv och för hela den offentliga ekonomin är det inte hållbart på sikt.

Digitaliseringen skär tvärs igenom alla sektorer, privat och offentligt. Det finns många likheter mellan de utmaningar som verksamheter inom offentlig sektor nu ställs inför och de som industrin har tvingats möta under en längre tid. En aldrig så bra produkt kommer inte att bli konkurrenskraftig om inte processen att ta fram den är effektiv. På samma sätt förhåller det sig med en verksamhet som äldreomsorgen. Om inte nyvunna kunskaper inom t.ex. åldrandets sjukdomar eller demenssjukdomar kan spridas och användas av dem som möter de äldre är det inte mycket värt med de nya kunskaperna. Vi befinner oss dessutom i ett läge med en växande andel äldre, ökade kostnader inom vården och invånare som ställer ökade krav på regionerna att ta till vara och nyttja digitaliseringens möjligheter. Det handlar om bl.a. mer egenvård och hemmonitorering och detta kommer att påverka vårdens arbetssätt och processer, men även äldreomsorgen.

I Digitaliseringsrådets rapport *En lägesbild av digital kompetens*[308] framhålls bl.a. följande. För att digitala tjänster ska nå ut behöver behov, upplevelser och nyttoeffekter värderas på alla nivåer. Arbetssätt som bygger på användardriven innovation med syfte att lösa rätt problem och skapade för användaren behöver etableras ännu mer. Ofta blir det dock enskilda projekt och initiativ.

I rapporten ”Flaggskeppsfabriken – styrkor i svensk produktion” framhålls att Sverige är en stark industrination med många framgångsrika och innovativa industriföretag tack vare att företagen klarar av att förnya och ställa om produktion och produkter i takt med att förutsättningarna förändras.[309] Sambandet att fokus på kvalitet också leder till hög produktivitet framstår här som självklart. I rapporten pekar på man på sex olika kluster av framgångsfaktorer. Det är för det första god förmåga att skapa bra strukturella förutsättningar, som kan vara god arbetsorganisation, standardiserade arbetssätt, metodiker för utveckling, problemlösning eller informations- och kontrollsystem. Det andra är styrkor när det gäller attityder, som bl.a. tar sig uttryck i att medarbetarna förväntar sig att bli

[308] Digitaliseringsrådet (2018).
[309] Vinnova (2016). *Flaggskeppsfabriken – styrkor i svensk produktion Erfarenheter från ett utvecklingsprojekt med tio ledande produktionsföretag.* är ett resultat av ett Vinnova-projekt som omfattade tio ledande produktionsföretag och som togs fram på initiativ av Teknikföretagen och IF-Metall med medverkan av Uppsala Universitet.

involverade i frågor som berör deras arbete, att bli lyssnade på och kunna påverka. Det innebär, för det tredje, att medarbetarna förväntar sig att bli involverade i frågor som handlar om förändrings- eller förbättringsarbete. Den fjärde komponenten handlar om kompetensstrategier och förmågan att identifiera vilka nya kompetenser som kommer att behövas. De studerade företagen är utpräglat teknikintensiva men har haft förmåga att rekrytera kompetens som vid en första anblick kan tyckas ligga helt utanför verksamheten, t.ex. beteendevetare eller psykologer. De studerade företagen är tillverkningsföretag, men samtidigt utpräglade kunskapsföretag. Särskilt framhålls att man har förmågan att satsa både på specialist- och yrkeskunnande. I det ingår också förmågan till kompetensutveckling inom företaget – att medarbetarna kan utvecklas i sitt dagliga arbete med stöd av chefer och kollegor. Betydelsen av ledarskapet kan inte nog understrykas. Den femte komponenten handlar om samverkan, dvs. förmågan att samverka med parter, organisationer och intressenter mellan och över gränser. Det sjätte styrkeområdet är förmågan till teknikintegration; att ny teknologi kan integreras så att både människa och maskin kommer till sin rätt.

Vi ser ett behov av en branschgemensam utveckling. Behoven av det är starka redan i dag men kommer att accentueras av den förväntade och nödvändiga digitaliseringen. Det saknas en relevant arena på den nationella nivån som kan vidareutvecklas för samverkan på övergripande nivå mellan huvudmän, lärosäten, övriga aktörer och beslutsfattare. Vi menar därför att det skulle vara värdefullt med ett nationellt utvecklingscentrum för äldreomsorgen. Vårt fokus ligger visserligen på införande av välfärdsteknik, men en bredare ansats än så behövs. Digitalisering och välfärdsteknik handlar om verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen och är beroende av det sammanhanget. En avgränsning till just välfärdsteknik vore konstlad och olämplig. Behoven av stöd i kommunerna, såvitt framkommit i olika undersökningar, handlar i stor utsträckning om just verksamhetsutveckling, förändringsledning och kompetens. Ett sådant centrum skulle kunna arbeta med utveckling av äldreomsorgen som sådan, dvs. branschgemensamt. Vi har i likhet med andra utredningar pekat på den särskilda utmaning som kompetensförsörjningen utgör. Vi har konstaterat att de kompetenser som behövs i framtiden är bredare än tidigare.

En nationell plattform för samverkan behövs där olika myndigheter bidrar med sin expertis. Det kan handla om

- Frågor om organisation vid upphandling, införande och drift
- Upphandlingsstöd
- Införandestöd
- Mallar för rutiner, avtal och drift
- Mätbarhet av effekter (nytta, kvalitet, monetära etc.)
- Kunskapshöjning för digital mognad
- Standarder
- Affärsmodeller
- Ersättningssystem
- Samlad erfarenhet från kommun och region.

Ett utvecklingscentrum bör byggas upp stegvis. Själva processen för uppbyggnad är särskilt viktig. Vårt intryck från samtal som förts under utredningsarbetets gång är att det finns mycket värdefulla erfarenheter från enskilda personer och organisationer som behöver tas till vara för att ge ett kommande centrum rätt uppdrag, bemanning och organisation. Utöver de kompetenser som kan anses vara självklara för en centrumbildning, t.ex. kunskap om demenssjukdomar, geriatrik och gerontologi måste nya kompetenser också tillföras. Det kan handla om logistik, systemvetenskap, verksamhetsutveckling med digitala hjälpmedel osv. Ett centrum måste också kännetecknas av såväl den vertikala som horisontella dialogen. Ett av de styrkeområden som framhålls i Vinnovarapporten ”Flaggskeppsfabriken – styrkor i svensk produktion” är den tidiga involveringen av medarbetare. Det finns också erfarenheter utanför sektorn äldreomsorg som behöver tas till vara, t.ex. om hur industrin har hanterat frågor om digitalisering, verksamhetsutveckling, kvalitetsarbete, organisation och ledarskap. Även om det inte går att överföra eller kopiera erfarenheterna direkt till äldreomsorgens verksamheter är själva mötet mellan olika organisationskulturer värdefullt.

8.12.7 Definitionen av välfärdsteknik

Bedömning: Den definition av välfärdsteknik som framgår i Socialstyrelsens termbank speglar inte hur begreppet används och riskerar därmed att skapa oklarhet vid införande av digital teknik.

Förslag: Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att se över den definition av välfärdsteknik som förekommer i dess termbank.

Definitionen av välfärdsteknik i Socialstyrelsens termbank tar sikte på i vilket syfte en digital teknik ska användas av en viss individ. Samma teknik kan därmed både vara och inte vara välfärdsteknik. Ofta anses att det är socialtjänstens ansvar att tillhandahålla välfärdsteknik till en viss individ genom ett biståndsbeslut medan hjälpmedel ska tillhandahållas av hälso- och sjukvården. Inget säger dock att inte ett hjälpmedel också kan vara digitalt och användas på samma grunder som viss välfärdsteknik. En sådan begreppsbildning tillför inget från vare sig den enskildes eller verksamhetens perspektiv. Däremot kan det leda till diskussioner om vilken huvudman som är ansvarig.

Från kommunens synpunkt finns många skäl för att införa olika digitala tekniker inom äldreomsorgen. Ofta vill man införa flera saker samtidigt och därigenom höja kvaliteten i verksamheten generellt. En alltför snäv definition riskerar att hindra utvecklingen på området om man förlorar sig i begreppsexercis och missar andra viktiga perspektiv som tekniken kan tillgodose vid sidan av individens behov, såsom invånarnas behov, personalens behov och behovet av modernisering i största allmänhet av en viss verksamhet. Det är i regel inte meningsfullt att använda uttrycket välfärdsteknik i den snäva bemärkelsen och det verkar man inte heller göra. Inte ens Socialstyrelsen själv använder sig av termbankens snäva definition i sina årliga kartläggningar. Socialstyrelsen borde därför se över definitionen i termbanken.

Här ska också framhållas följande. Enligt Socialstyrelsens meddelandeblad 3/2019 om välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården syftar välfärdsteknik enligt Socialstyrelsens definition inte till att behandla eller vårda. Sjukvårdande digital teknik och hjälpmedel för vård och behandling räknas därmed inte som välfärdsteknik (se s. 4). Avsikten med uttalandet verkar dock inte vara att välfärdsteknik ska anses falla utanför hälso- och sjukvårdsbegrep-

pet eftersom välfärdsteknik förskrivs som hjälpmedel av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Av definitionen av hälso- och sjukvård i 2 kap. 1 § 1 HSL framgår att med hälso- och sjukvård avses inte bara åtgärder för att behandla och vårda utan även för att förebygga sjukdomar och skador. Enligt vårt förmenande kan välfärdsteknik uppenbart användas även inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Digital teknik till stöd för enskilda och personal kan dessutom ha flera syften. Vilken teknik som finns i framtiden är inte känt. Begränsande definitioner bör därför undvikas.

8.13 Behovet av att möjliggöra samordning

Bedömning: Lagändringar behövs i fråga om personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i syfte att underlätta samordning mellan huvudmän och därmed höja patientsäkerheten och öka kvaliteten i verksamheterna.

Digitaliseringen erbjuder stora möjligheter för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Modern informations- och kommunikationsteknologi kan underlätta för den enskilde att vara delaktig i sin egen vård och omsorg, stödja kontakten mellan den enskilde och verksamheterna samt tillhandahålla effektivare stödsystem för medarbetarna i verksamheterna. Kommunikationen mellan vårdnivåer, verksamheter och personal inom hälso- och sjukvård och omsorgspersonalen omgärdas dock av sekretessregler som hindrar informationsutbytet mellan olika aktörer inom vård och omsorg. För socialtjänsten saknas en reglering liknande den som finns för sammanhållen journalföring inom hälso- och sjukvården som tillåter att olika utförare har direktåtkomst till varandras dokumentation. Det råder sekretess mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och därför är det heller inte tillåtet med direktåtkomst mellan dessa verksamheter.[310] Skillnaden mellan sekretessregleringarna och behovet av en mer likvärdig hantering av personuppgifter har lyfts fram i olika sammanhang, bl.a.

[310] Frågan om direktåtkomst mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård belyses av Datainspektionen i ett tillsynsärende från 2011 om TioHundranämnden i Norrtälje där vissa personuppgifter tillgängliggjordes direkt mellan nämnden och en utförare. Datainspektionen ansåg i det ärendet att det krävs författningsändringar både i regelverken som gäller för hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att det ska vara tillåtet att tillämpa sammanhållen journalföring mellan hälso-och sjukvården och socialtjänsten. Datainspektionen, dnr 876-2010.

av Socialtjänstdatautredningen och utredningen Rätt information i vård och omsorg.

Generellt gäller att socialtjänst och hälso- och sjukvård inte får ha direktåtkomst till varandras dokumentation eller dokumentationsstöd. Bakgrunden är ett starkt skydd för att personuppgifter ska utformas och behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Informationsöverföring kan dock ske mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst efter sekretessprövning och samtycke från den enskilde. Detta innebär i praktiken att information inte kan delas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten t.ex. vid utformandet av en samordnad individuell plan utan dokumentation ska göras av respektive huvudman.

Den parallella dokumentationen syftar till att relevant information om planerade insatser och åtgärder för en enskild ska finnas i både hälso- och sjukvårdens patientjournal och socialtjänstens personakt, trots att informationen tekniskt inte får delas via exempelvis direktåtkomst. Det innebär också att om det finns en individuell plan, med information från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, och den ena huvudmannen gör ändringar i planen måste den andra huvudmannen också göra det manuellt för att planen ska vara likalydande. Detta gäller även om den enskilde gett sitt samtycke till uppdateringen. För detta manuella uppdaterande och upprättande av individuella planer har huvudmännen s.k. samordnad individuell planering, något som regleras av bl.a. LUS.[311]

I sammanhanget noteras vidare att olika regelverk gäller för hemsjukvård och hemtjänst. För hemsjukvårdens del gäller patientdatalagen med bl.a. krav på dokumentation i en patientjournal. Uppgifter i hemsjukvården omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen i offentlighets- och sekretesslagen samt av tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Dokumentationen i hemtjänsten regleras av socialtjänstlagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen, LVU, LVM och LSS. För hemtjänstens del gäller även lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Ovanstående innebär bl.a. att den kommunala hemsjukvården ska föra patientjournal, medan hemtjänsten ska föra dokumentation i personakt. I de regelverk som styr dokumentationen i hälso- och

[311] SOU 2019:29 s. 148.

sjukvården respektive socialtjänsten finns inga bestämmelser som möjliggör gemensam dokumentation då bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar sådan gränsöverskridande dokumentation.

Andra regler gäller när region och kommun ska samverka inom HSL-området. Då gäller bestämmelsen om sammanhållen journalföring i 6 kap. 1 § patientdatalagen. Då både kommunen och regionen delar information i rollen som vårdgivare kan information delas via direktåtkomst, förutsatt att det rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med, uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, eller för att utfärda intyg om vården och om patienten samtycker till det. Om de tre förutsättningarna är uppfyllda kan exempelvis en läkare på vårdcentral genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i kommunal hemsjukvård. På motsvarande sätt kan exempelvis sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i andra delar av öppen- eller slutenvården.[312]

Olika utförare och verksamheter på socialtjänstområdet har sekretessgränser mellan sig. Det finns inga sekretessbrytande bestämmelser som motsvarar hälso- och sjukvårdens möjligheter till direktåtkomst och dagens regelverk inom socialtjänsten medger inte att olika utförare har direktåtkomst till varandras dokumentation och dokumentationssystem.[313] Olika privata utförare av socialtjänst kan således inte ta del av varandras uppgifter om individen genom direktåtkomst. Inte heller kan en kommunal utförare av socialtjänst få tillgång till en privat utförares dokumentation om den enskilde med direktåtkomst. Sekretess gäller också mellan kommunala myndigheter liksom mellan kommunala myndigheter och privata utförare av socialtjänst vilket exempelvis innebär att en biståndshandläggare i en kommun inte får ta del av privata utförares dokumentation om genomförda insatser med hjälp av direktåtkomst.[314] Bakgrunden är även här ett starkt skydd för att personuppgifter ska utformas och behandlas så att den enskildes integritet respekteras.[315]

[312] SOU 2019:29 s. 149.
[313] Jfr Socialstyrelsen (2015). *Direktåtkomst – Övergripande; Socialstyrelsen, Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*, s. 273–282.
[314] Jfr 6 kap. 1 § och 7 kap. 13 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen, LVU, LVM och LSS.
[315] SOU 2019 :29 s. 150.

Behovet av samordning av vården finns hos många olika grupper, t.ex. hos multisjuka äldre samt personer med kroniska sjukdomar, cancer och psykiska sjukdomar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har uppskattat att cirka en miljon personer i Sverige har komplexa behov av insatser från olika aktörer inom vård och omsorg, samtidigt som de har små förutsättningar att vara delaktiga i sin egen vård. Kartläggningen indikerade även att totalt cirka två miljoner individer har små förutsättningar att själva vara delaktiga i samordningen av sin vård- och omsorg. Tidigare studier från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har visat att samordningen ofta brister för dessa grupper och att det i många fall leder till sämre vård och omsorg samt en otrygg situation för den enskilde. Dessutom läggs ofta ett stort samordningsansvar på anhöriga.[316]

Även IVO har lyft fram hur äldre inte får sina behov tillgodosedda när samordningen brister och anfört bl.a. följande.[317] För att resultatet ska bli så bra som möjligt och utgå från människors samlade behov och önskemål behöver ofta flera aktörer samordna sina insatser runt den enskilde personen. Därför finns det krav på vård- och omsorgsgivarna att samordna sina insatser. Många av IVO:s iakttagelser handlar om att denna personcentrering och samordning inte fungerar som den borde. Verksamheterna vältrar över ett stort ansvar på personen själv och dess närstående när vården och omsorgen inte är lyhörda för människors samlade behov och önskemål och inte tar ansvar för att samordna insatserna på ett effektivt sätt. IVO ser att det leder till att många människor inte får sina behov tillgodosedda. Bristerna är välkända och har funnits under en längre tid. Med tanke på att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer, samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg, befarar IVO att bristerna är mer omfattande än vad som framkommer i tillsynen. IVO:s slutsats är att vård- och omsorgsgivarna behöver prioritera och utveckla ett personcentrerat arbetssätt för att de ska kunna ge en sammanhållen vård och omsorg. För att det ska få genomslag behöver omställ-

[316] Vårdanalys (2016a). *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, s. 62. I sammanhanget bör också noteras att kartläggningen pekar på att en majoritet av befolkningen (cirka 60 procent) i huvudsak är somatiskt frisk och inte möter större problem vad gäller samordning av vård och omsorg.
[317] Se exempelvis IVO (2019a) *Vad har IVO sett 2018*, s. 6.

ningen ske på samtliga nivåer – från styrningen i den högsta politiska ledningen till arbetssättet inom verksamheterna.[318]

Som framhållits av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård är det svårt att mäta de positiva effekterna av samordning då de ofta uppstår i andra delar av systemet än den där insatsen gjordes. En förbättrad mottagandeprocess i primärvården kan t.ex. minska behovet av undvikbara återinläggningar i sluten vård. Därför är det viktigt med ett helhetstänk utifrån patientens perspektiv vid samordning och samverkan, i stället för ett ensidigt fokus på de egna insatserna, framhåller utredningen.[319]

Regioner och kommuner har tagit en rad initiativ i syfte att underlätta samordning av olika aktörers insatser för en och samma patient eller omsorgstagare. Trots att många av initiativen betonar vikten av att samordningen ska utgå från individens perspektiv är det ovanligt med utvärderingar och uppföljningar som undersöker om initiativen faktiskt har resulterat i en samordnad vård och omsorg för patienter och omsorgstagare. Fokus har i stället legat på vårdens och omsorgens processer och strukturer.[320] I flera av initiativen beskrivs de nya processerna och strukturerna utifrån ett organisatoriskt perspektiv utan koppling till vilka resultat de fick eller förväntades få för individen. Utan metoder och indikatorer för att mäta utvecklingen ur individens perspektiv är det svårt att avgöra om vården och omsorgen upplevs som mer personcentrerad och samordnad och därmed leder till önskvärda effekter. I dag saknas sådana indikatorer för samordnad planering och individuella planer.[321]

När samordningen brister får det till konsekvens att ansvaret för att koordinera insatserna läggs över på den enskilde och dennes närstående. För de mest sjuka äldre kanske det i praktiken kan innebära samtidiga kontakter med många olika aktörer. Möjligheterna att följa upp verksamheter som har patienter eller omsorgstagare som behandlas av flera olika vårdgivare eller utförare varierar beroende på hur verksamheterna är organiserade inom en kommun eller region. Bristande samordning riskerar att leda till försämrade hälsotillstånd, vilket kan leda till fler besök på akutmottagningar, mer undvikbar sluten vård och ökade kostnader för vården. En orsak som lyfts fram

[318] IVO (2019a), s. 10 f.
[319] SOU 2019:29 s. 157.
[320] Vårdanalys (2017), *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*.
[321] SOU 2019:29 s. 158.

är de bristande förutsättningarna för att dela information. Samordningen mellan kommun och region är en av de viktigaste frågorna för att få den nära vården att fungera.

Regeringen har nyligen tillsatt en särskild utredare (dir. 2019:37) som ska utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård, en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder och även sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021. Mot bakgrund av detta har vi bedömt att det inte ankommer på denna utredning att ta initiativ på detta område.

8.14 Långsiktig kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning

Bedömning: Den utmaning som den förändrade demografin utgör bör få genomslag i den breda forskningspolitiken.

Förslag: Regeringen bör inrätta ett nytt strategiskt innovationsprogram som förenar teknik, medicin, vård och omsorg.

Sverige är ett av de länder som satsar mest på forskning mätt som andel av BNP. År 2018 uppgick de totala utgifterna för utförd forskning och utveckling i Sverige till cirka 157 miljarder kronor, motsvarande 3,3 procent av BNP, varav den offentliga finansieringen motsvarar 0,9 procent av BNP. Bland internationella finansiärer är EU den mest betydande för svenska forskningsutövare. Sverige har till och med mars 2019 beviljats 1,4 miljarder euro från ramprogrammet Horisont 2020, på åttonde plats efter länder som alla har större befolkning än Sverige. Nästa ramprogram, Horisont Europa, kommer att vara världens största satsning på forskning och innovation. Näringslivets investeringar i forskning har, till skillnad från statens, minskat under ett antal år, framför allt som följd av att de globala storföretagen valt att förlägga en större andel av sin forskning till internationella kunskapsmiljöer belägna utanför Sverige.

Detta understryker behovet av excellent och internationellt ledande forskning vid svenska universitet och högskolor med starka incitament för samverkan med det omgivande samhället.[322]

Det finns betydande kunskapsluckor när det gäller det vetenskapliga underlaget för många områden inom socialtjänstens uppdrag. Det statliga forskningsrådet Forte har tillsammans med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) gjort en genomlysning av kunskapsbehoven. De områden som bedöms vara mest angelägna för utökad forskning omfattar hur socialtjänsten kan arbeta med implementering, utmönstring och införande av evidensbaserad kunskap, vilka metoder som kan användas för uppföljning av insatser, samt hur delaktigheten kan utvecklas inom socialtjänsten för att förbättra situationen för enskilda och socialtjänstens arbetssätt. Forte ansvarar för det nationella forskningsprogrammet inom tillämpad välfärd, som ska verka för att förbättra kunskapsläget inom socialtjänsten. I forskningsprogrammet ingår en satsning på en forskarskola för att långsiktigt bidra till kunskapsuppbyggnad inom socialtjänsten.

Det behövs en fortsatt satsning på praktiknära forskning inom hälso- och sjukvårdsområdet och socialtjänsten. Vi ser positivt på integrering av forskning i det löpande vardagsarbetet och goda utvecklingsmöjligheter för kliniska forskare inom socialt arbete. Vi ser också behov av resurser till innovativa tvärdisciplinära projekt som sammanfogar praktiknära forskning, utbildning och samverkan med sektorn. För lärosätena är det en utmaning att utveckla forskning- och utbildningsmiljöerna så att de stärker varandra, men också att behålla och vidareutveckla befintliga utbildningar. Forskning som sker i partnerskap är därför en viktig drivkraft både för utvecklingen av t.ex. socionomprogrammet och socialtjänsten.

SBU har anfört bl.a. följande i sitt yttrande med synpunkter inför forskningspropositionen.[323] Det är av stor vikt att Sverige har en stark praktiknära forskning inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och inom funktionshinderområdet. Utvecklingen av dessa områden är beroende av de forskningsresultat som genereras både av den praktiknära forskningen men även av den forskning som ligger bakom, d.v.s. preklinisk forskning och grundläggande forskning. Till skillnad mot grundforskning, som har (och bör ha) en mer förutsättningslös karaktär, ska den praktiknära forskningen ge svar som

[322] Strategin för life science, s. 30.
[323] SBU 2019/412. Jfr U2019/02263/UH.

är direkt användbara för dem som påverkas av forskningsfrågan. Det är därför viktigt att den forskning som genomförs fokuserar på frågeställningar som efterfrågats av slutanvändarna, att den genomförs med lämplig metodologi, så att resultaten går att syntetiseras, och att forskningsresultaten sprids och implementeras. Praktiknära forskning som inte håller tillräckligt hög kvalitet, eller som svarar mot frågeställningar som inte är prioriterade, tar resurser som kunde gett mer nytta.

Enligt SKR saknas kunskap på övergripande systemnivå om hur forsknings- och innovationssystemet ser ut, hur olika delar av det hänger ihop och hur det fungerar i realiteten. Dessa kunskapsluckor hämmar möjligheten att se helhetslösningar och drabbar i slutändan systemets förmåga till innovation och utveckling. Den ökade betoningen i den förra forskningspolitiska propositionen av att forskning ska komma till samhällelig nytta och vara samhällsrelevant samt omsättas i innovationer av olika slag vilka implementeras i olika praktiker anses positiv. SKR anser att denna inriktning på forskningspolitiken bör bevaras och stärkas. Långsiktiga strategier för investeringar i forskning och innovation utifrån samhälleliga behov måste grundförstärkas i forskningspolitiken. [324]

Ett gott exempel på samverkan för behovsstyrd forskning som SKR ville lyfta fram särskilt är hur Forte tagit sig an ansvaret för det nationella forskningsprogrammet för tillämpad välfärdsforskning. Forskningsagendan har identifierats genom omfattande och systematiska diskussioner med representanter för socialtjänsten, enskilda, organisationer, forskare och andra relevanta aktörer.

Arbetet inom denna utredning har visat på behovet av långsiktig kunskapsuppbyggnad som omfattar fler områden än de som står i centrum i dag. Nuförtiden lever allt fler länge med kroniska sjukdomar. Nya kunskaper som kommit fram med det förebyggande perspektivet har inte fått tillräckligt genomslag. Digitalisering och AI tydliggör behovet av den horisontella samverkan mellan olika aktörer. Vi ser ett tydligt och ökat behov av tvärvetenskapliga perspektiv för att förklara och hantera olika samhällsutmaningar. Dessutom ser vi i ett behov av ökad kunskap om verksamheternas styrning, organisation och processer. Det finns inget enkelt samband mellan framtagandet av ny kunskap och omsättningen av dess resultat i praktiken.

[324] Dnr 19/00922.

Innovation

En innovativ välfärd kännetecknas av nya lösningar som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Utmaningarna inom äldreomsorgen, inte minst bristen på personal, ställer krav på radikalt nytänkande när det gäller utformningen av framtidens offentliga tjänster och hur de produceras. Innovation kräver mod, samverkan, erfarenhetsutbyte samt utrymme för att testa och lära. Innovativ utveckling är användardriven och tar hänsyn till aspekter av öppenhet, tillgänglighet och enkelhet.[325]

Medarbetardriven innovation kan bidra till en bättre arbetsmiljö och högre patientsäkerhet genom utveckling av nya produkter och tjänster. Duschkabinen Poseidon och äthjälpmedlet Bestic är två exempel på anhörig- och användardriven innovation.[326] För att innovatören ska kunna utveckla och realisera sin idé behöver dock vissa förutsättningar vara på plats. Helt avgörande för spridningen av produkten, tjänsten eller metoden är att den går att kommersialisera. Att kommersialisera en idé till produkt kräver kunskap, resurser och tålamod. För vissa innovationer är tillgång till kliniska testmiljöer, testbäddar och inkubatorer avgörande för CE-märkning och standardisering.

Emellertid handlar det inte alltid om att utveckla nya produkter. Många gånger handlar det om att tillvarata redan utvecklade produkter, att förfina dem och att kombinera dem med andra samt anpassa dem utifrån förändrade krav, behov och regelverk i verksamheten.

Hälso- och välfärdsteknik är en särskild typ av teknik på vilken specifika krav ställs, vilket gör att kompetens kring dess utveckling är central. Tekniken behöver vara säker samt kunna fungera tillsammans med andra tekniska lösningar. Den behöver också förstås utifrån användarnas perspektiv, något som ofta förbisetts och lett till att befintlig teknik inte används i den utsträckning som den skulle kunna. För att förstå användarnas behov är det nödvändigt att identifiera vilka de är. En och samma teknik eller tekniska lösning kan ha flera användargrupper. Genom fördjupad kunskap om användarnas behov är det möjligt att utveckla lösningar som möter deras behov och önskemål. Användarna av hälso- och välfärdsteknik kan vara patienter/omsorgstagare, anhöriga, vårdpersonal och hand-

[325] SKL (2019a), s. 11.
[326] Kommunal (2019), s. 42.

läggare, hälso- och sjukvård samt omsorgsorganisationer. Andra användare kan vara personer som hälsopreventivt använder hälso- och välfärdstekniska lösningar. Det är därför viktigt att veta vilka behov och problem som finns samt undersöka om och hur hälso- och välfärdstekniklösningar kan lösa dem. Det är inte tillräckligt med att implementera tekniska lösningar, de behöver även följas upp för att förstå hur dessa påverkar användarna, samt om och i så fall hur användarna har modifierat existerande lösningar liksom varför. Det är också nödvändigt att ha kunskap om hur organisationer och processer kan utformas för att på ett produktivt sätt införa och utveckla hälso- och välfärdsteknik. Ett interdisciplinärt angreppssätt är en möjlig väg för att åstadkomma ett helhetsperspektiv.

Vinnova, Energimyndigheten och Formas finansierar 17 strategiska innovationsprogram. Genom samverkan inom områden som är strategiskt viktiga för Sverige skapas förutsättningar för hållbara lösningar på globala samhällsutmaningar och en ökad internationell konkurrenskraft. Inom programmen utvecklar företag, akademi och organisationer tillsammans framtidens hållbara produkter och tjänster. Alla som kan bidra till utvecklingen är välkomna att söka finansiering.

Sedan lång tid tillbaka lägger regeringen en forskningspolitisk proposition per mandatperiod för att peka ut den forskningspolitiska inriktningen. Den brukar innehålla förslag på budgettillskott för de kommande åren, främst till universiteten, högskolorna och forskningsfinansiärerna. Den brukar också innehålla förslag på strategiska satsningar inom utvalda områden och vissa lagändringar. Nästa forskningspolitiska proposition planeras till hösten 2020. Som underlag för propositionen har sammanlagt 300 så kallade inspel skickats in. Utredningen har gjort en översiktlig genomgång och analys och kan konstatera att många av de perspektiv ligger till grund för detta betänkande inte återfinns. Det gäller t.ex. den utmaning som den demografiska utvecklingen innebär. Det gäller också att digitaliseringen kommer att kräva mer av sektorsövergripande ansatser med i sig stora möjligheter. Värt att notera är också att forskning inom offentlig verksamhet inte alls står i proportion till forskningen inom t.ex. medicin.

Av 17 strategiska innovationsprogram är det emellertid endast två som (delvis) har anlagt ett bredare perspektiv nr det gäller områdena hälsa, vård och omsorg.[327] Programmet Medtech4Health har

[327] www.vinnova.se/m/strategiska-innovationsprogram

en tydlig tyngdpunkt inom medicinteknik även om projekt inom äldreomsorgen inte principiellt är uteslutna. Det finns en tendens att de olika vetenskapsområdena ”håller sig på sin kant” inte minst på grund av vilken instans som gör utlysningen. Projekt inom socialtjänsten vänder sig till Forte, projekt inom det medicintekniska området till Vinnova och avancerad sjukvård till Vetenskapsrådet. Traditionellt har forskning om läkemedel haft en stark ställning inom sjukvården, medan vård och omsorg av äldre haft och alltjämt har en förhållandevis svag ställning. Detta är tydligt i forskningssammanhang. Äldreomsorgen behöver lyftas fram mer.

SWELife är ett strategiskt innovationsprogram, ett nationellt initiativ för att koordinera och utveckla stabila forsknings- och innovationsprocesser för svensk life science. För att möta samhällsutmaningen att förbättra folkhälsan i Sverige, vill SWElife stödja nya sätt att förebygga, behandla eller underlätta livet för personer som riskerar att drabbas eller redan har drabbats av någon folksjukdom, dess riskfaktorer eller komplikationer.

Internet of Things Sverige, IoT Sverige, är ett strategiskt innovationsprogram för sakernas internet med visionen ”Ett bättre liv för alla i en sammankopplad värld!” Programmet ska bidra till en hög livskvalitet för alla människor i Sverige med hjälp av sakernas internet, genom att skapa förutsättningar för och öka nyttjandet av IoT och data i offentlig sektor. IoT Sverige startade i 2014 och är ett av 17 strategiska innovationsprogram finansierade av Vinnova, Energimyndigheten och Formas inom deras gemensamma satsning på strategiska innovationsområden. IoT Sverige finansierar innovationsprojekt som sker i samverkan mellan offentlig sektor, som är programmets huvudsakliga behovsägare, företag, akademi/institut och civilsamhället. Programmet har en årlig budget på 80 miljoner kronor, varav 50 procent medfinansieras av projektparterna.

De samverkansprogram som pågår, främst med Vinnova som statlig finansiär, behöver byggas ut, förnyas och involvera även forskningsråd som Forte och Vetenskapsrådet. Det krävs långsiktiga satsningar för att verkligen få effekter. Det handlar om centrumbildningar, branschprogram och innovationsprogram. Det gäller även program där lärosätena och instituten stimuleras till långsiktig kompetensutveckling och kompetensväxling med näringslivet. Införandet av ny teknik i befintliga vård- och omsorgsprocesser samt om-

ställning mot preventiva åtgärder inom hälsa och life science är viktigt när den offentliga sektorn ska förnyas de kommande åren.

Utredningen anser att ett nytt strategiskt innovationsprogram borde skapas i vilket flera vetenskapsområden behöver involveras – hälsa, vård, omsorg och teknik. Genom forskningens samverkan med offentliga organisationer i regionerna, samt med privata företag som utvecklar teknik kan kunskapsfronten flyttas framåt samtidigt som möjligheterna ökar inom såväl omsorg som vård. En sådan inriktning stödjer också kompetensutveckling vilket är viktigt för att vård- och omsorgspersonalen ska kunna arbeta med tekniken, liksom det är viktigt för ingenjörer som ska tillverka eller underhålla tekniken att behärska det breda ämnet medicinteknik och hälso- och välfärdsteknik.

8.15 Digital kompetens hos äldre

Förslag: Offentliga medel bör avsättas för finansiering av invånarutbildning i digital kompetens i såväl kommunal regi som för bidrag till sådan verksamhet som bedrivs i föreningsform.

Digital kompetens är det första av fem delmål i regeringens digitaliseringsstrategi. Att kunna använda internet via en dator, surfplatta eller telefon är numera en förutsättning för att kunna vara delaktig i samhället.

Det är en myt att äldre i allmänhet är negativa till ny teknik. Många äldre har en övervägande positiv inställning till teknik och teknikanvändning. Teknik som fyller ett behov och som ingår i den vardagliga rutinen används oftare och är ofta lättare att lära sig hantera. Om man upplever att de kommandon som man ger inte fungerar skapar det osäkerhet och man slutar använda tekniken. Alla funktioner behöver vara lätta att hantera trots begränsningar med kognitiva och fysiska funktioner. Teknik som inte upplevs som enkel kommer inte att användas och därmed inte heller att uppskattas. Detta ställer krav på aktörer som utvecklar tjänster och produkter. Tekniken behöver därför utvecklas utifrån en större kunskap om hur åldrandet och sjukdom påverkar våra fysiska och kognitiva funktioner. Det kan handla om att ha få kommandon, enkla symboler, anpassningsmöjligheter för symbolers storlek och färger samt

valfrihet mellan röststyrning, ögonstyrning, röstkommando eller viss kroppsrörelse som interaktionslösning. Vid sjukdom som ger kognitiva nedsättningar över tid, t.ex. demens, är det nödvändigt att ny teknik tränas in så tidigt som möjligt.

Ensamhet är en riskfaktor för psykisk ohälsa och social isolering ökar med stigande ålder. Det kan bero på att ens partner eller vänner och bekanta blir sjuka och avlider, eller att den fysiska orken och rörligheten minskar, vilket gör att man inte tar sig ut för att träffa andra i lika stor utsträckning. Andelen som inte deltar i sociala och kulturella aktiviteter ökar med åldern och är högst i den äldsta gruppen i Folkhälsomyndighetens mätning, 75–84 år. Bland äldre personer med äldreomsorg uppger 58 procent att de besväras av ensamhet, varav 43 procent ibland och 15 procent ofta.

Forskning visar att utbildning i och användning av dator och internet kan minska ensamheten bland äldre personer.[328] Med digitala verktyg avses informations- och kommunikationsteknik, digitala kanaler såsom sociala medier, chattar och e-post, samt digitala spel och robotar. I dag är det vetenskapliga stödet för effekter av digitala verktyg på social stimulans emellertid begränsat på grund av att det är ett så pass nytt fenomen att studera.

I dagens samhälle blir allt fler samhällstjänster digitala och andra alternativ erbjuds inte alltid. Äldre som saknar kunskap och praktisk erfarenhet av internet riskerar då att stängas ute från många delar av samhället. Digital delaktighet är således även en jämlikhetsfråga. Om offentliga aktörer kräver att invånarna ska använda sig av digitala tjänster i stället för att t.ex. få hjälp av en handläggare på ett kontor, bör samhället se till att det finns relevant utbildning för invånarna.

Cirka 400 000 personer över 65 år lever i dag i digitalt utanförskap och riskerar därmed att stängas ute från flera delar av samhället. Den här gruppen, där många med demenssjukdom ingår, går miste om nätets möjligheter, såväl nyttotjänster som underhållning och sociala kontakter. Det finns flera saker som kan hindra människor från att delta i digitala sammanhang. Det kan t.ex. röra sig om bristande kunskap, förmåga, motivation eller tillgång till internet och hårdvara. Var tredje person i åldersgruppen 76 år och äldre har inte tillgång till internet hemma och var femte person i åldern 65–85 år saknar en dator eller telefon för att använda internet.

[328] Folkhälsomyndigheten m.fl. (2018). *Digital teknik för social delaktighet för äldre personer. Ett kunskapsstöd om möjliga insatser utifrån forskning, praktik, statistik, juridik och etik.*, s. 5.

Kommunen har en viktig roll i att främja och stödja digital delaktighet för alla invånare och minska ojämlikhet i hälsa. Det kan handla om träffpunkter i kommunens regi med aktiviteter kring digital teknik, t.ex. internetkaféer med anpassad pedagogik där äldre hjälper äldre. Detta används på flera håll och är också ett starkt önskemål från äldre (peer-support). Det är viktigt med alternativ för de som inte så lätt kan ta sig hemifrån, t.ex. hembesök. Äldreorganisationer anordnar ibland seniorträffar med olika teman, t.ex. släktforskning via internet. Intresseorganisationer såsom SPF och PRO erbjuder it-utbildning till sina medlemmar. SeniorNet Sweden är en ideell förening som beskrivs som ”Seniorer lär seniorer digital kommunikation och internet.” Den finns över hela Sverige med lokala klubbar som erbjuder kurser, tematräffar och internetkafé i kommunens lokaler.

I syfte att främja digital delaktighet beviljade regeringen 2018 Internetstiftelsen i Sverige 9,6 miljoner kronor i bidrag för att inrätta DigidelCenter (N2018/02458/D), dvs. fysiska platser dit kommuninvånarna kan vända sig för att stärka sin digitala kompetens och få hjälp med digitala tjänster och teknik. DigidelCenter drivs alltså i kommunal regi. Det första DigidelCenter skapades 2017 på Motala bibliotek. De fysiska platserna kan kombineras med mobila aktiviteter och enheter för att nå flera. Service och aktiviteter vid ett DigidelCenter ska vara avgiftsfritt.[329] DigidelCenter ska vara en tillgänglig och bemannad plats dit alla invånare kan komma för att få hjälp med det digitala, ha ett uttalat mandat att vara en nod för kommunal medborgarservice med fokus på digital delaktighet och ingå i ett nationellt kvalitetsarbete inom digital handledning, digital kompetens och digitalisering.[330] Kommuner kunde söka medel via Internetfonden som drivs av Internetstiftelsen. Internetstiftelsen bistod med ytterligare 2,2 miljoner kronor. Totalt fick 15 kommuner stöd för att starta DigidelCenter. I skrivande stund finns 18 center. På hemsidan finns inga besked om kommande utlysningar.

I många kommuner pågår alltså redan initiativ för att öka den digitala kompetensen hos äldre, både via studieförbund, intresseorganisationer och inom äldreomsorgen, men de når tyvärr inte alla.

I sin rapport *Digitalisering handlar om människor* tar SPF Seniorerna bl.a. upp riskerna med digitalt utanförskap. Det är viktigt att

[329] https://internetstiftelsen.se/kunskap/for-alla/digital-delaktighet
[330] https://digidel.se/digidelcenter

notera att principer som *Digitalt först* inte behöver leda till ökad servicegrad för alla. Resultatet kan bli tvärtom för dem som inte är digitalt delaktiga.[331] För många äldre kan det vara lättare om gamla metoder finns kvar under en övergångsperiod. Myndighetskontakter behöver även framöver kunna ske per telefon, brev eller besök. Samhällsinformation behöver tryckas upp och inte bara finnas på nätet. Det är en tillgänglighetsfråga.

Digitaliseringen får inte leda till att äldre ofrivilligt isoleras i hemmet. Tekniken kan inte ersätta mänsklig kontakt även om den kan underlätta för sociala relationer. Tekniken ska stödja äldre i att fortsätta göra de aktiviteter som den enskilde finner värdefulla. Vid biståndsbedömning och hjälpmedelsförskrivning måste behovet av mänsklig samvaro och aktivering, liksom intresset av att förebygga ohälsa genom aktivitet, beaktas som särskilda behov. Det kan handla om att underlätta för deltagande i öppna verksamheter, ledsagning till aktiviteter inom föreningslivet och liknande.

8.16 Framtidsperspektiv

Digitalisering och införande av välfärdsteknik kan ses i olika tidsperspektiv. Vårt fokus har varit på att uppmuntra till och underlätta spridningen av dagens välfärdstekniska lösningar som skulle kunna införas på kort sikt, genom en möjliggörande lagstiftning. Minst lika viktigt är emellertid att förbereda för och skapa goda möjligheter för andra och mer utvecklade, avancerade lösningar på längre sikt. Lagstiftningen måste således vara teknikneutral. På längre sikt handlar det om ny teknik och om att implementera digitalisering integrerat i all verksamhet.

Att de äldre i dag är aktiva även högre upp i åldrarna och i internationella jämförelser har en stor teknikmognad medför att de har andra förväntningar på vården och omsorgen än tidigare generationer.[332] I framtiden kommer hemmet i större utsträckning än i dag att vara utgångspunkten för den service som vi behöver under livets alla faser. Det kan handla om att köpa hem mat via nätet eller sköta sina bankärenden hemifrån. Det handlar också och i ökad utsträckning om vård och omsorg. Att de äldre i dag är aktiva även högre upp

[331] Folkhälsomyndigheten m.fl. (2018), s. 26.
[332] Internetstiftelsen. *Svenskarna och internet 2019*.

i åldrarna och i internationella jämförelser har en stor teknikmognad medför att de har andra förväntningar på vården och omsorgen än tidigare generationer. Allt tyder på att i framtiden kommer vardagstekniken att bli allt smartare och våra hem kommer i stor utsträckning att innehålla maskiner och system som styrs med appar på digitala enheter. I dag är det oftast en smarttelefon, men i framtiden kan det vara via ett röststyrt system. Allt fler funktioner kommer att byggas in i olika apparater vilket medför ökade krav på kognitiv förmåga för att förstå hur de olika funktionerna ska hanteras, styras och koordineras.

Rörelsen mot vård i hemmet, som kan ses som den fysiska och rumsliga integritetens högborg, innebär att hemmets karaktär förändras. Kraven på tillgänglighetsanpassningar i hemmet både för den boende och för personal ökar i takt med att allt fler sjuka äldre bor kvar hemma.[333] När hemmet blir andras arbetsplats får det konsekvenser för alla som bor där, som får sitt livsutrymme beskuret på olika sätt t.ex. genom att det finns hjälpmedel överallt. Beroende på hur tekniska lösningar utformas kan hemmet förändras till en högteknologisk och opersonlig miljö, vilket kan upplevas som ett integritetsintrång. Det gäller att hitta en balans mellan hemmet som privat sfär och hemmet som en funktionell arbetsplats.

Under 2020 planeras lansering av 5G-nätet i Sverige. Genom att erbjuda högre hastighet och minimal latenstid, samt garantera stabil uppkoppling medger 5G att nya och mer avancerade tjänster för monitorering och vård på distans kan introduceras. Sakernas internet (Internet of Things) möjliggör att apparatur med inbyggd elektronik och internetuppkoppling kan styras och utbyta data över nätet. Med allt fler funktioner som bygger på sakernas internet skärps behovet av informationssäkerhet ytterligare.

Ett grundläggande problem för den framtida utvecklingen är att interoperabilitet mellan olika aktörers informationssystem inte kan skapas annat än för begränsade och statiskt definierade informationsmängder. Vidare kan konstateras att antalet dataströmmar inom vård och omsorg ökar snabbt och då inte bara statiska journaldata

[333] Enligt utredningen Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer bor en majoritet av de äldre i bostäder med trappor som hindrar dem från att förflytta sig inom bostaden som att komma ut och in i den. Många äldre bor i treplanshus utan hiss. Det är flera faktorer som medverkar till att äldre bor kvar i bostäder som är illa anpassade för deras behov. Se även betänkandet *Bostäder att bo kvar i – Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta miljöer* (SOU 2015:85) från Utredningen om bostäder för äldre.

utan även realtidsdata som produceras av välfärdsteknik och IoT inom både vård och omsorg. En utmaning handlar om att huvuddelen av information och data inom hälso- och sjukvården och omsorgen finns isolerade på olika ”öar” i samhället, utan några förbindelser. Om data inte kan upptäckas i ett gemensamt ekosystem, och därigenom tillgängliggöras, kommer det heller inte att bidra till värdeökning för vare sig dess ägare eller samhället i övrigt.

Systemlösningar för nyttiggörande av hälso- och vårddata är en förutsättning för att Sverige ska kunna leda utvecklingen inom life science, enligt regeringens strategi för life science. Inom såväl egenvård som hälso- och sjukvård och omsorg genereras dagligen stora mängder data, s.k. Real World Data (RWD). En förutsättning för att kunna nyttja dessa data för utveckling av framtidens vård och förebyggande insatser är att lagstiftningens krav på skydd för personlig integritet, såsom skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter, offentlighet- och sekretess, informationssäkerhet och säkerhetsskydd efterlevs. Behovet av att kunna utbyta information mellan vårdgivare eller utförare i syfte att ge en god och säker vård och omsorg, med bibehållen integritet och säkerhet, har ökat under senare år. Regeringen har mot denna bakgrund bedömt att det finns behov av en översyn av vissa frågor inom området och har därför tillsatt en utredning.[334] Oklarheter och hinder kring hantering av hälsodata och därmed sammanhängande etiska överväganden behöver adresseras, menar regeringen. Detta ses som en förutsättning för att stärka Sveriges position som framstående inom digitalisering och användande av data. Samtidigt behöver sektorns kunskap kring gällande lagstiftning höjas.

En särskild utmaning är bristande informationssäkerhet. Inte många organisationer har full kapacitet att säkerställa fullständighet, noggrannhet, korrekthet och äkthet i sina digitala informationsresurser. Samtidigt trycker invånarnas förväntningar på i en allt högre takt, för större digital insyn, bättre säkerhet, jämlik digital välfärd, ökad medvetenhet och ansvar för att tillgängliggöra information och data i medborgarnas intresse.

Begreppet hemtjänst finns i socialtjänstlagen, men definieras inte där. Inte heller i övrigt finns det någon legaldefinition av begreppet. Socialtjänstlagen vilar på förutsättningen att det är den enskildes

[334] Dir 2019:37 *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamheter.*

behov som utgör utgångspunkten för vilken insats som ska beviljas. Hemtjänst syftar till att göra det möjligt för den enskilde att bo kvar i det egna hemmet eller boendet. Vilka insatser som anses utgöra hemtjänst beror alltså på syftet med insatsen.[335] Tanken är att det ska vara flexibelt, men frågan är om det verkligen är individens behov som styr eller om det är kommunens egna riktlinjer.

I förarbetena till socialtjänstlagen anges att hemtjänstens traditionella innehåll allmänt sett kan indelas i uppgifter av servicekaraktär och uppgifter som mer inriktas mot personlig omvårdnad. Med serviceuppgifter kan t.ex. avses praktisk hjälp med hemmets skötsel – städning och tvätt – och hjälp med inköp, ärenden på post och bank och med tillredning av måltider eller distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä sig och förflytta sig, sköta personlig hygien och i övrigt insatser för att bryta isolering och för att känna trygghet och säkerhet i det egna hemmet (prop. 1996/97:124 s. 88). Även den som i egenskap av underleverantör utför insatser, exempelvis städtjänster, anses bedriva hemtjänst.[336]

Enligt utredningens mening skapar det faktum att socialtjänstlagen inte innehåller någon beskrivning av vilka insatser som kommunerna ska tillhandahålla otydlighet kring vad kommunens skyldigheter faktiskt är på detta område, vilket inte nödvändigtvis är av godo, varken för enskilda eller för huvudmännen. I regel är det bättre med tydliga ramar. Om inte utredningen Framtidens socialtjänst (dir. 2017:39) leder fram till en lösning på problematiken bör regeringen överväga en särskild utredning av dessa frågor.

Det ökande utbudet av smart vardagsteknik gör att många personer funderar på att själva köpa sådana applikationer och prylar för att lättare få vardagen att funka. Personen kanske väljer att skaffa sig dessa på egen hand, de levereras kanske av en privat aktör, de genererar data och har funktioner som används av vård- och omsorgsgivare. Nya funktioner och lösningar (ofta digitala) som ska användas för vård och omsorg, men kanske även för andra syften, introduceras i personens hem. Behov av underhåll och reparationer kan också uppstå. Under några få år har utbudet av nättjänster, appar och andra applikationer inom hälsoområdet utvecklats i ett allt högre

[335] Prop. 2017/18:158 s. 117.
[336] Prop. 2017/18:158 s. 40.

tempo. Kommuner och regioner försöker ibland att ligga i framkant men de kommersiella aktörerna, ofta globala med stora resurser, leder utvecklingen. Inom en nära framtid kan konsumenter köpa även dyrare produkter som exoskelett och intelligenta duschar på egen hand. Många kommer att köpa det de behöver och vill ha när de upplever behov av det utan att blanda in hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Den enskilde kommer på så sätt ta ett större eget ansvar för sin hälsa, rehabilitering och prevention.

Normalt finns det ett nära samband mellan autonomi och ansvar på så sätt att ökat självbestämmande och ökad självständighet ger upphov till ökat ansvar. Inom svensk vård och omsorg har ansvaret emellertid i hög grad åvilat de olika professioner som bedriver vård och omsorg. Egenansvaret har varit otydligt och problematiserats på olika sätt, bl.a. för att ett eget ansvar synes förutsätta en tillräcklig grad av kognitiva förmågor. Hur ska man hantera dem som i stor utsträckning saknar förmåga till självbestämmande och självständighet? Rörelsen mot ökad självständighet genom en personcentrerad vård i hemmet kan dock på flera sätt också ses som en rörelse i riktning mot ökat egenansvar för sin situation. Det hälsofrämjande arbetet baseras normalt på ett stort inslag av eget ansvar för den berörda personen. Ökad självständighet innebär att personen själv ska ges förutsättningar att hantera sitt liv och sin vård i ökad utsträckning, vilket också kan medföra ett ökat egenansvar.

Traditionellt har det funnits ett samlat professionellt ansvar för den vård som bedrivs i relation till en person, både etiskt och juridiskt. I framtiden kanske en person med hjärtbesvär på egen hand har skaffat sig kläder av smarta textilier som registrerar data om hur personens hjärta fungerar, som tankas in i en app på personens smartphone och som sedan kan delas med den som personen väljer att dela dessa med. En sådan situation ger upphov till ett antal olika ansvarsfrågor. Har den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ett ansvar att ta del av dessa data, om de gör det, har de ett ansvar för att reagera på data som pekar mot att personen har ett problem som behöver åtgärdas? Vilken aktör har i så fall ansvar för att produkten fungerar som den ska? Om den slutar fungera eller det uppstår något problem, vem har ansvar för att åtgärda detta? Om denna lösning på grund av något fel inte skickar nödvändiga signaler till personen eller vården och det därmed uppstår ett förvärrat hälsotillstånd (eftersom

personen litar på lösningen i stället för sina fysiologiska signaler) – vem eller vilken aktör ska ta ansvar för detta?

Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård är en viktig del i utvecklingen mot alltmer avancerad sjukvård i hemmet. Stundom ifrågasätts om tillämpningen är patientsäker. Den som drabbas av vårdskada till följd av en åtgärd som bedömts som egenvård, har inte rätt till ersättning från patientförsäkringen eftersom föreskriften stipulerar att åtgärden upphört att vara hälso- och sjukvård. Man behöver därför noga överväga vilka risker som finns. I sammanhanget noteras att lagrådet i sitt yttrande över lagrådsremissen *Personlig assistans för hjälp med andning* nyligen kritiserade föreskriften som förde fram att Socialstyrelsen inte med stöd av åberopade eller annat bemyndigande kunnat ange vad som är egenvård eller att det inte utgör hälso- och sjukvård. Begreppet hälso- och sjukvård definieras i 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, men begreppet är både omfattande och oklart. De fall som lagrådsremissen tog sikte på (som handlade om egenvård vid personlig assistans) kan röra komplicerade vårdåtgärder som om de utförs fel kan få fatala konsekvenser. Det är inte enkelt att avgöra om vårdåtgärderna bör utgöra hälso- och sjukvård eller inte, vare sig generellt eller i enskilda fall.[337] Lagrådet menade att frågorna om vad som faller inom respektive utanför begreppet hälso- och sjukvård borde klarläggas och övervägas ytterligare. Det borde även övervägas att reglera dessa frågor i en författning på högre nivå än i myndighetsföreskrifter, menade lagrådet. I propositionen *Personlig assistans för hjälp med andning* (prop. 2018/19:145 s. 15) har regeringen i likhet med Lagrådet konstaterat att det finns gränsdragningsproblematik och oklarheter kring begreppen hälso- och sjukvård och egenvård. Här noteras också att regeringen i januari 2020 gett en särskild utredare i uppdrag att se över möjligheten att stärka rätten till personlig assistans för stöd vid egenvårdsinsatser. Utredaren ska bl.a. analysera gränsdragningen mellan egenvård och hälso- och sjukvård enligt HSL och överväga om frågan ska regleras i författning på en högre nivå än myndighetsföreskrifter[338]

I ett landskap med mycket egenvård och konsumentprodukter inom området hälsa kan det uppstå många nya frågor kring ansvar,

[337] Prop. 2018/19:145 s. 11.
[338] Dir. 2020:3.

både etiskt och juridiskt, och det behövs en beredskap för ett antal ansvarsförskjutningar i relation till den nuvarande situationen där det ofta finns ett samlat professionellt ansvar för det som rör vård.

Det leder vidare till frågor om betalningsansvar, bristande jämlikhet, hur apparna och tjänsterna ska samordnas med den offentliga sektorns egna digitala lösningar, liksom om hur urvalet sker för vad som subventioneras med offentliga medel. För att kunna satsa de begränsade offentliga resurserna effektivare behövs tydligare utstakade mål och avgränsningar. Den nationella styrningen i frågor som dessa saknas till stor del. Frågan är också om man är villig att acceptera skillnader i vårdens och omsorgens kvalitet baserat på skillnader mellan enskildas ekonomiska och andra resurser. Ett ökat fokus på den enskilda personen och dennes önskemål och värderingar kan mycket väl leda till en ökad ojämlikhet, både mellan individer och mellan olika grupper i samhället. Konsumentprodukter och egeninköpta hjälpmedel kommer med stor sannolikhet att behöva hanteras av hälso- och sjukvården, men det kräver att professionerna, inte minst arbetsterapeuter, har kunskap om dessa.

Den fjärde industrirevolutionen[339] sammanfogar digitala, fysiska och biologiska system och ökar vår levnadsstandard. Förhoppningarna är stora när det gäller 5G och IoT, som ingår i 4IR. Detta kommer att revolutionera samhället och många av dess samhällssektorer och leda till smartare energianvändning, mobilitet och transporter, hållbarhet och säkerhetslösningar. Miljarder av uppkopplade sensorer och digitala enheter sägs kunna komma att kunna hjälpa till med många saker, inte minst inom nära vård. Dess främsta drivkrafter AI, stora data och sakernas internet (IoT), utgör kraftfulla teknologier som ofta är föremål för kontrovers och rädsla. Det är uppenbart att vi måste ta en proaktiv roll och forma regler så att de leder till den typ av samhälle vi vill leva i.[340]

[339] Den ursprungliga industrirevolutionen drevs av ångmaskinens upptäckt. Den andra och tredje industrirevolutionen drevs av elektricitet, vilket gav upphov till massproduktion. Datorer och kommunikationsteknik bidrog med digitalisering som förlängde den fasen.
[340] Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future (2018), s. 95.

9 Konsekvenser av förslagen

9.1 Allmänt om konsekvensanalys

Enligt 14 § kommittéförordningen (1998:1474) ska en kommitté beräkna och redovisa de ekonomiska konsekvenserna av förslag som påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda och förslag som innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt. När det gäller kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner, ska kommittén även föreslå en finansiering. Om betänkandet innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagens kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges (15 a §).

Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. I en konsekvensutredning ska ingå en beskrivning av problemet och vad man vill uppnå, en beskrivning av alternativa lösningar och vilka effekterna blir om någon reglering inte kommer till stånd, uppgifter om vilka som berörs, uppgifter om vilka kostnadsmässiga och andra konsekvenser regleringen medför och en jämförelse av konsekvenserna för de övervägda alternativen, en bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU och bedömning av om särskilda hänsyn behöver tas när det gäller ikraftträdande och behov av speciella informationsinsatser. Om regleringen får effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt tillkommer ytterligare krav på konsekvensanalysen.

I 15 § kommittéförordningen anges att om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och

offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Ytterligare krav på konsekvensbeskrivningar kan framgå av utredningens direktiv (16 §). I denna utrednings direktiv anges att de ekonomiska konsekvenserna och effekterna av utredningens förslag ska beräknas och beskrivas. Detta omfattar beräkning och beskrivning av samhällsekonomiska kostnader och nyttor som uppstår även utöver de offentligfinansiella effekterna av förslagen. Påverkar något av förslagen den kommunala självstyrelsen ska utredningen särskilt redovisa dessa konsekvenser och de särskilda avvägningar som enligt utredarens mening motiverar att inskränkningen görs. Om flera möjligheter finns för att nå samma mål, ska föreslås den som innebär den minst långtgående inskränkningen i den kommunala självstyrelsen. I konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska såväl konsekvenser för personal som för äldre redovisas och analyseras.

9.2 Den kommunala finansieringsprincipen

Finansieringsprincipen är beslutad av riksdagen och innebär att kommuner och regioner ska kompenseras när staten vidtar åtgärder som får ekonomiska konsekvenser för den kommunala sektorn. Finansieringsprincipen tillämpas i följande situationer:

- Nya uppgifter, som inte tidigare har tillhandahållits av kommunsektorn, görs obligatoriska
- Frivilliga uppgifter blir obligatoriska för kommunerna eller regionerna
- Det kommunala ansvaret för vissa uppgifter tas bort eller regelverket som styr kommunernas eller regionernas verksamhet avregleras
- Ändrade ambitionsnivåer för befintliga kommunala uppgifter, vilket kan innebära både ökade och minskade ambitionsnivåer. En minskad ambitionsnivå innebär en minskning av statens bidrag till kommunsektorn och vice versa.

– Regeländringar som påverkar kommunernas eller regionernas möjligheter att ta ut avgifter eller annars påverkar kommunernas eller regionernas möjligheter till andra inkomster.[1]

9.3 Konsekvenser av respektive lagförslag

9.3.1 Inledning

Utredningens förslag om regler vid vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga kommer inte att innebära några ökade kostnader för samhället. Om lagstiftningen kommer till stånd kommer det att främja användningen av välfärdsteknik och därmed torde behovet av nyrekryteringar minska, med lägre kostnader som följd. Framför allt gynnas kommunerna, men indirekt även regionerna genom att välfärdsteknik används för att förebygga sjukdom och skada. Positiva effekter uppstår även för miljön, eftersom bilkörningen minskar inom hemtjänsten när mer tillsyn kan ske på distans. Lagändringarna kommer därtill att bidra till en mer jämlik vård och omsorg genom att även personer med nedsatt beslutsförmåga får tillgång till insatser där digital teknik ingår. Förslagen kommer också att bidra till ökad rättssäkerhet och ett tydligare rättsläge för verksamheter och personal.

Här ska också framhållas följande. Sambanden mellan den regionfinansierade hälso- och sjukvården och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst är uppenbara. En väl fungerande vård och omsorg, sett i ett samhällsperspektiv, förutsätter att båda huvudmännens verksamheter förmår att möta äldre personers behov av god vård och omsorg och att verksamheterna är väl samordnade. God kvalitet i kommunalt finansierad vård och omsorg ökar äldre personers vilja och möjligheter att så långt möjligt få sin vård och omsorg i hemmet. Välfärdsteknik är en viktig del i detta. Erfarenheterna visar att det kan begränsa behoven av sådan hälso- och sjukvård som finansieras av regioner och fördröja behoven av dyrare insatser. De samhällsekonomiska konsekvenserna måste ses i ett helhetsperspektiv med den äldre personen som utgångspunkt.

En första fråga är hur många enskilda som berörs av lagstiftningen. Förmynderskapsutredningen uppskattade 2004 att man försiktigt kan

[1] SOU 2015:20 s. 295.

anta att det i Sverige finns mellan 130 000 och 170 000 vuxna personer som har mer eller mindre varaktigt nedsatt beslutsförmåga och att antalet kunde antas öka under de närmaste årtiondena.[2] Det beräknade antalet personer med demenssjukdom ökade därefter till cirka 158 000 år 2012 och år 2030 beräknas cirka 230 000 personer ha en demenssjukdom. Det gör att det ändå kan vara klokt att utgå från att det är 230 000 personer som berörs.

Av naturliga skäl saknas det statistik över hur ofta beslutssituationer som involverar personer med nedsatt beslutsförmåga uppstår inom vård och omsorg. Det går därför inte att göra en uppskattning av antalet beslutssituationer där vår föreslagna lagstiftning kommer att bli tillämplig. Det råder alltså stor osäkerhet om hur många personer med tillfälligt eller varaktigt nedsatt beslutsförmåga som kan komma att omfattas av lagförslagen och i vilken omfattning som lagen kommer att tillämpas. Det enda man kan säga med stor sannolikhet är att den potentiella personkretsen kommer att öka och med att den äldre befolkningen ökar i antal och därmed även det förväntade antalet personer med demenssjukdom.[3] Enligt vad utredningen erfar är den allmänna uppfattningen att en sådan här lagstiftning behövs, oavsett det exakta antalet personer som berörs. Ett breddinförande av välfärdsteknik i landet underlättas väsentligt, eftersom just dessa frågor pekats ut som hinder för utvecklingen.

I administrativt hänseende kommer en del av lagförslagen att innebära vissa kostnader. Lagstiftningen bör dock samtidigt innebära en avlastning för verksamheterna genom ökad tydlighet om vad personalen får och inte får göra. Eftersom den tänkta lagstiftningen underlättar effektiviseringar med hjälp av välfärdsteknik kommer kommunen på lite sikt att gynnas ekonomiskt. I ett övergångsskede ger införande av välfärdsteknik i en verksamhet upphov till kostnader vid införande av nya rutiner, utbildningsinsatser för personal, offentlig upphandling etc. Dessa kostnader är dock inte någon direkt följd av det som utredningen föreslår. Därtill bedömer vi att de bör ses som en oundviklig följd av digitaliseringen av omsorgen.

[2] SOU 2004:112 s. 421 f.

[3] Socialstyrelsen har konstaterat att efter 2020, när antalet personer 80 år och äldre ökar kraftigt, kommer antalet demenssjuka också att öka kraftigt. År 2030 beräknas cirka 230 000 personer ha en demenssjukdom (Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012, Socialstyrelsen, 2014, s. 9 och 19–20).

9.3.2 Förslaget om ändring i patientlagen

Förslaget är avsett att kodifiera den tillämpning som finns i dag när det gäller tillhandahållande av välfärdsteknik till dem med nedsatt beslutsförmåga. Bestämmelsen är dock inte avgränsad till välfärdsteknik utan kan tillämpas oavsett insatsens innehåll. Vi bedömer inte att en sådan lagändring får några andra konsekvenser än att det kommer att uppmuntra till användning av välfärdsteknik när det handlar om vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga. Det ger också hälso- och sjukvårdspersonalen tydligare förutsättningar. Bestämmelsen ger inte stöd för användning av tvång i bemärkelsen att åtgärden skulle kunna vidtas mot den enskildes vilja. Som alltid i fråga om hälso- och sjukvård gäller noggranna krav på dokumentation för att möjliggöra uppföljning och tillsyn. Enligt vad utredningen erfar är regleringen efterlängtad av professionerna och verksamheterna inom äldreomsorgen, men också av organisationer som företräder enskilda, t.ex. pensionärsorganisationerna.

9.3.3 Förslagen om lagändringar i socialtjänstlagen om omsorg till dem med nedsatt beslutsförmåga

Utredningen föreslår att om det står klart att en enskild inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till en viss insats ska insatser få ges efter en individuell behovsbedömning med utgångspunkt i den enskildes bästa (ny 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen). Bestämmelsen har utformats med den föreslagna bestämmelsen i patientlagen som förebild, med några tillägg.

För det första föreskriver bestämmelsen att den enskildes förmåga till samtycke ska bedömas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. När bistånd ska ges till enskilda med nedsatt beslutsförmåga med stöd av socialtjänstlagen har utredningen bedömt att det inte går att undvara hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens. Det kan t.ex. handla om en sjuksköterska eller en arbetsterapeut. För det andra föreskrivs att för en enskild som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till vård och omsorg ska en individuell plan enligt 2 kap. 7 § upprättas om inte särskilda skäl talar emot det.

Att socialtjänsten måste anlita legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna tillämpa 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen medför ett visst ökat mått av administration jämfört med dagens tillämp-

ning. I särskilda boenden väntas emellertid inte något merarbete uppstå eftersom legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal där finns att tillgå. I särskilt boende kan dessutom hälso- och sjukvårdspersonalen använda sig av den föreslagna regeln i patientlagen, som inte innefattar något krav på att kontakta andra professioner.

Ökad administration uppstår därmed bara i de fall då socialtjänsten ska besluta i fråga om bistånd till en person med nedsatt beslutsförmåga som fortfarande bor kvar hemma, dvs. i ordinärt boende. Den ökade administrationen handlar om att ta kontakt och samverka med hälso- och sjukvårdspersonal, antingen genom att initiativ tas till att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) eller få kontakt med hälso- och sjukvården på något annat sätt som framstår som lämpligt med hänsyn till lokala förutsättningar. Kommuner som har övertagit ansvaret för hemsjukvård från regionerna kan ha lättare att ordna denna samverkan med hälso- och sjukvården. För kommuner med små möjligheter att samverka med hälso- och sjukvården på ett smidigt sätt kommer SIP att vara den arbetsmetod som gör detta förfarande möjligt.

Det bör noteras att socialtjänsten inte måste ta initiativ till en samordnad individuell planering förrän man bedömer att den sökandes beslutsförmåga är så nedsatt så att personen inte kan ta ställning till erbjudna insatser. I många fall kan socialtjänsten således bevilja bistånd utan att anlita hälso- och sjukvården. Det är lättare att sätta in förebyggande insatser när personens kognitiva förmåga redan är någorlunda intakt.

Bestämmelsen om individuell plan vid nedsatt beslutsförmåga är inte ovillkorlig, men innebär en presumtion för att en individuell plan ska upprättas. En individuell plan kan anses obehövlig t.ex. om personen beviljats särskilt boende och där finns en vårdplan. Om bedömningen av personens beslutsförmåga kan göras av en legitimerad förskrivare inom exempelvis den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, är det tillräckligt. Vi lämnar alltså öppet för hur kommunen ska tillgodose kravet på bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vid bistånd till en person med nedsatt beslutsförmåga, för att öppna för lokala lösningar och härigenom minska intrånget i den kommunala självstyrelsen. Här ska också framhållas att den allmänna meningen hos myndigheter, intresseorganisationer och professionen redan är att personer med exempelvis demenssjukdom bör ha en individuell plan, helst redan tidigt i sjukdomsförloppet för att

skapa goda förutsättningar för delaktighet och individanpassning. Även SKR ger uttryck för den uppfattningen, i utbildningsmaterial och liknande, t.ex. i *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan.* På s. 27 finns bl.a. rubriken ”Använd SIP vid demens”.

Vidare föreslås en ändring i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen med ett undantag från kravet på den enskildes samtycke när en plan ska upprättas. När den enskildes beslutsförmåga är inte endast tillfälligt nedsatt, ska det alltså vara möjligt att upprätta en individuell plan även om personen inte lämnar samtycke härtill. En korresponderande ändring föreslås i bestämmelsen om individuell plan i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Dessa bestämmelser bedöms enbart underlätta förfarandet och medför inga konsekvenser i övrigt.

De flesta SIP torde i dag föranledas av tillämpningen av lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, förkortad LUS. Inget hindrar att man i samband med den planeringen även beslutar om insatser med stöd av 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen.

Vi föreslår ingen skyldighet att upprätta samordnade planer vid demenssjukdom. Den eventuellt ökade kostnad som kan följa av att huvudmännen i större utsträckning än tidigare samverkar med hjälp med av samordnade individuella planer bör inte ses som en kostnad som föranleds av våra förslag. Därtill är det uppenbart att huvudmännen helst borde göra och ofta gör sådan planering redan i dag.

Att vi föreslår att en individuell plan som huvudregel ska tas fram när en person med nedsatt beslutsförmåga beviljas bistånd enligt socialtjänstlagen och även att det ska krävas medverkan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att besluta om insatser som den enskilde inte kan samtycka till, skulle kunna ses som ambitionshöjningar och därmed något som kräver särskild finansiering från statens sida. Även om förslaget skulle anses inkräkta på den kommunala självstyrelsen, bedöms inskränkningen vara proportionerlig.

Som redan konstaterats är det svårt att säga i hur många fall det kan bli aktuellt eftersom individernas sjukdomsförlopp är olika. Regioner har redan i dag en skyldighet att medverka till upprättandet av individuell plan när socialtjänsten tar initiativ till detta och det är den arbetsmetod som utredningen förespråkar. Om kontakten med regionen sker härigenom, kan svårligen hävdas att det rör sig om en ny skyldighet för regionen och därmed något som finansiering behöver föreslås för. Vi gör bedömningen att många kommuner för

enkelhets skull hellre kommer att använda egen hälso- och sjukvårdspersonal, kanske från hemsjukvården, för dessa bedömningar snarare än att ta kontakt med regionen. Dessutom kommer inte individuell plan att behövas för dem som redan flyttat till ett särskilt boende, vilket torde kunna gälla för många med varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Till skillnad från vad som gäller beträffande regioners skyldighet att tillhandahålla kommunen läkare i erforderlig omfattning, föreslår vi ingen möjlighet för kommunen att anlita hälso- och sjukvårdspersonal på regionens bekostnad. Regionerna riskerar därmed inte att tappa kontrollen över kostnadsutvecklingen på detta område.

Det är svårt att bedöma hur många fall det skulle kunna röra sig om per år och antalet per kommun skulle variera beroende på befolkningsmängd och befolkningssammansättning. För att ha något att räkna på kan man göra antagandet att det i hela Sverige skulle röra sig om 50 000 fall per år som regionen måste ställa legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till socialtjänstens förfogande för bedömning av beslutsförmåga m.m. och att bedömningen kräver att man träffar patienten och inte kan ske genom videokonferens. Den siffran torde vara för hög snarare än för låg. Enligt vad utredningen erfar finns ingen samsyn om vad det kostar att ta fram en SIP, men enligt uppgifter som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lämnat till utredningen varierar ersättningen för SIP i förfrågningsunderlag mellan 500 och 4 000 kronor.[4] Ett annat sätt att tänka är att jämföra kostnaden med kostnaden för ett besök hos distriktssköterskan, vilket enligt vad utredningen erfar kan uppskattas till 600 kronor per gång. Det motsvarar i så fall en kostnad på 30 000 000 kronor per år, fördelat på de olika regionerna i relation till befolkningens storlek.

Vi menar dock att regionerna ofta inte kommer att involveras och dessutom att det inte går att skilja ut och särfinansiera den här samverkan mellan huvudmännen från den samverkan som ändå skulle ske på grund av t.ex. LUS. Merparten av de SIP som upprättas kommer att göra det på grund av reglerna i LUS och bland dem som skrivs ut kommer det finnas personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Det låter sig inte göras att särskilt skilja ut SIP till följd av den nu föreslagna regeln.

[4] Uppgifterna baseras på en kartläggning av primärvårdens förfrågningsunderlag för LOV samt regelböcker med fokus på SIP. Beloppen kan även variera om det rör en utskrivning från sjukhus eller samordnad vårdplanering för hemsjukvårdspatienter. Myndigheten fick inte fram underlag från alla län.

9.3.4 Förslaget om sekretessbrytande bestämmelse

Den sekretessbrytande bestämmelse som föreslås syftar enbart till att åstadkomma den samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen som behövs när en person med nedsatt beslutsförmåga som bor i ordinärt boende ska ges insatser med stöd av socialtjänstlagen. Tanken är att den enskilde med nedsatt beslutsförmåga inte ska behöva samtycka till uppgiftslämnandet från biståndshandläggaren till hälso- och sjukvården. Den biståndshandläggare som vill ta initiativ till en samordnad individuell plan bör utan hinder av sekretessen kunna lämna ut uppgifter till hälso- och sjukvården som gör att syftet med planeringsmötet uppnås. Både hälso- och sjukvårdssekretessen och socialtjänstsekretessen avgränsas av ett omvänt skaderekvisit innebärande stark sekretess. En motsvande bestämmelse finns redan för hälso- och sjukvårdens del, i 25 kap. 13 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Andra huvudmän, t.ex. skolhuvudmän, berörs inte, eftersom bestämmelsen ska gälla enbart i fall då personen som fyllt 18 år. Man kan misstänka att sådana uppgifter som här avses redan i dag utan explicit samtycke lämnas ut till hälso- och sjukvården i samband med samordnad individuell planering, eventuellt efter en bedömning att personen inte lider men. Om så är fallet, är en tydlig lagreglering att föredra. Bestämmelsen bedöms inte kunna ge upphov till några kostnader.

Här kan nämnas att Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) kan komma att lämna sådana lagförslag om sekretess som gör denna särreglering obehövlig.

9.3.5 Förslaget om lagstöd i socialtjänstlagen för digital teknik

Utredningen föreslår att en bestämmelse ska införas i socialtjänstlagen om för vilka ändamål digital teknik vars användning inkräktar på det grundlagsskyddade området får användas inom socialtjänsten. Bestämmelsen riktar sig till socialtjänsten i allmänhet, men ska enligt förslaget iakttas särskilt på individnivå vid biståndsbedömning enligt 4 kap. 1 d §. De angivna syftena överensstämmer med definitionen av välfärdsteknik i Socialstyrelsens termbank och torde inte innebära någon inskränkning jämfört med dagens användning. Bestämmelsen ökar dock rättssäkerheten för alla användare genom att skapa tydli-

gare förutsättningar för när välfärdsteknik får användas inom socialtjänsten, bl.a. i förhållande till dataskyddsförordningen.

Vi har gjort bedömningen att en motsvarande regel inte behövs för hälso- och sjukvårdens del. Med sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, jfr 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Välfärdsteknik får således redan användas för dessa syften inom hälso- och sjukvården.

I bestämmelsens andra stycke framgår att en intresseavvägning ska göras på individnivå. Värdet av att använda tekniken ska vid en samlad bedömning uppväga intrånget i den enskildes personliga integritet. Bestämmelsen stärker rättssäkerheten genom att förtydliga förutsättningarna för alla användare. Intresseavvägningen ska dokumenteras antingen i biståndsbeslutet eller vid verkställighet. Enligt vad utredningen uppfattar sker denna typ av bedömningar redan i dag i de kommuner som använder sig av välfärdsteknik. Närmare om hur avvägningen bör göras bör Socialstyrelsen kunna belysa i icke bindande allmänna råd eller i en vägledning, vilket utredningen också föreslår ett uppdrag om. Bestämmelsen antas inte ge upphov till ökad administration i någon nämnvärd utsträckning.

9.3.6 Förslagen om stärkt informationssäkerhet inom socialtjänsten

Innebörden av förslagen

Utredningen föreslår bestämmelser i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPUL) som syftar till att konkretisera vad som krävs för en god informationssäkerhet inom socialtjänsten. Bestämmelserna motsvarar vad som gäller för informationssäkerhet hos vårdgivare enligt 4 kap. 2 och 3 §§ patientdatalagen (2008:355) och förtydligar vad som redan får anses följa av artikel 32 i dataskyddsförordningen om säkerhet i samband med behandlingen, där bl.a. framgår att den personuppgiftsansvarige och personuppgiftsbiträdet ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa en lämplig säkerhetsnivå. Tanken är att möjliggöra för Socialstyrelsen att lämna bindande föreskrifter om informationssäkerhet som så långt det är möjligt och lämpligt överensstämmer med vad som i dag gäller för hälso- och sjukvården.

Mer konkret syftar förslagen till att åstadkomma följande. Den som bedriver en verksamhet inom socialtjänsten ansvarar för att alla användare har en individuell behörighet vid inloggning i verksamhetssystem som innehåller personuppgifter. Ansvaret vid tilldelning av behörighet för elektronisk åtkomst innefattar en skyldighet att göra aktiva och individuella behörighetstilldelningar utifrån analyser av vilken information olika personalkategorier och olika slags verksamheter behöver (behovsanalys). Även riskanalyser måste göras där hänsyn tas till olika risker som är förknippade med en alltför vid tillgänglighet avseende vissa slags uppgifter. Användarna ska tilldelas rätt behörighet, dvs. tillräckligt för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt men samtidigt inte mer omfattande än vad som är nödvändigt. Det måste också finnas rutiner för att ändra, ta bort och regelbundet följa upp behörigheter.

Åtkomstkontroller ska göras för att säkerställa att användare inte använder sina behörigheter på fel sätt genom att läsa, ändra eller ta bort information som de inte ska behandla. För att verksamheten ska kunna kontrollera att behörigheterna används på ett korrekt sätt måste dokumenteras (loggas) åtkomsten till de uppgifter som har använts. Loggarna måste sparas en tid för att möjliggöra kontrollen. Systematiska och återkommande stickprovskontroller av loggarna behöver göras.

Skydd mot obehörig åtkomst säkerställs bl.a. genom att den ansvarige i verksamheten vid kommunicering via öppna nät (exempelvis internet) ser till att åtkomsten föregås av en så kallad stark autentisering (jfr 3 kap. 15 § HSLF-FS 2016:40). En etablerad metod för stark autentisering är att använda en e-legitimation. Det är en identitetshandling i elektronisk form som vid elektronisk kommunikation används för legitimering och underskrift. E-legitimationen kan lagras på en dator (certifikat på fil), på ett smartkort eller i en mobiltelefon. Med hjälp av e-legitimationen och det tillhörande lösenordet (exempelvis en pinkod) skapas en stark autentisering.

Situationen i dag

Av Socialstyrelsens årliga uppföljning för 2019 framgår att socialtjänstpersonalen inte alls använder stark autentisering i lika hög utsträckning som hälso- och sjukvårdspersonalen. Inom socialtjänsten

är det också skillnad mellan myndighetsutövningen (handläggningen av ärenden) och verksamheter som utför socialtjänst, till exempel hemtjänstgrupper och särskilda boenden. Andelen kommuner där all handläggande personal använder en stark autentisering vid inloggning i verksamhetssystemen var 52 procent 2018. Inom äldreomsorgen var det 78 procent av kommunerna där all handläggande personal använder stark autentisering. I mellan 24 och 32 procent av kommunerna använder all personal, alltså även utförande verksamheter, stark autentisering när de loggar in i verksamhetssystemen, beroende på verksamhetsområde. Mönstret är detsamma för samtliga verksamhetsområden; det är vanligare att personalen inte använder stark autentisering än att de gör det.[5]

Finansieringsprincipen bedöms inte tillämplig

Enligt vår mening är kommunerna medvetna om vilka krav som gäller för informationssäkerhetsarbetet rent generellt, med utgångspunkt i bl.a. förarbetsuttalanden och Datainspektionens tillsyn, och som aktualiserats och tydligt skärpts i och med ikraftträdandet av dataskyddsförordningen. Socialstyrelsen följer upp utvecklingen i kommunerna årligen och uttrycker ett krav på stark autentisering även inom socialtjänsten.[6]

De krav som det gäller finns redan för den del av kommunens verksamhet som styrs av hälso- och sjukvårdslagen och borde inte vara svåra att tillämpa även för socialtjänsten, i vart fall när det gäller kommunal regi. Även om det inte funnits lika uttryckliga regler för socialtjänsten finns ett bindande regelverk på dataskyddsområdet som föreskriver att den som behandlar personuppgifter ska skydda personuppgifterna, så att inte obehöriga får tillgång till dem och så att de inte förloras eller förstörs. Några regler som inte har stöd i dataskyddsförordningen går inte att införa – vårt mål har inte varit att skärpa kraven i förhållande till vad som gäller enligt dataskyddsförordningen utan att göra det tydligt vad som krävs för att leva upp till kraven, något som egentligen bör gynna verksamheterna. Här noteras också att enligt artikel 35.3 b i dataskyddsförordningen måste personuppgiftsansvariga göra en konsekvensbedömning avseende data-

[5] Socialstyrelsen (2019c). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*, s. 31 f.
[6] Se exempelvis Socialstyrelsen (2019c), s. 30.

skydd om behandlingen av personuppgifter innefattar behandling i stor omfattning av känsliga personuppgifter. Eftersom Datainspektionens högriskförteckning nämner bl.a. verksamheter inom social omsorg som använder välfärdsteknik, synes följa att kommuner alltid är skyldiga att göra en konsekvensbedömning före införandet av välfärdsteknik. I konsekvensbedömningen ska dokumenteras vad som ska göras för att garantera säkerheten i personuppgiftsbehandlingen. Om det ändå finns en fortsatt hög risk med personuppgiftsbehandlingen ska den personuppgiftsansvarige samråda med Datainspektionen innan behandlingen får påbörjas.

Vi menar därför att förslagen inte innebär någon skärpning jämfört med vad som ändå redan får anses gälla i fråga om informationssäkerhet till följd av artikel 32 dataskyddsförordningen. Det kan således inte sägas vara fråga om en sådan ambitionshöjning som omfattas av finansieringsprincipen. Detta kan man dock ha olika uppfattning om och oavsett detta kan förslaget komma att ge upphov till kostnader för kommuner som inte lever upp till kraven.

Kostnader för stark autentisering för alla inom kommunal socialtjänst

Enligt uppgift från SKR kommer det medföra betydande kostnader att införa stark autentisering för alla användare inom socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvården används s.k. SITHS-kort (från Inera). Enligt SKR kostar ett SITHS-kort för stark autentisering mellan 749 och 1 000 kronor. Priset inkluderar avgifter till Inera för de centrala delarna (SITHS/HSA) och del i kostnaden för regionens utgivningskontor. Ett snittpris per år uppskattas till 850 kronor.

Enligt SKR är det cirka 250 000 personer som arbetar inom äldreomsorgen. Det tillkommer 25 000 personer som är socialsekreterare, 100 000 personer som arbetar som personliga assistenter inom funktionshindersomsorg och 46 000 personer som arbetar med övrigt kurativt arbete. Sammanlagt omfattar socialtjänsten – offentlig och privat bedriven verksamhet – 420 000 personer.

Privat sektor behöver ges samma förutsättningar som offentlig sektor att nyttja en lösning för e-legitimering. Utredningen kan dock under inga förhållanden med hänvisning till finansieringsprincipen behöva föreslå finansiering för att täcka kostnader för grundläggande informationssäkerhet hos privata utförare. Enligt Privat vårdfakta 2019

från Vårdföretagarna, som nämner SKR som källa, är det 16 procent av äldreomsorgen som är privat bedriven, men 70 procent inom personlig assistans. Under 2017 sysselsatte de privata vård- och omsorgsgivarna i kommunerna 188 000 personer, räknat på både hel- och deltidstjänster. Det är dock inte enkelt att få fram uppgifter. Vi räknar därför med att det är 300 000 personer som arbetar inom kommunal socialtjänst.

För 300 000 anställda ger det en kostnad för SITHS-kort om 255 000 000 kronor per år (850 kronor × 300 000 anställda). Till detta kommer kostnaden för engångsinvesteringar i kortläsare och anpassningar av alla verksamhetssystem för stark autentisering.

Utfärdandet av SITHS-kort sker via utgivningskontor som regionerna upprättat. Det är 12 regioner som hjälper kommuner med utgivning av SITHS-kort. För kommunens anställda kan det vara långt att åka till ett utgivningskontor och det krävs två resor (den anställde ska identifiera sig vid ansökan och när kortet hämtas ut).

Alla regioner tillåter således inte att kommunerna och privata utförare nyttjar utgivningskontoren. Kommunerna får då sätta upp egna utgivningskontor eller är hänvisade till privata leverantörer. Ett utgivningskontor kräver två oberoende handläggare i processen som fått utbildning samt viss teknisk utrustning. Eftersom det inte är så stora volymer, kanske utgivningskontoret är bemannat en gång i veckan. En försiktig uppskattning av den årliga kostnaden för att driva ett utgivningskontor som är bemannat en gång i veckan är 450 000 kronor (2 handläggare × 500 kronor per timme × 8 timmar per dag × 52 veckor). Priset för själva tjänsten (SITHS/HSA) och kortet från Inera ligger på 234 kronor per år. Om en kommun ger ut 1 000 kort per år blir kostnaden per kort cirka 700 kronor per år.

Alternativet att använda e-legitimationer som tillhandahålls av privata aktörer innebär ingen kostnad för anskaffning av själva e-legitimationen. Dock tillkommer en kostnad per användning. Enligt DIGG:s valfrihetssystem för e-legitimering är kostnaden 17 öre per användning. Som ett exempel kan nämnas att om en anställd arbetar fem dagar per vecka i 45 veckor och loggar in sju gånger per dag i två olika verksamhetssystem samt skriver under fyra gånger per dag, ger det en årskostnad på 756 kronor.[7]

[7] DIGG erbjuder valfrihetssystem för e-legitimering, granskar och godkänner e-legitimationer för kvalitetsmärket Svensk e-legitimation, granskar e-underskriftstjänster, standardiserar e-legitimering och e-underskrift genom tillitsramverket för Svensk e-legitimation, DIGG:s tekniska ramverk och DIGG:s specifikation för fristående underskriftstjänst.

Det är olämpligt av flera skäl att använda en privat e-legitimation, t.ex. Bank-ID, för identifiering i tjänsten. Inget knyter den anställde till kommunen när privat e-legitimation används. Det finns också ett antal arbetsrättsliga invändningar.[8]

Här ska framhållas att om förslaget om en nationell elektronisk identitetshandling blir verklighet, skulle kostnaden för utgivning av SITHS-kort reduceras dramatiskt, enligt SKR, eftersom den handlingen kan läggas till grund för ett verksamhetsanpassat kort (grundidentifiering). Utredningen om effektiv styrning av nationella digitala tjänster har föreslagit att alla statliga myndigheter, kommuner och regioner ska godta identifiering med den statliga elektroniska identitetshandlingen.[9] En arbetsgivare som kräver att en anställd – i sin tjänsteutövning – ska identifiera sig elektroniskt gentemot det egna verksamhetsstödet eller i e-tjänster hos andra aktörer måste dock enligt utredningens bedömning tillhandahålla den anställde en särskild identifieringslösning. Den statliga elektroniska identitetshandlingen är alltså inte tänkt att användas av individer i tjänsten, men den skulle kunna användas som grundidentifiering för utgivning av andra kort. I så fall behövs inte utgivningskontoren på samma sätt och den kostnaden faller bort.

Här kan också nämnas att Inera har startat en förstudie för att titta på att bredda användningen av SITHS till hela kommunens behov. I dag är SITHS avgränsat till vård och omsorg. Enligt vad utredningen erfar finns det dock invändningar mot SITHS-korten. Det handlar delvis om att lösningen kräver en kortläsare samtidigt som arbetet inom hemtjänsten behöver kunna vara mer mobilt.

Enligt utredningens mening skulle egentligen behövas en nationell lösning gällande e-legitimationer i tjänsten, som medför att det går att använda e-legitimation i tjänsten över olika verksamhetsområden. Det är inte hållbart att ha många olika säkerhetslösningar. SKL:s styrelse har i sitt ställningstagande om Digital identitetshantering betonat vikten av att staten tar ett övergripande ansvar för att alla privatpersoner kan skaffa sig e-legitimation och att en lösning för e-legitimation i tjänsten tas fram.[10] Nu saknas en övergripande lösning som uppfyller behoven för kommuner och regioner.

[8] I PM:et ”Användning av Bank-ID på jobbet” från 2019-04-30 belyser SKR några aspekter av att arbetsgivare begär att personalen ska använda Bank-ID eller mobilt Bank-ID i tjänsten.
[9] Se s. 272 f.
[10] https://skr.se/download/18.5849baa816a05f83251a212e/1555316234154/SKL-11-18-04951-stallningstagande-digital-identitetshantering-april-2019.pdf

9.4 Utredningens förslag i övrigt

Nationellt utvecklingscentrum

Regeringen föreslås inrätta ett nationellt utvecklingscentrum för äldreomsorgen i syfte att skapa en nationell plattform för samverkan (avsnitt 8.12.6). Centrumbildningen föreslås inte avgränsas till enbart välfärdsteknik eftersom det vore olämpligt. För att verkligen främja användningen av välfärdsteknik i kommunerna behövs framför allt stöd och samverkan kring verksamhetsutveckling, förändringsledning, offentlig upphandling, metoder för samverkan och omvärldsbevakning. Detta går inte att avgränsa till enbart välfärdsteknik. Däremot ska välfärdsteknik tydligt ingå som ett område i uppdraget.

I budgetpropositionen framgår att regeringen avsatt sammanlagt 200 000 000 kronor för satsningen på digitalisering och e-hälsa inom äldreomsorgen (prop. 2019/20:1 utgiftsområde 9, s. 162). Vi föreslår att dessa medel delvis tas i anspråk för inrättande av ett nationellt utvecklings- och kunskapscentrum för äldreomsorgen och att detta ges en mer långsiktig finansiering.

När det gäller vilka årliga kostnader som ett sådant centrum kan medföra för statens del, kan kanske paralleller dras till andra kunskapscentrum. Socialstyrelsen fick 2006 i uppdrag av regeringen att etablera nationella kunskapscentrum på anhörig- respektive demensområdet. Syftet var att stimulera en nationell kunskapsutveckling inom dessa verksamhetsområden. Dessa centra är fortsatt verksamma och erhåller statsbidrag via Socialstyrelsen. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ska bl.a. stödja och underlätta ett utvecklingsarbete och implementering av anhörigstöd till kommuner, regioner och enskilda utförare, liksom att bidra till utveckling av metoder och verktyg samt till systematisk spridning och uppföljning av dessa. Enligt Socialstyrelsens utvärdering från 2018[11] hade Nka, beläget i Kalmar, 14 medarbetare under 2016 och verksamhetsrelaterade kostnader om cirka 10 000 000 kronor.[12] Detta skulle kunna vara ett riktmärke för en årlig kostnad. Här ska framhållas att det utvecklingscentrum som föreslås ska rikta sig till ”branschen”, dvs. huvudmän och utförare, inte till enskilda.

[11] Socialstyrelsen (2018c). *Nationellt kompetenscentrum anhöriga och Svenskt Demenscentrum Redovisning av 2017 års verksamhet.*

[12] För Svenskt Demenscentrum uppgick kostnaderna 2017 till cirka 7,5 miljoner kronor. Under 2017 fanns 8,25 ordinarie tjänster på SDC. Dessutom medverkade fyra projektanställda i projekt med andra finansiärer. SDC arvoderade även konsulter och specialister.

Här kan också nämnas att utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen i betänkandet SOU 2017:21 föreslog bl.a. inrättandet av ett nationellt kompetenscentrum om äldre personer och psykisk hälsa, vilket ansågs förenat med årliga kostnader 2019–2022 om 5 000 000 kronor. Kostnaden därefter ansågs beroende av ambitionsnivå och hur väl kompetenscentret kunnat etablera sig.[13]

Förslag i övrigt

- Socialstyrelsen föreslås få i uppgift att ta fram stöd för den närmare tillämpningen av de nu föreslagna bestämmelserna i patientlagen och socialtjänstlagen om vård och omsorg till människor vars beslutsförmåga inte endast tillfälligt är nedsatt. Användning av välfärdsteknik behöver belysas särskilt. Detta uppdrag bedöms ha sådan omfattning att det förutsätter att särskilda medel tillförs myndigheten. Samtidigt ska framhållas att det redan finns mycket kunskap och stöd på området att utgå från.
- Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att se över definitionen av välfärdsteknik som förekommer i dess termbank. Detta bör kunna ske inom ramen för myndighetens befintliga åtaganden.
- Vinnova ska ges i uppdrag att ta fram modeller för upphandling, stöd och stimulans som leder fram till att en lämplig styrning mot en ökad användning av välfärdsteknik inom vård och omsorg kan utarbetas, testas och implementeras. I uppdraget ingår att involvera berörda myndigheter och intresseorganisationer. Detta uppdrag bedöms ha sådan omfattning att det förutsätter att särskilda medel tillförs myndigheten. Enligt uppgift skulle det kunna handla om ett projekt under ett års tid med två–tre medverkande kommuner samt medverkande från bl.a. myndigheter, totalt kostnader om uppskattningsvis 5 000 000 kronor. Finansiering skulle kunna hämtas från de 200 000 000 kronor som avsatts i budgetpropositionen för satsningen på digitalisering och e-hälsa inom äldreomsorgen (prop. 2019/20:1 utgiftsområde 9, s. 162).
- Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) föreslås få i uppdrag dels att se över kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen, dels vilka behov av och möjligheter till specialisering

[13] SOU 2017:21 s. 846.

som finns för biståndshandläggare. Uppdragen kan jämföras med regeringsuppdraget S2016/04992/FS, då UKÄ för uppdragets genomförande disponerade 1 500 000 kronor. Socialstyrelsens uppdrag anses ligga inom ramen för myndighetens åtagande och har därför inte kostnadsberäknats.

– Regeringen bör inrätta ett nytt strategiskt innovationsprogram som förenar hälsa, vård, omsorg och teknik. Förslaget medför i sig inga nya kostnader utan ska ligga inom ramen för den kommande forskningspropositionen.

– Vidare föreslås att regeringen via Skolverket anvisar medel så att en aktör till stöd för utbildningshuvudmännen kan ta fram ett fördjupningsprogram för undersköterskor och andra yrkesgrupper med inriktning mot äldreomsorg. Avsikten är att programmet därefter kan ges nationell spridning genom Myndigheten för yrkeshögskolan (MYH). Paralleller kan dras till hur Riksföreningen Teknikcollege Sverige får statliga medel via Skolverket för att ta fram certifierade utbildningar. Kostnaden för att ta fram ett program kan uppskattas till 1 000 000 kronor.

– Utredningen föreslår att offentliga medel bör avsättas för finansiering av digitala kompetenslyft för invånare. Det skulle kunna handla om att öronmärka någon del av statens bidrag till organisationer i civilsamhället, t.ex. pensionärsorganisationer för att bedriva sådan verksamhet. Vi menar emellertid att även kommuner borde överväga att bedriva sådan verksamhet, för att i förlängningen kunna hänvisa invånare till enbart digitala tjänster från kommunen. Det bör kunna handla om såväl information som visningslägenheter där man kan prova på olika hjälpmedel och digital teknik. Tidigare har regeringen stöttat inrättandet av s.k. DigidelCenter i kommunal regi, med hjälp av Internetstiftelsen. På sikt bör sådana satsningar vara lönsamma för kommuner. Därför skulle ett sätt att understödja sådan invånarutbildning kunna vara att använda en del av de medel som avsatts i budgetpropositionen (200 000 000 kronor) för satsningar på digitalisering och e-hälsa inom äldreomsorgen (prop. 2019/20:1 utgiftsområde 9, s. 162). Förslaget medför då inga nya kostnader för staten jämfört med vad som redan budgeterats för.

9.5 Konsekvenser för kommunerna

Den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. Det framgår av 1 kap. 1 § regeringsformen, förkortad RF. Enligt 14 kap. 2 § RF sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Förslagen utgår från nuvarande ansvarsfördelning. Vi bedömer att flertalet av de förslag som vi lägger fram inte inskränker den kommunala självstyrelsen även om de riktar sig till kommunerna. I vart fall får inskränkningarna anses proportionerliga. Det är lagstiftning som ska möjliggöra för en ökad användning av digital teknik genom att göra tydligt vad som gäller. Syftet är i huvudsak att legalisera den tillämpning som redan finns. När det gäller den föreslagna lagstiftningen om vård och omsorg till människor med nedsatt beslutsförmåga finns starka önskemål hos kommuner om att en lagstiftning ska komma till stånd.

9.6 Konsekvenser för sysselsättningen

Våra lagförslag syftar till att främja användningen av välfärdsteknik vilket kan effektivisera verksamheter genom att antalet arbetstimmar kan minska. Enligt SKR kan användningen av välfärdsteknik (i förening med förändrade arbetssätt) minska behovet av nyrekrytering till äldreomsorgen med cirka 70 000 personer de närmaste åren. Det beror i huvudsak på att antalet arbetstimmar kan minska. Samtidigt förväntas mycket stora rekryteringsbehov framöver inom välfärdens verksamheter, i synnerhet inom äldreomsorgen. Behovsökningen tillsammans med pensionsavgångar fram till 2026 summeras till 508 000 personer. Behovsökningen är störst bland undersköterskor och vårdbiträden. Ökade behov och pensionsavgångar medför sammantaget att det behöver rekryteras så mycket som 136 000 undersköterskor och vårdbiträden fram till 2026.[14]

Mot bakgrund av de förväntade behoven av nyrekrytering av i synnerhet omsorgspersonal inom äldreomsorgen, bedömer vi inte

[14] SKR (2018). *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport* s. 30.

att sådana effektiviseringar som uppstår vid användning av välfärdsteknik i kombination med förändrade arbetssätt kommer att leda till uppsägningar. Efterfrågan på personal till äldreomsorgen kommer att vara fortsatt stor under överskådlig framtid.

Flera av förslagen bör bidra till att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjningen i hela landet.

9.7 Konsekvenser för den personliga integriteten

Vi föreslår bl.a. att grundlagsskyddet för den personliga integriteten i 2 kap. 6 § andra stycket RF ska inskränkas genom lag i syfte att underlätta användningen av välfärdsteknik. Inskränkningen består i att även då användning av välfärdsteknik anses ge upphov till betydande intrång i den personliga integriteten ska det inte krävas uttryckligt samtycke för användningen av digital teknik som innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. I stället ges lagstöd för användningen av välfärdsteknik inom socialtjänsten för vissa angivna ändamål. Vår bedömning är att detta är motiverat för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte ska behöva stödja sig på ett samtycke för att kunna tillhandahålla sådan teknik som skulle kunna anses falla inom det grundlagsskyddade området för att det kan karakteriseras som övervakning eller kartläggning av enskilds personliga förhållanden. Att samtycke inte är en lämplig grund för att behandla personuppgifter följer av dataskyddsförordningen. Det allmänna, eller de privata utförare som arbetar på uppdrag av det allmänna, behöver kunna stödja sig på en annan rättslig grund, i form av lagstöd.

Vi har gjort bedömningen att det lagstöd som finns, i form av registerlagstiftning och 2 kap. 5 § dataskyddslagen, inte är tillräckligt. Genom den föreslagna bestämmelsen i 3 kap. 8 § socialtjänstlagen blir det tydligt för vilka ändamål som det är tillåtet att använda tekniken och det handlar enbart om ändamål som ger individen ett mervärde. Ofta stödjer man sig på samtycke som rättslig grund, vilket är olämpligt mot bakgrund av den ojämlika relationen mellan parterna, även om det är tillåtet enligt grundlagen och vård- och omsorgslagstiftningen. I de fall då personen inte kan lämna samtycke, får personen inte tillgång till tjänsten alternativt tillhandahåller man tjäns-

ten i strid med lagen. Att lämna frågan oreglerad framstår därmed inte som ett alternativ.

Vår uppfattning är att förslagen som helhet stärker skyddet för den personliga integriteten genom att tydliggöra under vilka förutsättningar som välfärdsteknik får användas och genom att möjliggöra för Socialstyrelsen att lämna föreskrifter om informationssäkerhet som ska motsvara den nivå som gäller för hälso- och sjukvården i dag. Bestämmelsen konkretiserar de allmänna krav på informationssäkerhet som framgår av den tvingande regeln i artikel 32 i dataskyddsförordningen. Samtidigt ska framhållas att eftersom utredningens övergripande mål är att fler personer ska erbjudas välfärdsteknik, kommer fler personer än i dag att erhålla exempelvis kameratillsyn och gpslarm och därmed fler känsliga personuppgifter att behandlas av utförare inom äldreomsorgen (med stöd av nu gällande registerlagstiftning och dataskyddsförordningen). Vi kan emellertid inte se någon mer påtaglig risk för att personuppgifterna skulle spridas till obehöriga, i vart fall inte en större krets, eller behandlas för otillåtna ändamål. I synnerhet gäller detta om informationssäkerhetsarbetet förbättras. I sammanhanget ska framhållas att vi inte föreslår några regler om direktåtkomst.

Vi föreslår heller inte några sekretesslättnader annat än för den situationen då socialtjänsten i enskilda fall – då den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av annat skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut – behöver lämna uppgifter till hälso- och sjukvården för att få till stånd nödvändig vård och omsorg, dvs. uteslutande i personens eget intresse. Mycket talar för att sådant uppgiftslämnande redan förekommer, men då utan tydligt lagstöd.

Överhuvudtaget gör vi bedömningen att förslagen inte utvidgar möjligheterna att behandla personuppgifter utan skapar tydlighet. I sammanhanget noteras att skyddsreglerna i dataskyddsförordningen gäller för all den behandling av personuppgifter som här är i fråga och att den enskilde alltid kan undgå övervakning och kartläggning av sina personliga förhållanden genom digital teknik genom att tacka nej till erbjuden insats. Det följer av att vård och omsorg ges endast på frivillig grund, om det inte är fråga om nödsituationer.[15] Vi bedömer dock att de flesta inte kommer att tacka nej utan tvärtom kommer att vilja ha tekniken, eftersom fördelarna för individen i regel är så

[15] Här bortses från den speciallagstiftning som finns i fråga om bl.a. psykiatrisk tvångsvård.

stora att de uppväger intrånget i den personliga integriteten. I övrigt hänvisas till avsnitten som rör respektive förslag.

9.8 Konsekvenser för miljön

Välfärdsteknik och vård på distans minskar markant behovet av transporter, främst med bil, och därmed utsläpp av växthusgaser och miljöfarliga ämnen. Som ett exempel kan anföras Kramfors kommun, där 173 kilometer bilkörning kunde ersättas med digitala kontroller varje natt, motsvarande 63 080 kilometer per år (se avsnitt 4.8).[16] En intervjuad anställd i hemtjänsten i Eslöv körde fortfarande cirka 20 mil under ett nattpass, men kamerorna hade medfört en minskning av körsträckan med tolv mil. Hur många kilometer som sparas in varierar från kommun till kommun beroende på bl.a. de berörda individernas behov av aktiva insatser från hemtjänsten och geografin.

Exemplen från Island och Grönland visar att vård på distans kan ersätta flygresor där det annars varit nödvändigt (avsnitt 4.8).

9.9 Konsekvenser för jämställdheten

Majoriteten av de som är sysselsatta inom äldreomsorgen är kvinnor. Männen utgjorde cirka 12 procent av anställda undersköterskor i kommunernas vård och omsorg om äldre personer år 2015. Bland personal i yrken där eftergymnasial utbildning vanligtvis krävs var andelen ännu något lägre.[17] Sannolikt berörs därför fler kvinnor än män av utredningens förslag. Andelen sjukskrivna är jämförelsevis hög, vilket åtminstone delvis kan sättas i samband med brister i arbetsmiljön inom äldreomsorgen. Användningen av digital teknik kan ofta förväntas bidra till en bättre arbetsmiljö, om en noggrann behovsanalys gjorts där personalen involverats och behovet av kompetensutveckling beaktats i tillräcklig utsträckning.

Vidare är kvinnor i majoritet bland äldre som tar emot vård och omsorgsinsatser. Våra förslag syftar till att främja användningen av digital teknik inom äldreomsorgen, vilket kommer att skapa förutsättningar för ökad självständighet och trygghet för enskilda indivi-

[16] NVC (2019), s. 49.
[17] SOU 2017:21 s. 841.

der. Förslagen bedöms inte få några direkta konsekvenser för jämställdheten, i vart fall inte i negativ riktning.

9.10 Konsekvenser för företag

Företag är inte den huvudsakliga målgruppen för utredningens förslag. Liksom i kommunernas socialtjänst hanterar dock vård- och omsorgsföretagen information om enskilda personer. Som helhet bör förslagen varken gynna eller missgynna små företag. När det gäller förslagen till lagändringar gällande informationssäkerhet och eventuellt efterföljande föreskrifter kan dessa, på samma sätt som för kommuner, tänkas innebära högre kostnader för den som inte uppfyller grundläggande krav i fråga om informationssäkerhet. Det framstår som troligt att det i första hand handlar om mindre företag, kanske inom personlig assistans men också inom hemtjänst.

Enligt Socialstyrelsens årliga undersökning av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 var det ovanligt med stark autentisering hos de granskade företagen. Personalen loggar som regel in i verksamhetssystemen med användarnamn och ett personligt lösenord som byts med jämna mellanrum. Det förekommer också att personal använder inloggning med stark autentisering genom exempelvis lösenord på ett lösenordskort, en kod som skickas via sms eller SITHS-kort. I företag som har anställd sjukvårdspersonal förekommer att enbart sjukvårdspersonalen använder stark autentisering (med SITHS-kort). I flera företag finns olika sätt att logga in beroende på behörigheter till olika delar i systemen. Det innebär ofta att chefer med högre behörighet använder stark autentisering. Ett av företagen uppgav att de hade genomfört en informationsklassning efter att kommunen krävt detta. I övrigt hade företagen inte arbetat med informationsklassning eller uppföljning av risker som är kopplade till informationssäkerheten.[18]

Av det sagda framgår att det finns utrymme för förbättringar av informationssäkerheten hos de privata utförarna av omsorg. Liksom för kommunerna kan konstateras att dataskyddsförordningens regler är direkt tillämpliga redan i dag, men reglerna är inte helt klara. En fördel med lagkrav på vad som ska gälla jämfört med att det är av-

[18] Socialstyrelsen (2019b). *Nationellt kompetenscentrum anhöriga och Svenskt Demenscentrum. Uppföljning av 2018 års verksamhet.*, s. 51.

hängigt vad som kravställs vid upphandling är att villkoren blir desamma för alla utförare i hela landet och därmed för alla enskilda vars personuppgifter behandlas av socialtjänsten.

9.11 Konsekvenser för anhöriga

Att som anhörig ge vård och omsorg ska vara ett frivilligt åtagande och anhöriga ska vara trygga med att den omsorg som samhället erbjuder är av god kvalitet. Den omsorg som utförs av anhöriga kvinnor och män är dock omfattande. Nästan var femte person i Sverige vårdar, hjälper eller stödjer regelbundet en närstående som är långvarigt fysiskt eller psykiskt sjuk, som är äldre eller som har en funktionsnedsättning. Anhörigomsorg är vanligare inom lägre inkomstgrupper och bland utrikesfödda. De flesta informella vårdgivare är kvinnor. [19]

Även om det ger tillfredsställelse för många anhöriga leder det också till att de anhöriga upplever mer ohälsa, att situationen är psykiskt påfrestande och att deras sociala liv är mer begränsat. Flera anhöriga än tidigare har minskat sin arbetstid eller slutat arbeta till följd av den vård, hjälp och stöd som de ger till sin närstående.[20]

Den påbörjade omställningen av svensk hälso- och sjukvård till en mer nära vård med fokus på primärvården utifrån en mer patientcentrerad och samordnad hälso- och sjukvård gör att allt mer ansvar och vård sannolikt kommer att utföras av anhöriga. Även denna utredning är en del i den omställningen genom att välfärdsteknik ska understödja personer så att de kan bli mer självständiga och bo kvar hemma längre. Vi vill därför framhålla betydelsen av att kommuner tar hänsyn till behoven hos anhöriga i detta sammanhang. Det är också viktigt att anhörigas behov och önskemål beaktas och tillgodoses vid utveckling och användningen av välfärdsteknik.

Det framgår av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen att socialtjänsten ska erbjuda stöd till personer som vårdar, hjälper eller stödjer en äldre, sjuk person eller en person med funktionsnedsättning. Det förebyggande anhörigstödet ska kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet (prop. 2008/09:82).

[19] Se regeringsbeslut 2019-10-10 (S2019/04223/FST).
[20] Magnusson, Lennart et al (manus), *Anhörigskap, anhörigomsorg och anhörigstöd, en nationell kartläggning 2018.* Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Stöd till anhöriga behöver ges tidigt och under hela processen, då behoven varierar och förändras över tid. Stödet kan vara i form av utbildning, personligt stödsamtal eller stödgrupper för anhöriga. Alla dessa stödformer kan erbjudas via internet och modern teknik. Var tredje anhörig som besvarade enkäten i studien från Nka uppger att de skulle önska få stöd via modern teknik eller Internet (t.ex. webbinformation, videokonferens, grupper på Internet, gps-system), men det är endast knappt var tjugonde anhörig som fått det.

Avslutningsvis ska framhållas att välfärdsteknik och då i synnerhet gps-larm har visat sig mycket värdefulla i ett anhörigperspektiv.

9.12 Ikraftträdande

Förändringar som rör den kommunala sektorns ekonomi och som berör anslagen under utgiftsområde 25[21] bör träda i kraft vid kalenderårsskiften. Förslagen måste också hinna remissbehandlas. Utredningens ändringsförslag föreslås därför träda i kraft tidigast den 1 juli 2021. Uppdragen till statliga myndigheter är helt fristående från lagförslagen och bedöms kunna genomföras vid valfri tidpunkt.

[21] Anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap.

7 §

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Om den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till upprättandet av en individuell plan, får en individuell plan ändå upprättas om den enskildes inställning till en sådan plan så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig detta.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Paragrafen innebär en skyldighet för kommuner och regioner att gemensamt upprätta en individuell plan för en enskild som har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården.

Enligt bestämmelsen ska en plan upprättas om kommunen eller regionen bedömer att det behövs.

Av 4 kap. 1 d § framgår att en individuell plan som huvudregel ska upprättas när socialtjänstinsatser ska ges till en person vars beslutsförmåga är nedsatt inte endast tillfälligt. En individuell plan förutsätter dock samtycke, vilket framgår av 2 kap. 7 § första stycket. Därför behöver ett undantag från kravet på samtycke införas i bestämmelsen för dem som inte förmår samtycka. I bestämmelsen om individuell plan läggs därför till ett nytt *tredje stycke* där det framgår att om den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till upprättandet av en individuell plan, får en individuell plan ändå upprättas om den enskildes inställning till en sådan plan så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig detta. Om den enskilde däremot motsätter sig att en individuell plan upprättas kan någon sådan plan inte upprättas. När den enskilde företräds av någon som utrustats med framtidsfullmakt kan denne i den enskildes ställe samtycka till att en plan upprättas, varför undantaget inte behöver tillämpas för att göra det möjligt att upprätta en individuell plan.

Personen kan tillfälligt vara oförmögen att lämna samtycke till följd av exempelvis medvetslöshet eller sådan chock som gör att personen inte är kontaktbar. Beslutsoförmågan är då övergående och bestämmelsen inte tillämplig.

I övrigt gäller samma förutsättningar som när den enskilde samtyckt till att en individuell plan upprättas, dvs. att arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål, att planen om möjligt ska upprättas tillsammans med den enskilde och att närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Detsamma gäller bestämmelserna i fjärde stycket om planens innehåll. För hälso- och sjukvårdens del har införts en likalydande bestämmelse i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Övervägandena finns i avsnitt 8.7.3.

3 kap.

8 §

Användning av digital teknik som medför övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden får ske inom socialtjänsten under förutsättning att ändamålet är att säkerställa eller öka den enskildes trygghet, självständighet, aktivitet eller delaktighet.

Värdet av att använda tekniken ska vid en samlad bedömning uppväga intrånget i den enskildes personliga integritet.

Bestämmelsen är ny. Övervägandena finns i avsnitt 8.9.1.

I bestämmelsen ges socialtjänsten lagstöd för användning av digital teknik inom det grundlagsskyddade området, t.ex. i form av tillsynskamera eller gps-larm, under förutsättning att det sker för de ändamål som anges i paragrafen. Andra ändamål är otillåtna. Vad som anges i denna bestämmelse måste uttryckligen iakttas särskilt vid tillämpning av 4 kap. 1 d §, dvs. vid biståndsbedömning när den enskildes beslutsförmåga är nedsatt inte endast tillfälligt. Bestämmelsen gäller även i övrigt inom socialtjänstens verksamhet.

Eftersom bestämmelsen ger lagstöd för användning av välfärdsteknik, behöver enskilda inte lämna uttryckligt samtycke till övervakningen eller kartläggningen av deras personliga förhållanden enbart i syfte att uppfylla kravet på samtycke i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen. Det innebär inte att den enskildes samtycke saknar betydelse. Insatser enligt socialtjänstlagen ges på frivillig grund, så den enskilde kan alltid undgå intrånget genom att tacka nej. Däremot är inte samtycket en förutsättning för att åtgärden ska anses laglig enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen.

Bestämmelsen utgör också en rättslig grund för socialtjänstens behandling av personuppgifter i detta avseende, jfr artikel 6.1 e och 9.2 h i dataskyddsförordningen. Av artikel 5 i dataskyddsförordningen följer att personuppgifter bara får samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. De tillåtna ändamålen är här att säkerställa eller öka den enskildes trygghet, självständighet, aktivitet eller delaktighet, vilket anknyter till definitionen av välfärdsteknik i Socialstyrelsens termbank.

Användningen av digital teknik kan ibland minska behovet av personal för att utföra en viss arbetsuppgift. Bestämmelsen ger emellertid inget stöd för att använda välfärdsteknik inom det grund-

lagsskyddade området enbart för sådana syften. En biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen syftar till att tillgodose den enskildes behov. Digital teknik som inte medför övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden i den mening som avses i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen, t.ex. verksamhetssystem och digitala arbetshjälpmedel, omfattas inte av bestämmelsen. Att enskilda inte kan motsätta sig att deras personuppgifter behandlas för socialtjänständamål framgår av 6 § sista stycket i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Andra stycket föreskriver att en proportionalitetsbedömning ska göras i det enskilda fallet. Värdet av att använda tekniken ska vid en samlad bedömning uppväga intrånget i den enskildes personliga integritet. Vid bedömningen bör beaktas bl.a. vilket integritetsintrång som uppstår om samma behov i stället tillgodoses med hjälp av personal, om tekniken stärker personens självständighet, vilka negativa konsekvenser som personen riskerar om tekniken inte används, hur åtgärden ska utföras, om teknik som främjar skyddet av den personliga integriteten används och var övervakningen ska ske.

Bestämmelsen gäller både för det allmänna och för privata utförare.

4 kap.

1 d §

Om det står klart att en enskild inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till en viss insats får insatsen ges efter en individuell behovsbedömning med utgångspunkt i den enskildes bästa. Den enskildes vilja ska klarläggas så långt som det är möjligt och alltid respekteras. Vid bedömningen ska iakttas vad som i 3 kap. 8 § föreskrivs om användning av digital teknik som medför övervakning eller kartläggning av enskilds personliga förhållanden.

Den enskildes förmåga till samtycke ska bedömas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Av 16 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regioner är skyldiga att ställa personal till socialtjänstens förfogande för sådana bedömningar.

För den som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till vård och omsorg ska en individuell plan enligt 2 kap. 7 § upprättas om inte särskilda skäl talar emot det.

Paragrafen är ny. Bestämmelsen möjliggör att bistånd i olika former ges även till den som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning till och samtycka till de insatser som bedöms som lämpliga. Om en framtidsfullmäktig kan samtycka till insatsen i den enskildes ställe, kan insatsen i stället beslutas med stöd av en framtidsfullmakt.

I *första stycket* framgår att om biståndshandläggaren gör bedömningen att den enskildes beslutsförmåga inte endast tillfälligt är nedsatt och att denne på grund av det inte kan samtycka till de insatser och åtgärder som bedöms lämpliga, kan bistånd ändå ges under de förutsättningar som framgår av paragrafen.

För att bestämmelsen ska vara tillämplig krävs att den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till den aktuella insatsen, t.ex. på grund av långt framskriden demenssjukdom. En person kan tillfälligt vara oförmögen att lämna samtycke till följd av exempelvis medvetslöshet eller sådan chock som gör att personen inte är kontaktbar. Beslutsoförmågan är då övergående och bestämmelsen inte tillämplig. Bedömningen av om personen är förmögen att samtycka kan också variera beroende på insatsens art.

Biståndsbeslutet måste föregås av en individuell behovsbedömning, liksom enligt huvudregeln i 4 kap. 1 §. Till grund för beslutet ska biståndshandläggaren lägga vad som vid en personcentrerad bedömning får anses vara till personens bästa. Handläggaren bör så långt det är möjligt och lämpligt utgå från en bedömning av vilka åtgärder som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, men även andra omständigheter kan behöva vägas in.

Insatser enligt socialtjänstlagen kan inte ges mot den enskildes vilja. Av första stycket framgår i linje härmed att den enskildes vilja alltid ska klarläggas så långt det är möjligt och alltid respekteras. Innan bistånd ges med stöd av denna paragraf, ska personen få stöd och lämpliga förutsättningar i övrigt för att kunna ta ställning. Bestämmelsen ger inget stöd för tvångs- och begränsningsåtgärder.

I *andra stycket* framgår att bedömningen av personens samtyckesförmåga ska ha gjorts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Av detta betänkandes förslag till ny bestämmelse i 26 kap. 9 b § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) framgår att socialtjänstsekretessen inte ska hindra att socialtjänsten tar kontakt med hälso- och sjukvården för att få en sådan bedömning till stånd för personer som är över 18 år.

Själva biståndsbeslutet fattas av biståndshandläggaren, som dock bör samråda med hälso- och sjukvårdspersonalen även i fråga om vilka behov som den enskilde har och hur de bäst kan tillgodoses. Sådant samråd kan exempelvis ske i samband med upprättande eller uppföljning av en individuell plan enligt 2 kap. 7 § eller i samband med vårdplanering i särskilt boende.

Av *tredje stycket* framgår att en samordnad individuell plan (jfr vad som föreskrivs i 2 kap. 7 § respektive 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen) som regel ska upprättas för den som inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till vård och omsorg. Ett skäl för att underlåta att upprätta en individuell plan kan vara att behoven av uppföljning och samordning av vård- och omsorgsinsatser för individen redan tillgodoses på annat sätt, t.ex. i särskilt boende.

Övervägandena finns i avsnitt 8.7.2.

10.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Informationssäkerhet

9 §

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska

1. *bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att personen ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter,*
2. *se till att åtkomst till sådana uppgifter om enskilda som förs helt eller delvis automatiserat dokumenteras och kan kontrolleras, och*
3. *göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter som förs helt eller delvis automatiserat.*

I paragrafen föreskrivs under en ny rubrik ”Informationssäkerhet” en ny bestämmelse med regler om tilldelning av behörighet, direktåtkomst och kontroller av obehörig åtkomst som riktar sig till alla verksamhetsutövare inom socialtjänsten. Bestämmelserna motsvarar vad som gäller för informationssäkerhet hos vårdgivare enligt 4 kap.

2 och 3 §§ patientdatalagen (2008:355) och förtydligar vad som redan får anses följa av artikel 32 i dataskyddsförordningen.

Den som bedriver en verksamhet inom socialtjänsten ansvarar för att alla användare har en individuell behörighet. Det innebär bl.a. att endast personliga inloggningar är tillåtna. För att varje användare ska få rätt behörighet måste verksamheten först ha genomfört behovs- och riskanalyser. Ansvaret vid tilldelning av behörighet för elektronisk åtkomst innefattar en skyldighet att göra aktiva och individuella behörighetstilldelningar utifrån analyser av vilken information olika personalkategorier och olika slags verksamheter behöver (behovsanalys). Även riskanalyser måste göras där det tas hänsyn till olika slags risker som kan vara förknippade med en alltför vid tillgänglighet avseende vissa slags uppgifter. I förarbetena till patientdatalagen anges att skyddade personuppgifter som är sekretessmarkerade, uppgifter om allmänt kända personer, uppgifter från vissa mottagningar eller medicinska specialiteter är exempel på kategorier som kan kräva särskilda riskbedömningar.

När det gäller personal som arbetar med verksamhetsuppföljning, statistikframställning, central ekonomiadministration och liknande verksamhet som inte är individorienterad torde det för flertalet användare räcka med tillgång till uppgifter som endast indirekt kan härledas till enskilda personer. Elektronisk åtkomst till kodnycklar, personnummer och andra uppgifter som direkt pekar ut enskilda personer bör på detta område kunna vara starkt begränsad till enstaka anställda. Användarna ska tilldelas rätt behörighet, dvs. tillräckligt för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett säkert sätt men samtidigt inte mer omfattande än vad som är nödvändigt (jfr prop. 2007/08:126 s. 148–149). Det måste också finnas rutiner för att ändra, ta bort och regelbundet följa upp behörigheterna.

Åtkomstkontroller ska göras för att säkerställa att användare inte använder sina behörigheter på fel sätt genom att läsa, ändra eller ta bort information som de inte ska behandla. Exempel på en felaktig åtkomst kan vara att någon tittar i en journal trots att han eller hon inte har med ärendet att göra. För att verksamheten ska kunna kontrollera att behörigheterna används på ett korrekt sätt måste dokumenteras (loggas) åtkomsten till de uppgifter som har använts. Av loggarna ska framgå användarens identitet och vid vilken tidpunkt som åtgärderna vidtagits. Loggarna måste sparas en tid för att möjliggöra kontrollen. Systematiska och återkommande stickprovskontroller av

loggarna behöver göras. Målet med kontrollen är enligt förarbetena att både upptäcka och att verka avhållande från intrång (prop. 2007/08:126 s. 150).

Skydd mot obehörig åtkomst säkerställs bl.a. genom att den ansvarige i verksamheten vid kommunicering via öppna nät (exempelvis internet) ser till att åtkomsten föregås av en så kallad stark autentisering (3 kap. 15 § HSLF-FS 2016:40). En etablerad metod för stark autentisering är att använda en e-legitimation. Det är en identitetshandling i elektronisk form som vid elektronisk kommunikation används för legitimering och underskrift. E-legitimationen kan lagras på en dator (certifikat på fil), på ett smartkort eller i en mobiltelefon. Med hjälp av e-legitimationen och det tillhörande lösenordet (exempelvis en pinkod) skapas en stark autentisering.

Övervägandena finns i avsnitt 8.9.2.

11 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. *vilka som är personuppgiftsansvariga,*
2. *begränsning av den i 6 § tillåtna behandlingen av personuppgifter,*
3. *sökbegrepp,*
4. *direktåtkomst,*
5. *samkörning av personuppgifter,*
6. *tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter som förs helt eller delvis automatiserat,*
7. *dokumentation och kontroll av elektronisk åtkomst, och*
8. *säkerhetsåtgärder vid helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter.*

Regeringen får även meddela föreskrifter om när personuppgifter får föras över till tredje land.

I bestämmelsens *första stycke sjätte till åttonde punkten* ges en utökad befogenhet för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att på socialtjänstens område meddela föreskrifter på de

områden som framgår av 9 §, dvs. i fråga om tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter som förs helt eller delvis automatiserat, om dokumentation och kontroll av elektronisk åtkomst och i fråga om säkerhetsåtgärder vid helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter. Paragrafen har även ändrats redaktionellt.

Övervägandena finns i avsnitt 8.9.2.

10.3 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

26 kap.

9 b §

Om en enskild som fyllt 18 år på grund av sitt hälsotillstånd eller av annat skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretessen enligt 1 § inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas ut till en myndighet inom hälso- och sjukvården eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område i samband med upprättande eller uppföljning av individuell plan enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

Paragrafen är ny. Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (26 kap. 1 § OSL). Syftet med den här föreslagna bestämmelsen är att socialtjänstsekretessen ska kunna brytas i samband med upprättandet av en individuell plan för att möjliggöra en fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten rörande en vuxen person med nedsatt beslutsförmåga som kan antas ha behov av vård och omsorg.

Övervägandena finns i avsnitt 8.7.4.

10.4 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

4 kap.

5 §

Om det står klart att patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till hälso- och sjukvård ska vården ges utifrån en bedömning av vad som är bäst för patienten i det enskilda fallet. Patientens vilja ska klarläggas så långt som det är möjligt och alltid respekteras.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om hälso- och sjukvård till människor som inte endast tillfälligt saknar förmåga att lämna ett informerat samtycke till hälso- och sjukvård. Övervägandena framgår av avsnitt 8.7.1.

Det som föreskrivs i paragrafen är ett undantag från huvudregeln i 4 kap. 2 § som anger att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Med stöd av den nya bestämmelsen kan hälso- och sjukvårdspersonal ge behövlig vård även till patienter som inte kan lämna något samtycke i den mening som förutsätts i 4 kap. 1 §, ofta kallat informerat samtycke. Till skillnad från 4 kap. 4 § patientlagen kan denna bestämmelse tillämpas för att fortlöpande kunna ge en person som inte endast tillfälligt är beslutsoförmögen sådan hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär.

Enligt 4 kap. 4 § patientlagen kan en patient få akut hälso- och sjukvård även om patientens vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. Andra orsaker till att patienten inte kan ge sitt samtycke än medvetslöshet kan vara att patienten är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetslöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat. Bestämmelsen i 4 kap. 4 § är även tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation. Hur lång tid en patient ska anses tillfälligt sakna förmåga att uttrycka sin vilja måste kunna variera utifrån den aktuella situationens art, framhålls i förarbetena. Under den tid ett akut eller i övrigt nödvändigt omhändertagande pågår får en nödsituation fortfarande anses vara för handen. När nödsituationen upphört och patienten fortfarande inte är i stånd att uttrycka sin vilja kan vård inte längre ges med stöd i 4 kap. 4 §. Den

bestämmelsen är inte avsedd att tillämpas för att fortlöpande kunna ge vård till en beslutsoförmögen patient. Om en persons beslutsförmåga endast är tillfälligt nedsatt kan man avvakta med att sätta in en viss insats eller fatta ett visst beslut tills personen återfått tillräcklig beslutsförmåga.

Även om en persons beslutsförmåga är mera varaktigt nedsatt innebär det inte nödvändigtvis att personen saknar beslutsförmåga oavsett vad saken gäller och vid varje tidpunkt. En person vars beslutsförmåga är stadigvarande nedsatt kan trots detta i många fall fatta enklare beslut medan mer komplexa beslutssituationer kan vara svåra att hantera.

Bedömningen av personens samtyckesförmåga ska göras inför en specifik vårdinsats och kan inte läggas till grund för andra framtida insatser. Utfallet av en sådan bedömning kan variera beroende på åtgärdens art och på hur personen mår vid den aktuella tidpunkten. En person kan ha så nedsatt kognitiv förmåga att denne inte kan lämna ett informerat samtycke till användningen av exempelvis en sensor (passiva larm) men ändå ta ställning till enklare åtgärder. Vid mer komplicerade ställningstaganden – t.ex. i fråga om användning av välfärdsteknik – kan det vara svårt att dra säkra slutsatser om vad personen vill. Bestämmelsen ger då stöd för personalen att ge den vård som anses vara till patientens bästa. Med patientens bästa avses i första hand åtgärder som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, men även andra omständigheter kan behöva vägas in, t.ex. vad anhöriga bedömer att den enskilde önskar.

Innan någon vård eller insats ska ges ska personens egen inställning klarläggas så långt möjligt genom att personen får stöd och hjälp av personalen att uttrycka sin vilja. I de flesta fall kan en person med rätt stöd ge uttryck för sin vilja i någon form, t.ex. genom en åtbörd. Den enskildes vilja ska alltid respekteras. Bestämmelsen ger alltså inget stöd tvångsåtgärder av något slag. I nödsituationer kan sådana åtgärder ändå vidtas med hänvisning till straffrättsliga regler om ansvarsfrihet, dvs. nöd och principen om social adekvans.

10.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

16 kap.

4 §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Om den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till upprättandet av en individuell plan, får en individuell plan ändå upprättas om den enskildes inställning till en sådan plan så långt som möjligt klarlagts och det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig detta.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Av 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen framgår att en individuell plan som huvudregel ska upprättas när socialtjänstinsatser ska ges till en person vars beslutsförmåga är nedsatt inte endast tillfälligt. En individuell plan förutsätter dock samtycke, vilket framgår av 2 kap. 7 § första stycket. I paragrafen har därför lagts till ett nytt *tredje stycke* som möjliggör upprättande av en individuell plan även för personer som inte kan lämna föreskrivet samtycke till upprättandet av planen. Om den enskilde motsätter sig upprättande av individuell plan, går det inte att tillämpa bestämmelsen.

Om den enskilde företräds av någon som utrustats med framtidsfullmakt kan denne i den enskildes ställe samtycka till att en plan upprättas. Då behöver tredje stycket inte tillämpas för att göra det möjligt att upprätta en individuell plan.

En person kan tillfälligt vara oförmögen att lämna samtycke till följd av exempelvis medvetslöshet eller sådan chock som gör att personen inte är kontaktbar. Beslutsoförmågan är då övergående och bestämmelsen inte tillämplig.

I övrigt gäller samma förutsättningar som när den enskilde samtyckt till att en individuell plan upprättas, dvs. att arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål, att planen om möjligt ska upprättas tillsammans med den enskilde och att närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Detsamma gäller bestämmelserna i fjärde stycket om planens innehåll.

För socialtjänstens del har införts en likalydande bestämmelse i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen.

Övervägandena finns i avsnitt 8.7.3.

5 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de resurser som behövs i fråga om hälso- och sjukvårdspersonal för bedömning av en enskilds förmåga att lämna samtycke till insatser vid tillämpning av 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen (2001:453).

Paragrafen är ny. Bestämmelsen innebär att regionerna är skyldiga att till kommunerna inom regionen avsätta de resurser i fråga om hälso- och sjukvårdspersonal som behövs för att kommunen i förekommande fall ska kunna ge enskilda med nedsatt beslutsförmåga insatser i enlighet med 4 kap. 1 d § socialtjänstlagen. De resurser som avses kan t.ex. handla om en sjuksköterska eller en arbetsterapeut.

Övervägandena finns i avsnitt 8.7.2.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av experten Greger Bengtsson

Utredningen föreslår bestämmelser i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (SoLPUL) som syftar till att konkretisera vad som krävs för en god informationssäkerhet inom socialtjänsten. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) anser att förslagen är relevanta och behövs för ökad informationssäkerhet.

Utredningen anser inte att detta är ett utökat åtagande och att det därmed inte behöver finansieras enligt den så kallade finansieringsprincipen.

SKR delar inte denna uppfattning.

Referenser

Propositioner

Prop. 1973:90. Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m. m.

Prop. 1975/76:209 Om ändring i regeringsformen.

Prop. 1979/80:1 Om socialtjänsten.

Prop. 1981/82:97 Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 1987/88:124 Om god man och förvaltare.

Prop. 1989/90:119 om övervakningskameror m.m.

Prop. 1990/01:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.

Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Prop. 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.).

Prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen.

Prop. 1997/98:64. Lag om allmän kameraövervakning.

Prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.

Prop. 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m.

Prop. 2004/05:70 Ökad patientsäkerhet på läkemedelsområdet.

Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.

Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m.

Prop. 2008/09:1 Budgetpropositionen för 2009.

Prop. 2008/09:160 Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.

Prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m.

Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag.

Prop. 2009/10:116 Värdigt liv i äldreomsorgen.

Prop. 2011/12:1 Budgetpropositionen för 2012.

Prop. 2012/13:115 En ny kameraövervakningslag.

Prop. 2012/13:175 Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Prop. 2013/14:106 Patientlag.

Prop. 2013/14:202 Förbättrad informationshantering avseende vissa patienter inom hälso- och sjukvården.

Prop. 2016/17:30 Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna.

Prop. 2016/17:106. Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.

Prop. 2017/18:105 Ny dataskyddslag.

Prop. 2017/18:231 Ny kamerabevakningslag.

Prop. 2017/18:158 Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.

Prop. 2018/19:68 Ändring av övergångsbestämmelse avseende behörighetsreglering.

Prop. 2018/19:145 Personlig assistans för hjälp med andning.

Prop. 2019/20:1 Budgetpropositionen för 2020.

Statens offentliga utredningar

SOU 1975:75 *Medborgerliga fri- och rättigheter. Betänkande.*

SOU 1984:54 *Tvångsmedel – anonymitet – integritet*. *Betänkande.*

SOU 1984:64 *Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten*. *Betänkande.*

SOU 1987:74 *Optisk-elektronisk övervakning. Betänkande.*

SOU 1988:7 *Frihet från ansvar: om legalitetsprincipen och om allmänna grunder för ansvarsfrihet. Slutbetänkande.*

SOU 1992:84 *Ersättning för kränkning genom brott: Delbetänkande*.

SOU 2001:100 *Informationshantering och behandling av uppgifter vid domstolar – En rättslig översyn. Slutbetänkande.*

SOU 2001:32 *Domstolarnas register och personuppgiftslagen – En rättslig anpassning. Delbetänkande*.

SOU 2003:40 *Utlänningsdatalag. Betänkande.*

SOU 2004:100 *Tillsyn. Förslag om en tydligare och effektivare tillsyn. Del 1&2.*

SOU 2004:112 *Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna. Slutbetänkande*.

SOU 2006:82 *Patientdatalag. Huvudbetänkande.*

SOU 2006:110 *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom. Betänkande.*

SOU 2008:3 *Skyddet för den personliga integriteten – Bedömningar och förslag. Slutbetänkande*.

SOU 2008:125 *En reformerad grundlag. Del 1 & 2.*

SOU 2012:33 *Gör det enklare!*

SOU 2013:2 *Patientlag. Delbetänkande.*

SOU 2013:45 *Rätt information – Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga. Delbetänkande.*

SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid. Del 1 & 2. Slutbetänkande.*

SOU 2014:45 *Unik kunskap genom registerforskning. Betänkande.*

SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård.*

SOU 2015:32 *Nästa fas i e-hälsoarbetet. Betänkande.*

SOU 2015:80 *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning. Betänkande*.

SOU 2015:85 *Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta miljöer.*

SOU 2016:41 *Hur står det till med den personliga integriteten? – En kartläggning av Integritetskommittén. Delbetänkande.*

SOU 2017:21 *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 & Del 2.*

SOU 2017:30 *En omreglerad spelmarknad. Betänkande.*

SOU 2017:39 *Ny dataskyddslag Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Betänkande.*

SOU 2017:43 *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. Betänkande.*

SOU 2017:52 *Så stärker vi den personliga integriteten. Slutbetänkande*.

SOU 2017:55 *En ny kamerabevakningslag. Betänkande*.

SOU 2017:56 *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*

SOU 2017:66 *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning. Betänkande*.

SOU 2017:114 *reboot – omstart för den digitala förvaltningen. Slutbetänkande.*

SOU 2018:25 *Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. Betänkande*.

SOU 2019:20 *Stärkt kompetens i vård och omsorg. Betänkande.*

SOU 2019:29 *Delbetänkande. God och nära vård. Vård i samverkan*.

Departementsserien

Ds 1994:51 *Skyddet för enskilda personers privatliv: en studie.*

Ds 2003:47 *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*.

Ds 2013:40 *En samlad organisation på det funktionshinderspolitiska området.*

Ds 2014:9 *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Kommittédirektiv

Socialdepartementet (2012). *Beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst.* (Dir. 2012:72).

Finansdepartementet (2016). *Tillit i styrningen.* (Dir. 2016:51).

Näringsdepartementet (2016) *Effektiv styrning av nationella digitala tjänster i en samverkande förvaltning.* (Dir. 2016:39).

Infrastrukturdepartementet. (2019). *Kommittédirektiv säker och kostnadseffektiv it drift för den offentliga förvaltningen*. (Dir. 2019:64).

Socialdepartementet (2019). *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet.* (Dir. 2019:37).

Socialdepartementet. (2019). *Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre*. (Dir. 2019:77).

Socialdepartementet (2020). *Stärkt rätt till personlig assistans för stöd vid egenvård, vid tillsyn samt för barn*. (Dir. 2020:3).

Nationella strategier och handlingsplaner

Socialdepartementet. (2010) *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg.*

Uppdatering om genomförandet av Nationell strategi för samhällets informations- och cybersäkerhet. (Skr. 2016/17:213).

Näringsdepartementet (2016) *Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi.* (Diarienr: N2016/08008/D).

Finansdepartementet (2016). *Nationella upphandlingsstrategin.*

Socialdepartementet & SKL (2017). *Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025 2017–2019.*

Justitiedepartementet (2017). *Nationell strategi för samhällets informations- och cybersäkerhet.* (Skr. 2016/17:213).

Näringsdepartementet (2018 a). *Nationell inriktning för artificiell intelligens.*

Näringsdepartementet (2018 b) *Hur Sverige blir bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter – en skrivelse om politikens inriktning.* (Skr. 2018/18:47).

Utrikesdepartementet (2018). *Regeringens strategi för standardisering*.

Näringsdepartementet, Socialdepartementet & Utbildningsdepartementet (2019). *En nationell strategi för life science*.

Socialdepartementet & SKR (2020). *En strategi för genomförande av vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen.*

Datainspektionen

Datainspektionen (2002). *Nationella kvalitetsregister.* Datainspektionen. (Rapport 2002:1).

Datainspektionen (2005). *Övervakning i arbetslivet. Datainspektionens rapport 2005:3 Kontroll av de anställdas Internet- och e-postanvändning m.m.* (Rapport 2005:3).

E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten (2018). *Stöd för utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer Återrapportering av E-hälsomyndighetens regeringsuppdrag, N2016/04455.* (Dnr: 2016/03439).

E-hälsomyndigheten (2019). *E-hälsomyndighetens rapport om nationellt stöd. Återrapportering enligt regeringsbeslut S2018/02375/FST (delvis).* (Dnr: 2018/01443).

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO). (2015) *Skapa trygghet utan tvång Rapport om tillsynsinsats vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas. (Regeringsuppdrag S2013/4269/SAM, S2013/9047/SAM, delvis).* (Art.nr IVO 2015-56).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO). (2019a). *Vad har IVO sett? 2018.* (IVO 2019-6).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO). (2019b). *IVO:s bidrag till omställningen i vården. Uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård.* (Art.nr IVO 2019-13).

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för delaktighet (MFD). (2015). *Teknisk utveckling inom vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga. Rapport.* Serie A 2015:1 (diarienummer 2013/0062).

Myndigheten för delaktighet (MFD). (2016). *Digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård.* Serie A 2016:6 (diarienummer 2014/0186).

Myndigheten för delaktighet (MFD). (2017a) *Tekniska förutsättningar för digitala trygghetstjänster – Redovisning av ett regeringsuppdrag om nationell samordning*. (Nr: 2017:27).

Myndigheten för delaktighet (MFD). (2017b). *Strategisk plan för arbetet med välfärdsteknologi på Myndigheten för delaktighet.* (Diarienr: 2017/0066).

Myndigheten för delaktighet (MFD). (2018) *En förstudie inom området välfärdsteknik.* (Nr: 2018:8).

Myndigheten för delaktighet (MFD). (2019). *Från digital teknik till digitalisering. Redovisning av ett regeringsuppdrag om delaktighet, självbestämmande och trygghet* (2019:7).

Myndigheten för digital förvaltning

Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) (2019). *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget Fi2018/02150/DF, FI2018/03037/DF och I2019/01061/DF.* (Dnr: 2019-100).

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). (2015). *En bild av kommunernas informationssäkerhetsarbete 2015.* (Publ.nr: MSB943).

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). (2016). *Informationssäkerheten i Sveriges kommuner – Analys och rekommendationer utifrån MSB:s kommunenkät*. (Publ.nr: MSB1045).

Myndigheten för vård och omsorgsanalys

Vårdanalys (2014). *VIP i vården* (Rapport 2014:2).

Vårdanalys (2016a). *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.* (PM 2016:1).

Vårdanalys (2016b). *Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv*. (Rapport 2016:3).

Vårdanalys (2017). *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv.* (Rapport 2017:9).

Vårdanalys (2019). *Social kompetens. Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten*. (Rapport 2019:7).

Post- och telestyrelsen

PTS (2017). *PTS mobiltäcknings- och bredbandskartläggning 2016. En geografisk översikt av tillgången till bredband och mobiltelefoni i Sverige.* (PTS-ER-2017:7).

PTS (2018). *PTS mobiltäcknings- och bredbandskartläggning 2017. En geografisk översikt av tillgången till bredband och mobiltelefoni i Sverige.* (PTS-ER-2018:7).

PTS (2019a). *Investeringar och förutsättningar för bredbandsutbyggnad*. *Delrapport av Uppföljning av regeringens bredbandsstrategi 2019.* (PTS-ER-2019:14).

PTS (2019b). *Kommuners roller på bredbandsmarknaden och undantag från den kommunala lokaliseringsprincipen*. (PTS-ER-2018:20).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (1996). *Ädelreformen slutrapport.* Stockholm. Socialstyrelsen (ISBN:9172010983).

Socialstyrelsen (2011). Handbok *för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. (Art.nr 2012-6-53).

Socialstyrelsen (2012a). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande av satsning.* (Art.nr: 2012-2-5).

Socialstyrelsen (2012b). *Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen*. (Art.nr 2012-1-22).

Socialstyrelsen (2013). *Meddelandeblad. Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna.* (Nr 12/2013).

Socialstyrelsen (2015a). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Handbok.* (Art.nr: 2015-1-10).

Socialstyrelsen (2015b). *Direktåtkomst – Övergripande; Socialstyrelsen, Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten.*

Socialstyrelsen (2015c). *Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga. Slutrapport.* (Art.nr: 2015-2-41).

Socialstyrelsen (2016). *Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning*. (Art.nr: 2016-8-2).

Socialstyrelsen (2017a) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning.* (Art.nr: 2017-12-2).

Socialstyrelsen (2017b). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.* (Art.nr: 2017-4-22).

Socialstyrelsen (2017c). *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning.* (Art.nr: 2017-10-25).

Socialstyrelsen (2018a). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.* (Art.nr: 2018-4-11).

Socialstyrelsen (2018b). *Välfärdsteknik En studie av användningen av trygghetskameror och gps-larm i 12 kommuner*. (Art.nr: 2018-11-3).

Socialstyrelsen (2018c). *Nationellt kompetenscentrum anhöriga och Svenskt Demenscentrum Redovisning av 2017 års verksamhet.*

Socialstyrelsen (2019a). *Säker personuppgiftsbehandling i socialtjänsten. Rättsläge och utgångspunkter*. (Art.nr: 2019-2-6).

Socialstyrelsen (2019b). *Nationellt kompetenscentrum anhöriga och Svenskt Demenscentrum. Uppföljning av 2018 års verksamhet.* (Art.nr: 2019-3-9).

Socialstyrelsen (2019c). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.* (Art.nr: 2019-5-10).

Socialstyrelsen (2019d). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård Förstudie*. (Art.nr: 2019-2-17).

Socialstyrelsen (2019e) *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2018.* (Art.nr: 2019-2-20).

Socialstyrelsen (2019f). *Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom.* (Art.nr: 2019-6-22).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård. (SOSFS 1980:87).

Socialstyrelsens allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad. (SOSFS 1992:17).

Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer. (SOSFS 2007:17).

Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder. (SOSFS 2008:32).

Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. (SOSFS 2009:6).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete. (SOSFS 2011:9).

Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. (SOSFS 2011:12).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. (SOSFS 2014:4).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. (SOSFS 2014:5).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. (HSLF-FS 2016:40).

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. (HSLF-FS 2016:89).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. (HSLF-FS 2017:37).

Statskontoret

Statskontoret (2005). *Reglering och andra styrmedel, En studie av hur staten styr kommuner och landsting.* (2005:28).

Statskontoret (2011). *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting* (2011:22).

Statskontoret (2014a). *Om offentlig sektor. Överenskommelser som styrmedel.*

Statskontoret (2014b) *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKR. Slutrapport.*

Statskontoret (2015). *Överenskommelser som styrmedel.*

Statskontoret (2016). *Myndighetsanalys av Myndigheten för delaktighet.* (2016:18).

Statskontoret (2019). *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting – en analys.* (2019:2).

Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2017a). *Patientsäkerhet – I kommunal hälso- och sjukvård.*

Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2017b). *Sjukfrånvaro i kommuner och landsting. Vad är problemet?* Sveriges kommuner och regioner. (ISBN: 978-91-7585-593-6).

Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2018a) *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018.* (ISBN: 978-91-7585-610-0).

Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2018b). *Använd SIP – Ett verktyg vid samverkan För alla över 18 år, vuxna och äldre.* (ISBN-nr: 978-91-7585-765-7).

Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2018c). *Sätt ljus på natten. Rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre.* (ISBN 978-91-7585-627-8).

Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2018c). *Ekonomirapporten, maj 2018. Om kommunernas och landstingens ekonomi*.

Sveriges kommuner och landsting (2019a). *Utveckling i en digital tid. En strategi för grundläggande förutsättningar.*

Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2019b). *Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi.*

Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten (2016a) *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik – en kartläggning*. (Rapport: 2016:1).

Upphandlingsmyndigheten (2016b). *Ersättningsformer vid konkurrensutsättning av vård och omsorg. Vägledning nr 3.*

Upphandlingsmyndigheten (2017). *Upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik. Vägledning nr 1.*

Upphandlingsmyndigheten & Konkurrensverket (2018). *Statistik om offentlig upphandling 2018.* (ISBN-nr: 978-91-983862-9-5).

Upphandlingsmyndigheten (2019). *Slutredovisning för uppdrag att främja innovationsupphandling.* (2019:3).

VINNOVA

Vinnova (2016). *Flaggskeppsfabriken – styrkor i svensk produktion. Erfarenheter från ett utvecklingsprojekt med tio ledande produktionsföretag.* (Diarienr: 2014-03171).

Litteratur

Asp P., Ulväng M. & Jareborg N. (2013). *Kriminalrättens grunder.* Iustus.

Danelius, H. (2015) *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis: en kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna.* Norstedts Juridik.

Hjalmarsson, I. (2014). *Vem ska bestämma vad i hemtjänsten*? Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:2. (ISSN 1401-5129).

Jareborg (1984). *Brotten I – Grundbegrepp: Brotten mot person*, 2 uppl. Norstedts.

Jareborg, N. (1985). *Brotten: första häftet: grundbegrepp, brotten mot person.*, 2 uppl. Norstedts.

Lundgren, L. & Sunesson, P-A. (2020). *Nya sociallagarna: med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2020.* Stockholm. Norstedts Juridik AB.

Nymark, M. (2016). *Patientdatalagen: En kommentar.* Wolters Kluwer.

Petrén, G., Ragnemalm, H. (1980). *Sveriges grundlagar.* Liber förlag, Uddevalla.

Rynning, E. (1994). *Samtycke till medicinsk vård och behandling: en rättsvetenskaplig studie. = [Consent to medical care and treatment] [a legal study]* Diss. Uppsala: Univ. Uppsala.

Segrelles Calvo, G., Gomez-Suarez, C., Soriano, J. B., Zamora, E., Gonzalez-Gamarra, A., Gonzalez-Bejar, M., Ancochea, J. (2013). *A home telehealth program for patients with severe COPD: the PROMETE study.* Respir Med, 108(3), 453–462. (doi: 10.1016/j. rmed.2013.12.003).

Wennergren (1980). *Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp. I: Om våra rättigheter.*

Öman, S. (2019). *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m.* Stockholm. Norstedts Juridik AB.

Webb

Artikel i Hela Götaland hämtad 2020-02-02. www.helagotland.se/samhalle/sa-overvakas-aldre-med-hemtjanstens-kamera-15433956.aspx

Artikel i Mitt i Stockholm. Hämtad 2020-02-02. https://mitti.se/nyheter/kameror-pensionarer-botkyrka/

Artikel i Skånska dagbladet. Hämtad 2020-02-02. www.skd.se/2017/04/20/kameran-ger-ulla-ostord-somn/

Artikel Skövde nyheter. Hämtad 2020-02-02. www.skovdenyheter.se/article/nyckelfria-las-en-stor-hjalp-for-hemvarden/

Artikel SVT/Gävleborg Hämtad 2020-02-02. www.svt.se/nyheter/lokalt/gavleborg/carina-nattovervakas-via-en-kamera

Digidel. Hämtad 2020-02-20.

www.digidel.se/digidelcenter/

Digidel. Hämtad 2020-02-20.

www.internetstiftelsen.se/kunskap/for-alla/digital-delaktighet/

Healthcare and care at distance. (2018). Hämtad 2020-02-02. www.healthcareatdistance.com

Kunskapsguiden. (2020). *E-hälsa och välfärdsteknik i socialtjänsten* www.kunskapsguiden.se Hämtad 2020-02-02. www.kunskapsguiden.se/aldre/Webb-utbildningar/Sidor/E-halsa-och-valfardsteknik-i-socialtjansten.aspx

MSB. Informationssäkerhet.se. Hämtad 2020-02-02. www.informationssakerhet.se

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). (2019). *Metodstöd för systematiskt informationssäkerhetsarbete*. Hämtad 2020-02-02. www.informationssakerhet.se/metodstodet/

PTS (2019). *Digitaliseringssnurran* Hämtad 2020-02-02. https://digitaliseringssnurran.se/

SKR (2019). *Upphandling av välfärdsteknik En vägledning.* https://rapporter.skl.se/upphandling-av-valfardsteknik.html

SKR Informationsverktyg *Klassa*. Hämtad 20202-02-02. https://klassa-info.skl.se/

SKR *Leda för smartare välfärd*. Hämtad 2020-02-02. https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/digitaliseringinomsocialtjansten/valfardstekniksocialomsorg/ledaforsmartarevalfard.10398.html

Socialstyrelsen (2019) *Juridiskt stöd för dokumentation.* Hämtad 2020-02-02. https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod

Socialstyrelsen (2019). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna*. Hämtad 2020-02-02. http://oppnajamforelser.socialstyrelsen.se/NationellEHalsa/Sidor/default.aspx

Socialstyrelsen. (2017). Hämtad 2020-02-02. https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet

Svenska stadsnätsföreningen. Hämtad 2020-02-02. www.ssnf.org

Svenskt demenscentrum (2017). *Nollvision.* Hämtad 2020-02-02. www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/Nollvision

Upphandlingsmyndigheten (2016). *6 myter om dialog.* www.upphandlingsmyndigheten.se/verktyg/ publikationer/6-myter-om-dialog/

Upphandlingsmyndigheten (2019). *Beställarnätverk* hämtad 2020-02-02. www.upphandlingsmyndigheten.se/omraden/dialog-och-innovation/bestallarnatverk/

Vinnova (2020). *Strategiska innovationsprogram – samarbete för hållbar innovation*. Hämtad 2020-02-02. www.vinnova.se/m/strategiska-innovationsprogram/

Övrigt

ABT-fonden (2011). *Demonstrationsprojekt med bruk af GPS-system i eget hjem.*

Akademikerförbundet SSR & Kommunal (2013). *Matlåda, med eller utan samtal? Om hur villkoren för biståndshandläggare och hemtjänstpersonal påverkar kvaliteten i äldreomsorgen.* (Art.nr: 9789174792065).

Arbetsmiljöverket (2016). *Rapport regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen.* (A2016/00159/ARM).

Bredbandsforums (2019). *Infrastruktur för digitalisering. Slutrapport från Bredbandsforums arbetsgrupp – Infrastruktur för digitalisering.* (Diarienummer 19-7842).

Digitaliseringsrådet (2018). *En lägesbild av digital kompetens.* (Dnr: 18-5698).

Folkhälsomyndigheten m.fl. (2018). *Digital teknik för social delaktighet för äldre personer. Ett kunskapsstöd om möjliga insatser utifrån forskning, praktik, statistik, juridik och etik.* (Art.nr: 18063).

Fölster, S. (2015). *De nya jobben i automatiseringens tidevarv.* Stiftelsen för Strategisk Forskning.

Försäkringskassan (2018) *Delredovisning avseende Uppdrag att erbjuda samordnad och säker statlig it-drift*. (dnr Fi2017/03257/DF).

Hannertz, Å. & Malmqvist, C (2013). *Utvärdering av projekt. Förskrivning av larm i Östersund – ekonomi och process*.

Hjälpmedelsinstitutet (2013) *Nyttokostnadsanalys vid införande av välfärdsteknologi – exemplet Posifon*. (Artikelnummer: 13309-pdf).

Hjälpmedelsinstitutet (HI). (2012) *Att införa e-hemtjänst – erfarenheter från Västerås stad*. (Artikelnummer: 12366). Hjälpmedelsinstitutet.

Internetstiftelsen (2019) *Svenskarna och internet 2019.*

Kommunal (2018). *Digitalisering och arbetstillfällen, Hur kommer automatisering att påverka antalet arbetstillfällen inom Kommunals yrkesområden?* (Art.nr: 978 91 7479 762 6).

Kommunal (2019). *Välfärdsteknik för trygghet, hälsa och utveckling i arbetet.* (Art.nr: 9 789 174 797 800).

Magnusson, Lennart et al (manus) (2018). *Anhörigskap, anhörigomsorg och anhörigstöd, en nationell kartläggning 2018.* Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Malmqvist, C & Hannertz, Å (2013). *Utvärdering av projekt Förskrivning av larm i Östersund*. Östersunds kommun och Pay off AB.

Nordens välfärdscenter (NVC) (2017). *Välfärdsteknologi – verktygslåda för implementering*. Stockholm. Nordens välfärdcenter.

Nordens välfärdscenter (NVC) (2019). *Vård och omsorg på distans – 24 praktiska exempel från Norden.* Nordens välfärdscenter.

Nordic Innovation & Nordic Welfare Centre (NVC). (2019). *Ambient assisted living technology, Welfare technologies for active and independent living at home*, Version 1.

Oskarsson, A-L., Kolkowska, E. & Essunger, H. (2020). *När goda intentioner försämrar: Hur IBIC bidrar till rättsosäkerhet, suboptimering och försämrad arbetsmiljö.* Underlagsrapport till S 2018:11. (URI: urn:nbn:se:oru:diva-79426). Örebro universitet.

Ramböll (2017), *Pilotstudie – Den digitala omställningen i Kommunsverige.* Enheten för digital förvaltning, Finansdepartementet.

Riksrevisionen (2019). *Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder.* (RIR 2019:33).

RISE (2020). *Plattform och Struktur för Styrning och Samverkan – Trygg och effektiv omsorg med stöd av välfärdsteknik och digitalisering.* Stockholm. RISE.

Rådet för styrning med kunskap (2019). *Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2018.*

Sandman L. (2015) *Etik och nedsatt beslutsförmåga. Etisk bedömning vid användning av välfärdsteknologi för personer med nedsatt beslutsförmåga.* MFD.

SKL Kommentus inköpscentral (SKI) (2015). *Trygghetslarm & larmmottagning Avropsvägledning.* SKI.

Statens servicecenter (2017) *En gemensam statlig molntjänst för myndigheternas it-drift. Delrapport i regeringsuppdrag om samordning och omlokalisering av myndighetsfunktioner.* (Diarienummer: 10052-2016/1121).

Svedérus, J. (2019). *Nyckelfri hemtjänst. Utvärdering av projekt inom hemtjänsten.* (Rapportnr: Äld 2019/84). Järfälla kommun.

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* (ISBN-NR: 978-91-85060-10-8).

Svenska stadsnätsföreningen. (2016). *Stadsnätens roll, skapa konkurrens och låga priser.*

Svenskt demenscentrum (2010). *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården.*

Svenskt demenscentrum (2013). *Vad kan Sverige lära? Tvingande skyddsåtgärder i Norge, England och Holland.*

Sveriges Arbetsterapeuter & Kairos Future (2018). *Nära liv – nära vård i en digital vardag.* (ISBN: 978-91-87837-51-7).

Universitetskanslerämbetet (UKÄ). (2019). *Framtidens behov av högskoleutbildade. Genomgång av 15 bristyrken inom offentlig sektor fram till 2035.* (Rapport: 2019:23).

VIS (2016). *VIS. Velferdsteknologi i sentrum. Innföring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Olso. En kartlegging av effekten. Revidert utgave av delleveranse 2 av 2.*

Vårdföretagarna (2019). *Privat Vårdfakta 2019. Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen.* (ISSN 2002-861X).

Välfärd & Hälsa/Västerås Science Park AB (2018). *Vägledning för implementering av välfärdsteknik*.

Västerås stad (2015). *Västeråsmodellen en riktlinje för införande av trygghetsskapande teknik inom vård och omsorg.* (Beslutad av äldrenämnden 17 februari 2015).

Utredarens efterord

Varje utredning är en resa. Det är en resa där målet är bestämt genom direktiven, men där färdvägen kan se lite olika ut beroende på omständigheterna. Starten är för de flesta lite kittlande. Fullt ös framåt och uppåt. Sedan lite lugnare förhållanden när marschfart har uppnåtts. Vid klar sikt syns landskapets alla skiftningar från den höga höjden. Det är många intryck som ska fångas upp längs färden. Nya upptäckter görs av resenärerna – är det så här det ser ut från ovan? Kaptenen styr planet i lite vidare svängar för att vidga intrycken. Men när passagerarna fått tillräckligt så är det dags för landning. Många checklistor även då; är allt från direktiven med (check), vad måste med från intryck som inte kunnat fångas upp av dem som skrev direktiven (check) och är alla beredda på landning (läs experter och sakkunniga). När flygledatornet ger klartecken går planet in för en förhoppningsvis lugn landning.

På flygplatsen är redan rätt gate bokad till vilken planet ska taxa. Genom rutorna kan passagerarna se att några plan redan står uppställda vid näraliggande gater. Det är plan som startade lite tidigare. Några gater är tomma, men de kommer snart att få sitt plan och sina resenärer eftersom de nyligen har nyligen startat.

I ankomsthallen är det som vanligt livligt och sorligt. En välkomstkommitté tar emot de nyanlända, men gör sig sedan beredd för att ta emot nästa plan med nya resenärer.

Denna utredning har med detta betänkande landat och innehållet har överlämnats till Socialministern som är vår välkomstkommitté. Metaforen ska naturligtvis inte drivas för långt men jag kan inte undandra mig att både reflektera över resan med denna utredning och vad det är för erfarenheter som andra utredningar har att dela med sig av.

Till andra pirar på flygplatsen har det kommit flyg från andra ”bolag” och med andra uppdrag som till synes kan vara långt ifrån

det uppdrag vi hade. Strax före vår ankomst landade Kommunutredningen till Finansdepartementets pir och den togs emot av civilministern. Vi har nyfiket och intresserat följt deras arbete. De har haft en betydligt längre färdväg. Likt Nils Holgersson har de från ovan sett, dokumenterat och reflekterat över Sveriges nya ekonomiska och demografiska geografi. Det var inte första gången en sådan resa gjordes. Rikets indelning har varit en stor fråga i princip sedan riket delades in.

Vi väntar med spänning på när Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård ska landa och taxa in till vår pir. Vi såg redan från start vår värderingsgemenskap i synen på individens behov och hur vården och omsorgen skulle behöva förändras för att uppnå intentionerna i den personcentrerade vården och omsorgen. Det är något som vi som medborgare ser som fullständigt självklart men desto svårare att få till när vi går in i våra olika roller som ansvariga för olika delar av systemen.

När vi nådde marschfart blev det uppenbart att vilka utredningar som kommer till andra pirar kommer att vara helt nödvändiga förutsättningar för att förverkliga målsättningen med vårt uppdrag. Till Infrastrukturdepartementets pir kom t.ex. nyligen Bredbandsforums och Digitaliseringsrådets rapporter. Redan tidigare hade strategiska utredningar lagt grunden för Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) med tillhörande lagstiftningskomplex och stimulanser. De första bitarna till en mer samordnad digital strategi började då att läggas. Hos en ytterligare en annan pir, Justitiedepartementets, har man genom lag införlivat det europeiska dataskyddsdirektivet (GDPR), något som inte minst vi har fått förhålla oss till.

Ibland kan en metafor få tankar på plats eller få dem länkade till konstruktiva banor. Så fungerar vi människor. En utredning är i praktiken många samtal och diskussioner. Det är alla utredares erfarenhet. Ofta handlar dessa samtal om det som är bredare än själva uppdraget. För att nå målet för utredningen behöver förslagen fungera i sin omgivning, sin kontext.

Vår utrednings kontext är hur äldreomsorgen fungerar för dem som den är satt att tjäna redan i dag? Hur kommer den att fungera i en framtid när möjligheter och värderingar har förändrats? Till kontexten hör också denna verksamhets relation ut till andra verksamheter i samhället, särskilt vården. Alla vi mött under utredningsarbetets gång har velat diskutera den större helheten.

Utvecklingen av äldreomsorgen finns fint beskrivet i skriften ”Från fattigvård till valfrihet” utgiven av SKR juni 2011. För alla verksamheter är det viktigt att förstå sina rötter, sin historia, inte minst för att kunna förstå var man befinner sig just nu. Skriften är i sig också en tidsmarkör, den gavs ut då valfrihet sågs som nästa steg i ansträngningen för att öka kvaliteten. Förutsättningarna för äldreomsorgen finns också i ”Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer”, ett betänkande som var grunden för denna utrednings tillkomst. Att läsa utredningar är en sak, att få del av verksamheten i praktiken är en annan. I den vardagliga vardagen handlar det om bemötande, mat, tillsyn, oro och mycket, mycket mer. Det är viktigt att försöka förstå vad som är äldreomsorgens väsen, vad är det för idé och drivkraft som kittar den samman.

För mig som utredare med en bred erfarenhet från många andra sektorer i samhället inte minst förutsättningarna för industriell verksamhet så var det omöjligt att inte göra jämförelser. Under utredningsarbetets gång ställde jag rastlöst frågan till vänner i den industriella sfären om sambandet mellan kvalitet och produktivitet (i den ordningen) och om detta fanns dokumenterat. Oftast blev svaret att ”det är ju så vi gör”. Att t.ex. omedelbart följa upp fel och åtgärda dem även på systemnivå är, som man uttrycker det ett nödvändigt förhållningssätt. Efter visst sökande pekade de allra flesta på den dokumentation som tio stora företag gjort, nämligen strukturerad dokumentation av faktorerna bakom att de framgångsrikt legat på topp år efter år. Allt inom ramen för projektet *Flaggskeppsfabriken*, som nu får sin uppföljning genom att sprida arbetssätt till de små och medelstora företagen och hur digitalisering 4.0 ska tas om hand. Det bekräftade min hypotes från utredningens start – att äldreomsorgen behöver bli mer branschliknande och arbeta med gemensam utveckling. Det kunde också varit relevant att i detta tidevarv med klimatfokus och hållbarhet göra jämförelser med det svenska miljöarbetets utveckling och erfarenheter. Det blev framgångsrikt genom en kombination av hårda myndighetskrav (Naturvårdsverket 1967) och stöd till teknisk utveckling (Styrelsen för Teknisk utveckling, STU, 1968–91). Många av dåtidens problem kunde reduceras till en bråkdel. När dessa goda resultat uppnåtts blev det tydligt att de nya miljöproblemen skapades på andra vägar än genom skorstenar och avloppsrör varför förebyggande strategier blev nödvändiga. Det hade fört för långt att driva sådana resonemang inom ramen för denna

utredning, men det sätter fokus på behovet av förebyggande arbete inom alla sektorer och att det finns mycket att lära av varandra. Det får snarare vara ett uppslag till kommande utredningar om det generiska synsättet när det gäller att förebygga skador, sjukdom etcetera.

Jämförelserna klargjorde behovet av verksamhetsutveckling både generellt och specifikt när det gäller äldreomsorgen. Kommunutredningen hade till uppgift att titta på de strukturella faktorerna, inte på verksamheternas utveckling. Eftersom de strukturella förändringarna låter vänta på sig så rycker kommungemensam verksamhetsutveckling fram allt tydligare. Detta är skälet till vårt förslag om ett centrum för utveckling av äldreomsorg. Skälet är den digitalisering som kommer att behöva ske på bredden, men det vore tokigt om inte den sattes in i sitt sammanhang. Till exempel att nyvunna kunskaper från andra områden som rör åldrandets sjukdomar skulle kunna integreras i ett sådant utvecklingsarbete.

Den offentliga ekonomin är en, även om vi funktionellt delat in den i tre nivåer. Som jag återkommer till strax är digitaliseringen en sådan stor uppgift att den (bevisligen) inte klaras ensamt av en kommun eller region. Det är inte heller ens önskvärt med tanke på de framtida möjligheterna att utbyta data som kommer att kräva nationella lösningar.

Inom ramen för de offentliga verksamheternas möjligheter att verka så framstår just kunskapsspridningen som ett av de viktiga instrumenten för att åstadkomma förändring och förbättring. Direktiven var mycket tydliga på denna punkt. Alla organisationer har sina hussar och mattar som ansvarar för sina budgetar och sina instruktioner. Men synsättet att samverka över gränser börjar växa sig allt starkare. När vi vände och vred på olika möjligheter så framstod en akronym allt mer betydelsefull – RSS (Regionala Samverkans- och Stödstrukturer). Det är ett samverkansarbete som bekostas av kommunerna själva genom en extra uttaxering (medlemsavgift) till SKR. Det innebär i praktiken att varje kommun måste fatta ett eget beslut efter sedvanlig beredning i först nämnder och till slut i kommunfullmäktige. Inte så lite imponerande. Men det säger också lite om hur fragil denna samverkan är och att den struktur som nu finns måste vårdas långsiktigt, stärkas finansiellt och ges angelägna uppgifter.

Under arbetet med vår utredning tillsatte regeringen utredningen Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Göran Johnson

fungerar som särskild utredare och i slutskedet av vårt arbete delgav vi hans utredning våra slutsatser och iakttagelser. Den utredningen har valt ett regionalt fokus för sitt arbetssätt vilket understryker vikten av att bygga vidare på arenor av den typ som RSS utgör. I vår utredning har vi också särskilt tryckt på att jämställa kompetensbehoven i vård respektive omsorg.

Nyckelfrågan för denna utredning har från start varit frågan om samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga. Om inte utredningen hade lyckats lösa denna fråga hade många av de andra följdfrågorna fallit till exempel formerna för en mer effektiv spridning av välfärdsteknik. Utredningens jurist botaniserade skickligt i tidigare utredningar, förarbeten, och andra regelverk och ställde tidigare förslag mot verklighetens förutsättningar. Då kunde successivt ett ramverk för denna utredning växa fram. I princip handlade det om att göra lagligt, kodifiera, det som några, men långt ifrån alla redan gjorde. Och grundligt pröva hur våra förslag stod sig i förhållande till etiska och andra värderingar. Just osäkerheten kring frågan ”vad får vi och vad får vi inte göra” var nog den faktorn som vi upptäckte var den mest återhållande när det gäller en bredare spridning av välfärdsteknik. Risken att som professionell medarbetare bli granskad eller till och med uthängd var en starkt återhållande faktor.

Att skriva lagtext är ett finlir. De olika lagarna måste fungera tillsammans när de möter verklighetens individ. Metoderna som tillämpar lagen måste vara beprövade. När SIP, samordnad individuell planering, växte fram som metod även för detta område började ”lagpaketet” kännas konsistent. Rent historiskt kom SIP fram som en lösning på ett tidigare problem som varit en stor fråga mellan huvudmännen för vård respektive omsorg, nämligen hur man ska förfara vid utskrivning av en medicinskt färdigbehandlad patient. SIP ses numera som ett verkningsfullt arbetssätt och kunskapsspridningen om denna metod blir allt mer omfattande. SIP som synsätt synliggör också det alldeles självklara att det är individens behov och förutsättningar som ska stå i centrum, att insatserna ska samordnas och planeras. SIP tydliggör också behovet av att olika typer av professioner medverkar och att det är inom ramen för det professionella ansvaret som den bästa vården och omsorgen kan ges. SIP kan sägas vara det analoga formatet av ett gränsöverskridande arbete och förhållningssätt som den fortsatta digitaliseringen kommer att synliggöra och

tydliggöra. Det som vi som medborgare uppfattar som så självklart, att våra behov ska tillgodoses alldeles oavsett vem som är huvudman.

Vår utredning har haft fokus på att lösa dagens problem för att möjliggöra digitalisering och välfärdsteknik. Men också lägga grunden för en fortsatt utveckling. En viktig grund har därför varit att regelverken ska vara teknikneutrala. Det är den bästa förutsättningen för fortsatt teknisk utveckling. En annan förutsättning, grundstrukturen för digitaliseringen återkommer jag till strax. Först en kommentar kring de regler som styr hur olika huvudmän får utbyta data med varandra och som rör individer. Under utredningsarbetets gång tillsattes Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet med Sören Öman som särskild utredare. Det är en alldeles nödvändig utredning för att komma till rätta med de kvalitetsproblem och därmed produktivitetsproblem som vården och omsorgen tillsammans dras med. De tekniska möjligheter vi pekar på när det gäller vård på distans, metoder för att skjuta upp eller helt förebygga insteg i mer komplicerad vård kommer inte att kunna infrias om inte också detta lagpaket kommer på plats. Utredningsdirektiven är i så måtto mycket tydliga och understryker samtidigt vikten av att utveckling av verksamheten äldreomsorg påbörjas redan nu.

Offentlig sektor ligger generellt sett efter privat sektor, särskilt industrin, när det gäller digitaliseringen. Det har understrukits av flera utredningar, inte minst i underlagsrapporter till Kommunutredningen. Inom offentlig sektor har staten sin logik och kommunerna och regionerna sin. Särskilt kommunerna kännetecknas av små möjligheter till investeringar som kan minska driftskostnaderna. Kommunutredningen fokuserade särskilt på de kapacitetshöjande åtgärderna och pekade på digitaliseringen som en sådan faktor. Jag har gjort samma bedömningar som den utredningen. Kommunernas framtida förmåga att utveckla sina verksamheter, alldeles oavsett de heter äldreomsorg, skola eller bibliotek handlar om att nyttja de kraftfulla verktyg som digitalisering, rätt utnyttjat, medger. Utredningen ”Demokratins skattkammare – förslag till en nationell biblioteksstrategi” satte fingret på just behovet av en nationell strategi för digitalisering. I den meningen blir denna utredning ytterligare en i raden som pekar på behovet av nationell kraftsamling. I grunden handlar det om uppgiftsfördelningen i den offentliga ekonomin och vilken nivå som är bäst lämpad för denna typ av investeringar. Sett i ljuset av den mycket breda de-

batt som förs kring frågan om hur välfärden ska finansieras (de så kallade miljarderna) är det än mer angeläget att föra upp investeringsfrågorna i ljuset.

Ett utredningsarbete befinner sig alltid i en föränderlig värld. I vår hinderanalys pekade vi tidigt den digitala infrastrukturen som ett hinder. Jag övervägde ett tag om det var vår utredning med sitt avgränsade uppdrag som skulle lägga förslag för hur sådana strategier skulle kunna förverkligas. Bland annat såg vi att intentionerna i överenskommelsen kring Vision e-hälsa 2025 var helt rätt, men att kraften bakom var alldeles för svag. Det hade dock legat utanför denna utrednings möjligheter och mandat att komma med skarpa förslag i detta hänseende. Det blev därför naturligt att bejaka och understödja SKR-kongressens beslut från november 2019 om en så kallad Sverigeförhandling när det gäller Sveriges digitala infrastruktur. Inspirationen till detta var hämtad från den nyligen genomförda förhandlingen mellan staten och ett stort antal kommuner och regioner när det gäller utbyggnaden av kollektivtrafik och åtagandet att bygga fler bostäder. Även vår utredning har under utredningsarbetets offentliga dialoger jämfört framväxten av den digitala infrastrukturen med transportinfrastrukturen. Den senare är föremål för beslut av regering och riksdag vart fjärde år och omfattar all infrastruktur, från europavägar till skogsbilsvägar. Det är inte orimligt att ha motsvarande synsätt på den digitala strukturen.

I utredningens slutskede förnyade och förtydligade regeringen och SKR överenskommelsen om Vision e-hälsa 2025. Samtidigt kom man överens om att ytterligare stimulera införandet av välfärdstekniska lösningar. Viktiga steg på vägen mot något som förhoppningsvis kan bli ett strukturellt grepp.

Vår utredning har haft förmånen att få titta in i kristallkulan och på så sätt få en uppfattning om vilka möjligheter som står till buds i framtiden. Vad är det för teknik och vad är det för möjligheter som finns då? För den teknikintresserade finns det mycket som kittlar i magen. Men en smart lösning blir ingen lösning, kanske inte ens bra om den inte drivs fram av ett behov och att den kan anpassas till förutsättningarna. Det är en ständig pågående dialektik. Förmågan att se långsiktigt och skapa hyggligt stabila förutsättningar är minst lika viktigt. Jag har redan pekat på svagheten i att koppla avancerade projekt som är beroende av budgetar som beslutas årsvis. Det finns också en risk att fångas av det dagsaktuella och att just frågan för

dagen blir styrande för den närmaste framtiden. Utbyggnaden av 5G får illustrera detta. I utredningens slutskede handlade det främst om risker och beroendet av Kina. De möjligheter som 5G innebär kom beklagligtvis i skymundan till exempel för förädlad samhällsservice, inte minst äldreomsorgen och vården. Det måste gå att hålla två frågor i huvudet samtidigt. Just av det skälet lägger vi ut texten extra mycket kring olika typer av riskfaktorer. Det är bättre att upptäcka dessa på förhand än att (likt miljöproblem) reda upp i efterhand.

Till sist. Vår uppgift om att reda ut frågan om samtycke vid nedsatt beslutsförmåga har under hela utredningstiden varit i centrum. Den är avgörande för att spridningen av välfärdsteknik ska komma ur startblocken. Frågan tydliggjorde också behovet av en professionalisering av hela äldreomsorgen och former för ett mer gränsöverskridande samarbete.

Min inledande metafor är just en metafor. Det ligger inte något ställningstagande för flyg i den, bara ett konstaterande att från hög höjd får man bäst överblick.

Allra sist. Ett fantastiskt arbete av utredningssekreterarna Marie Stegard Lind och Maria Gill och en mycket konstruktiv expertgrupp med hela 19 personer från departement, myndigheter och intresseorganisationer. Stort tack.

Kommittédirektiv 2018:82

Välfärdsteknik i äldreomsorgen

Beslut vid regeringssammanträde den 16 augusti 2018

Sammanfattning

En särskild utredare ska se över och lämna förslag på åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik för ökad trygghet och som stärker självständighet och livskvalitet för äldre och som avlastar personal och moderniserar verksamheten. Syftet är att förbättra förutsättningarna för verksamheterna och personalen inom äldreomsorgen att bättre ta tillvara potentialen i att använda välfärdsteknik.

Förslagen ska gälla

– adekvat stöd, kunskap och förbättrade förutsättningar för personalen,
– förbättrade rättsliga förutsättningar för användning av välfärdsteknik,
– förbättrad samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

Bakgrund

Användning av teknik

Välfärdssektorn står inför en omfattande digitalisering, en modernisering som är efterlängtad och som innebär stora möjligheter. Väl-

färdstekniken kan förbättra kvalitet och självständighet för de äldre. Teknik kan även underlätta arbetet för personalen och vara en del i att utveckla yrket och göra det mer attraktivt. Att kunna rekrytera och behålla omsorgspersonal med rätt kompetens är en utmaning för dagens och framtidens äldreomsorg.

Allt fler kommuner anger att de använder olika typer av välfärdsteknik i äldreomsorgen. Välfärdsteknik definieras enligt Socialstyrelsens termbank som, ”digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning”. Det gäller främst olika typer av passiva larm och sensorer samt vårdplanering via videokonferens. Användningen av gps-larm och nattillsyn med kamera inom äldreomsorgen ökar också markant, dock från låga nivåer. Fortfarande är det mycket få äldre som får del av tekniken – drygt 500 personer har fått gps-larm och ungefär lika många har nattillsyn med kamera i ordinärt boende. Utvecklingen skiljer sig åt mellan olika kommuner. Ur ett nationellt perspektiv går den långsamt, trots de utmaningar som äldreomsorgen står inför och den potential som välfärdsteknik har för att möta utmaningarna.

I Sverige har automatisering och modernisering av industrin pågått i över 100 år. Digitalisering och användning av robotar har förändrat stora delar av arbetsmarknaden. I stor utsträckning har det varit mansdominerade professioner som har teknifierats. Kvinnodominerade sektorer såsom äldreomsorgen har inte teknifierats i lika stor utsträckning. Äldreomsorgen är en sektor som i hög grad består av möten mellan personal och brukare och där teknik inte har haft en given plats. Kvalitet och trygghet skapas genom att personalen är tillgänglig, kompetent och ger ett gott bemötande. Kontinuitet, tid och flexibilitet i omsorgsmötet är centralt för att äldre ska uppleva kvalitet i insatserna. En digitalisering av omsorgen kan bidra till ökad kvalitet i insatsernas utformande och genomförande.

Dessutom är vård- och omsorgssektorn en av de sektorer som mest anses kunna beröras och dra nytta av nya framväxande teknologier, t.ex. artificiell intelligens (AI). Digitalisering och datadrivet beslutsfattande med hjälp av AI-baserade tekniker är viktiga delar för att möta framtida utmaningar inom vård och omsorg.

Välfärdsteknik kan också bidra till bättre arbetsmiljö för kvinnor och män som arbetar inom äldreomsorgens verksamheter. Inom omsorgen finns problem med höga sjukskrivningstal, och det är ange-

läget att på både nationell och lokal nivå verka för bättre arbetsmiljö och sänkta sjukskrivningstal. Genom användandet av välfärdsteknik kan arbetet organiseras på ett sätt som kan innebära att personalen får mer tid till omsorgsarbetet och mer flexibilitet i utförandet av det, vilket i sin tur kan bidra till minskad stress och även minska de belastningsskador som drabbar många kvinnor.

I ett arbetsmarknadsläge som förutspår en omfattande arbetskraftsbrist i välfärden behöver personalens tid och kunskaper läggas på de insatser där de behövs som bäst, dvs. på de insatser som inte kan ersättas av tekniska lösningar. Den välfärdsteknik som införs ska gynna både omsorgspersonalen i deras arbete och de äldre. Detta genom att nya tekniska lösningar kan tillgodose de äldres behov på nya sätt samtidigt som mer tid kan frigöras, exempelvis till ökat utrymme för dagliga aktiviteter för en meningsfull tillvaro och till mötet mellan den äldre och omsorgspersonalen.

Det finns ingen rättslig definition av begreppet äldreomsorg men det har i betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) definierats som den del av socialtjänsten som tillhandahåller insatser för äldre personer, både individuellt behovsprövade och allmänt inriktade insatser. Bostad i en särskild boendeform, hemtjänst och dagverksamhet är exempel på individuellt behovsprövade insatser. Öppna verksamheter är ett exempel på allmänt inriktade insatser (s. 28).

Åldrande befolkning och rekryteringsutmaning för välfärden

Äldreomsorgen står inför stora utmaningar. Antalet kvinnor och män som är 80 år och äldre beräknas öka med 255 000 personer fram till 2028, vilket innebär en ökning med 50 procent (källa: SCB, 2018-04-26). Personer som är 80 år och äldre har de största behoven av vård- och omsorgsinsatser. Det innebär att behovet av både hälso- och sjukvård och äldreomsorg kommer att öka under den närmaste tioårsperioden och att verksamheterna behöver utvecklas och effektiviseras för att kunna möta behoven. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting behövs från 2013 fram till 2023 ungefär 225 000 nya medarbetare i den svenska vården och omsorgen om inga förändringar görs i arbetssätt och bemanning.

Personal- och kompetensförsörjningsarbetet kan inte uteslutande ta sikte på att attrahera och rekrytera ny omsorgspersonal, utan det måste även handla om att ta tillvara den fulla potentialen hos dem som redan är anställda genom att skapa en hållbar och attraktiv arbetsmiljö.

Behovet av en utredning

Frågan om hur välfärdsteknik kan användas mer i äldreomsorgen har varit föremål för utredningar och uppdrag under mer än tio år. Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03) hade i uppdrag att lämna förslag på hur välfärdsteknologi kan användas för en ökad kvalitet och effektivitet. I betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) görs en kartläggning och analys av förutsättningar för användning av välfärdsteknik i äldreomsorgen. Utredningen pekade på områden där det finns fortsatt behov av utredning. Det handlar bl.a. om etiska överväganden, rättsliga förutsättningar samt personalens förutsättningar att använda tekniken.

Kommunerna efterfrågar en tydligare nationell samordning och styrning för att påskynda utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik, enligt Socialstyrelsens rapport E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 (Socialstyrelsen, 2018).

Välfärdsteknik ska användas på ett sätt som stärker självständighet och livskvalitet för äldre och som avlastar personal och moderniserar verksamheten så att personalen får förbättrade förutsättningar i omsorgsarbetet. För att stärka förutsättningarna för användning av välfärdsteknik tillsätter regeringen en utredare som ska lämna förslag på sådana åtgärder.

Uppdraget

Stöd, kunskap och förutsättningar för personalen

Användning av välfärdsteknik kan bidra till en bättre arbetsmiljö för personalen och göra yrket mer attraktivt. Teknik kan användas på ett sätt som ger effekter på personalförsörjningen. För att välfärdsteknik ska fungera på ett tryggt och säkert sätt krävs att personalen har tillräcklig kunskap om tekniken och att arbetet och arbetssätten

organiseras och anpassas så att den nya tekniken kan bli en integrerad del i arbetet. Införandet av välfärdsteknik i omsorgen är en viktig yrkesutveckling för de kvinnor och män som arbetar inom omsorgen. Men införandet av ny teknik behöver kombineras med kompetensutveckling och utbildning så att välfärdsprofessionerna ges möjlighet att styra över tekniken och inte tvärt om.

Det är angeläget att omsorgspersonal får möjlighet att involveras i arbetet inför upphandlingen av välfärdstekniken så att behovet och målet med den är väl definierat och att ändamålsenliga krav ställs. Genom att aktivt involvera dem som ska använda tekniken i utvecklingsprocessen, ökar förutsättningarna för att den tekniska lösningen blir ändamålsenlig och lätt att använda samtidigt som den utgår från de äldres behov.

Utredaren ska

- identifiera och analysera förutsättningar och eventuella hinder som finns för att använda välfärdsteknik inom äldreomsorgen,
- analysera vilket stöd som omsorgspersonal, arbetsledning och verksamhetsledning har för att använda välfärdsteknik inom äldreomsorgen, och vilka typer av ytterligare stöd som det eventuellt finns behov av,
- utifrån ovanstående, lämna förslag på hur och av vem stödet ska ges samt vem som har ansvaret för förvaltning och utveckling av stödet,
- analysera vilka effekter användning av välfärdsteknik kan ha på behovet av personal i äldreomsorgen, utifrån den värdegrund för äldreomsorgen som finns reglerad i socialtjänstlagen (2001:453).

Rättsliga förutsättningar

Att använda välfärdsteknik är en stor fråga för kommunerna. Uppfattningen är att det finns en stor potential i en ökad användning av välfärdsteknik i äldreomsorgen. Utgångspunkten är att det måste ske inom befintliga etiska och rättsliga ramar.

En central fråga är i vilken utsträckning välfärdsteknik kan användas i vård och omsorg av äldre personer med nedsatt beslutsförmåga. Det finns oklarheter i lagstiftningen om på vilket sätt personer med nedsatt beslutsförmåga kan erbjudas tjänster med hjälp av välfärds-

teknik. Denna fråga har tidigare utretts eller lyfts av bl.a. Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning, i betänkandet Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning (SOU 2015:80), Integritetskommittén i betänkandet Hur står det till med den personliga integriteten? (SOU 2016:41), Socialstyrelsen i rapporten E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 (Socialstyrelsen 2018) samt av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Frågan lyftes även i betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Flera av remissinstanserna som lämnade yttrande om sistnämnda betänkande var positiva till förslag om att tillsätta en utredning om behov av ytterligare lagförslag och lagändringar i syfte att underlätta användningen av välfärdsteknik inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det gäller bl.a. Sveriges socialchefer, IVO och Läkarförbundet.

Digitaliseringsrättsutredningen har även i betänkandet Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering (SOU 2018:25) lyft fram att användning av välfärdsteknik kan föra med sig nya rättsfrågor.

Det finns behov av att följa utvecklingen av digitala välfärdstjänster och bedöma om det finns behov av att anpassa regelverket som gäller äldreomsorgen.

Utredaren ska

– utifrån tidigare utredningar, remissvar, rapporter m.m. överväga och vid behov lämna författningsförslag med fokus på reglering av samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen,
– analysera och identifiera rättsliga hinder för användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen.
– överväga behov av övriga författningsförslag i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

Samverkan, nationellt stöd och myndigheternas roll

Välfärdsteknik inom äldreomsorgen är ett kommunalt ansvar. Många kommuner är små och har begränsade resurser att följa utvecklingen av hur tekniska lösningar kan förbättra verksamheterna. Samverkan mellan kommuner och ett nationellt stöd kan fylla en funktion mot bakgrund av detta.

Myndigheten för delaktighet har i sin instruktion Förordning med instruktion för Myndigheten för delaktighet (2014:134) ett uppdrag för frågor om välfärdsteknik. Av denna framgår att myndigheten ska utveckla kunskap om hur samspelet mellan generella välfärdsteknologilösningar och personligt utformade hjälpmedel fungerar för den enskilde samt följa och vid behov medverka i strategiskt viktig nationell och internationell standardisering inom välfärdsteknologi (4 § 6 och 7). Myndigheten har också haft regeringsuppdrag för att ge goda förutsättningar för implementering av välfärdsteknik i kommunerna (dnr S2014/1398/FST).

E-hälsomyndigheten har i uppdrag att samordna regeringens satsningar på e-hälsa och övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet. Myndigheten har också ett regeringsuppdrag att ta fram ett nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik i kommunerna (e-hälsa) (dnr S2018/02375/FST). Uppdraget syftar till att stödja kommunernas verksamhetsutveckling med stöd av digitalisering och välfärdsteknik, samt stödja kommunernas arbete med effektivisering i kommunala verksamheter inom social omsorg och hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen arbetar också med att stödja kommunerna med frågor om välfärdsteknik. Myndigheten tar bl.a. fram kunskapsstöd kring juridiska frågor, utbildningar, rapporter och meddelandeblad samt gör årliga uppföljningar av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Upphandlingsmyndigheten ger stöd i upphandlingsfrågor och har ett särskilt stöd inom vård- och omsorgsområdet, däribland en vägledning om upphandling av hjälpmedel och välfärdsteknik. Utöver dessa myndigheter inrättas den 1 september 2018 Myndigheten för digital förvaltning.

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har också ingått en överenskommelse om en gemensam vision för e-hälsa inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, Vision e-hälsa 2025. Visionen följdes 2017 av en gemensam handlingsplan för samverkan, som redogör för hur det gemensamma arbetet inom e-hälsoområdet ska utformas och drivas framåt.

SKL har ett beställarnätverk för välfärdsteknik som har tagit fram en vägledning för upphandling av trygghetsskapande teknik. Exempel på andra aktörer som har information och stöd till kommuner är Inera AB och Hälsans Nya Verktyg samt företag som verkar för effektivitet och hög kvalitet inom äldreomsorgen. Framöver kom-

mer Myndigheten för digital förvaltning att samordna och stödja den förvaltningsgemensamma digitaliseringen i syfte att göra den offentliga förvaltningen mer effektiv och ändamålsenlig.

Trots det utbud av stöd som finns från nationella aktörer är det många kommuner som uppger att de behöver stöd på närmare håll, tydligare nationell samordning och styrning. Information om tekniska möjligheter och goda exempel på lösningar som fungerar i andra kommuner efterfrågas. Detsamma gäller stöd i juridiska frågor och frågor om upphandling för säkrare införande av välfärdsteknik, enligt Socialstyrelsens rapport E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 (Socialstyrelsen, 2018).

Utredaren ska

- undersöka och föreslå hur det befintliga stödet och formerna för samverkan mellan myndigheter, kommuner och andra relevanta aktörer kan förbättras och hur samverkan mellan kommuner kan underlättas men stödet ska inte vara i form av finansiering,
- göra en utblick för att se hur teknik används på andra samhällsområden för att stärka den enskilde och underlätta för personalen och vid behov lämna förslag som kan främja teknikanvändning inom äldreomsorgen för såväl de äldre som för personalen.

Utredaren ska under uppdragets gång följa pågående satsningar inom området, t.ex. Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi, Vision e-hälsa 2025, För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi samt arbetet som sker på myndigheter som har liknande uppdrag på området, bl.a. Myndigheten för delaktighet, E-hälsomyndigheten och Myndigheten för digital förvaltnings kommande arbete.

Ekonomiska och andra konsekvenser

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). De ekonomiska konsekvenserna och effekterna av förslagen ska beräknas och beskrivas. Detta omfattar beräkning och beskrivning av samhällsekonomiska kostnader och nyttor som uppstår även utöver de offentligfinansiella effekterna av förslagen. Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning,

se 15 a § kommittéförordningen. Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för staten, kommuner eller landsting, ska utredaren beräkna och redovisa de ekonomiska konsekvenserna i enlighet med kommittéförordningen. Den kommunala självstyrelsen utgör grunden för skötseln av alla kommunala angelägenheter som bestäms i lag (14 kap. 2 § regeringsformen). En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Påverkar något av förslagen som utredaren lämnar den kommunala självstyrelsen ska utredaren särskilt redovisa dessa konsekvenser och de särskilda avvägningar som enligt utredarens mening motiverar att inskränkningen görs. Om flera möjligheter finns för att nå samma mål, ska utredaren föreslå den som innebär den minst långtgående inskränkningen i den kommunala självstyrelsen. I konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska såväl konsekvenser för personal som för äldre redovisas och analyseras.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med företrädare för arbetsmarknadens parter, privata företag inom området, kommuner och lokala politiker, Sveriges Kommuner och Landsting, berörda myndigheter samt pensionärs- och anhörigorganisationer. Utredaren ska samråda med andra pågående utredningar som är relevanta, bl.a. Framtidens socialtjänst (S 2017:03), Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och Utredningen om reglering av yrket undersköterska (S 2017:07).

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

(Socialdepartementet)

Aktörer i urval som utredningen fört dialog med

- Socialstyrelsen
- Sveriges kommuner och regioner (SKR)
- E-hälsomyndigheten
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Post- och telestyrelsen (PTS)
- Myndigheten för delaktighet (MFD)
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)
- Myndigheten för digital förvaltning (DIGG)
- Upphandlingsmyndigheten
- Myndigheten för yrkeshögskolan
- Svenskt Demenscentrum
- Forte
- Inera
- Vinnova
- Nationellt kompetenscenter anhöriga (Nka)
- Nordens välfärdscenter (NVC)
- Föreningen Sveriges socialchefer (FSS)
- Svenska Kommunalarbetareförbundet (Kommunal)
- Vision

- Akademikerförbundet SSR
- Sveriges Läkarförbund
- Sveriges Arbetsterapeuter
- Dietisternas riksförbund
- Psykologförbundet
- SPF Seniorerna
- Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
- SKPF Pensionärerna
- RPG Riksförbundet PensionärsGemenskap
- Regional samverkans- och stödstruktur (RSS) i Stockholms län (StorSthlm)
- Nationella nätverket Hjälpmedelscentralerna
- Internetstiftelsen
- Swedish Medtech
- IT&Telekomföretagen
- Vårdföretagarna
- Demensförbundet
- Vård- och omsorgscollege
- Research Institutes of Sweden RISE
- Räddningstjänsten Storgöteborg, RSG
- Institutet för Näringslivsforskning
- Kommuninvest
- Mälardalens högskola

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]

Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]

Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]

Justitiedepartementet

Skärpta regler om utländska månggiften. [2]

Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]

Miljödepartementet

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

Näringsdepartementet

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

Socialdepartementet

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]