

Förslag till en samlad statistik för missbruks- och beroendevården

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Skrivelse*. Det innebär att den innehåller nya eller ändrade ställningstaganden från Socialstyrelsen i form av ett meddelande eller en avrapportering. Den kan också innehålla förfrågningar eller begäran/ anhållan om yttranden eller synpunkter på t.ex. remissversioner. Skrivelser är riktade till en eller flera tydliga adressater, t.ex. regeringen, landsting, kommuner, vårdgivare m.fl.

Artikelnr 2006-107-1

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2006

Förord

Denna rapport är ett svar på det uppdrag att lämna ett förslag till en samlad statistik för missbrukarvårdens alla delar, som Regeringen har givit Socialstyrelsen i myndighetens regleringsbrev för 2005/2006.

Uppdraget har legat inom området socialtjänstpolitik. Missbruk och beroende av alkohol och andra droger är dock problem som berör såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård och kriminalvård. Ideella organisationer gör också stora insatser för personer med dessa problem.

Arbetet med uppdraget har genomförts i en projektgrupp med bred sammansättning inom Socialstyrelsen. *Roger Holmberg* har varit projektledare. *Angélica Porturas* har varit delprojektledare för den del som avser socialtjänststatistiken. Övriga medarbetare i projektgruppen har varit *Abit Dundar*, *Thomas Gunnarsson*, *Matilda Hansson*, *Drazenko Jozic*, *Annika Remaeus*, och *Ann-Britt Thulin*.

Projektets styrgrupp har bestått av enhetscheferna *Anna Holmqvist* och *Inger Widén-Cederberg*, samt avdelningsdirektören *Urban Göransson*.

Håkan Ceder
Stf. generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Uppdraget	7
Problem och brister	7
Socialstyrelsens principförslag	7
Fördelar och nackdelar med personnummerbaserad statistik	8
Olika intressenters synpunkter	9
Konsekvenser	10
<i>Bakgrund</i>	11
Missbruksbehandling – ett splittrat verksamhetsområde	11
Samordnad rapportering av missbruksbehandling	11
<i>Uppdraget</i>	14
<i>Genomförande</i>	15
Projektplan	15
Organisation	15
<i>Utveckling av KIM-rapporteringen</i>	17
Mål	17
Förslag	17
Uppgifter om personer i behandling för eget missbruk	17
Uppgifter om anhöriga/närstående i behandling	18
Möjligheter och begränsningar med personnummerbaserade KIM-data	18
Avgränsning av uppgiftsskyldiga enheter	19
Myndighetssamverkan och statistiksamordning	20
<i>Utveckling av socialtjänststatistiken</i>	21
Mål	21
Förslag	21
Statistikuppgifter – insatser för personer med eget missbruk	21
Statistikuppgifter – insatser för anhöriga eller närstående till personer med eget missbruk	22
<i>Fördelar och nackdelar med personnummerbaserad statistik</i>	24
Definitioner	24
Fördelar	24

Nackdelar	25
<i>Juridiska förutsättningar för personnummerbaserad statistik</i>	27
Inledning	27
Gällande regelverk	27
Behandling av personuppgifter	28
Sekretess	29
Inom det allmänna	29
Enskilt bedriven verksamhet enligt SoL	29
Enskilt bedriven verksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet	30
Uppgiftsskyldighet	30
Kommunalt bedriven socialtjänst	30
Statliga myndigheter	30
Hälso- och sjukvårdsområdet	31
Överväganden och förslag	31
KIM-rapporteringen	31
Socialtjänststatistiken	32
Gemensam förordning	33
<i>Olika intressenters synpunkter på förslagen</i>	34
Socialstyrelsens statistikråd	34
Projektets referensgrupp	35
Brukarorganisationer	36
<i>Registeruppbyggnad</i>	37
<i>Konsekvenser av föreslagna förändringar</i>	38
För Socialstyrelsen:	38
För andra berörda:	38

Sammanfattning

Uppdraget

Regeringen har i regleringsbrevet för år 2005 givit Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta ett förslag på en statistik som täcker hela missbruks- och beroendevården, samt ge ett underlag för upprättandet av ett personregister. Syftet är att förbättra uppföljningen av vården. Statistiken skall även omfatta insatser för anhöriga.

Problem och brister

Den befintliga statistiken på detta område är behäftad med brister av olika slag, som gör att den inte ger en samlad bild av de insatser, i form av stöd, vård och behandling för personer som har problem med missbruk av alkohol och andra droger, som ges i landet. En starkt bidragande orsak här till är att vården bedrivs av flera olika aktörer; hälso- och sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården, privata vårdföretag, samt ideella organisationer. Uppgifterna om den vård som ges inom olika sektorer är inte enhetligt redovisade och samordnade. Den befintliga statistiken utgörs delvis av personnummerbaserade individuppgifter, delvis av ej personnummerbaserade individuppgifter och delvis av enbart mängdstatistik. Den finns endast delvis som officiell statistik, med de kvalitetskrav som gäller för sådan statistik. Statistiken ger praktiskt taget inga möjligheter att följa upp hur vården fungerar för de patienter eller klienter som vårdas. Det går inte ens att se hur många individer, totalt sett, som under ett år får insatser för missbruksproblem.

Socialstyrelsens principförslag

Socialstyrelsen lämnar här ett principförslag till en statistik som syftar till att öka kunskapen om missbruks- och beroendevården, och som därmed på sikt kan bidra med faktaunderlag för att förbättra vården. Om förslaget vinner acceptans, så begär Socialstyrelsen att få ett förnyat uppdrag att detaljutforma en plan för den samlade statistiken.

Förslagets huvudpunkter är införandet av:

- 1) en personnummerbaserad statistik¹ och
- 2) en skyldighet för kommunernas socialtjänst och för specialiserade enheter för behandling av personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger att lämna uppgifter för en sådan statistik².

¹ Individbaserad statistik där personnummer ingår som en variabel.

² Det missbruksarbete som utförs av ideella organisationer, självhjälpsgrupper och liknande skall dock inte omfattas av uppgiftsskyldigheten, såvitt det inte utförs inom verksamheter som är tillståndspliktiga enligt SoL.

Uppgiftsskyldigheten både för kommuner och för specialiserade behandlingsenheter, med olika slags huvudmannaskap och oberoende av vem som bekostar behandlingen, bör regleras i en gemensam, särskild förordning. I den förordningen ges Socialstyrelsen ett bemyndigande att meddela närmare föreskrifter om uppgiftslämnandet. För att en uppgiftsskyldighet för privata företag och ideella organisationer som bedriver behandlingsenheter för missbrukarvård med tillstånd enligt 7 kap. 1 § SoL ska kunna regleras genom en förordning krävs en komplettering om detta i 12 kap. 5 § SoL.

För specialiserade behandlingsenheter sker uppgiftslämnandet inom det nationella informationssystemet ”Klienter i missbruksbehandling – KIM”. Innehållet i det systemet (se bilaga 1 – uppgift om personnummer skall införas i formuläret) är till stor del styrt av de EU-gemensamma riktlinjerna för rapporteringen till ECNN. Efter att uppgiftsskyldigheten säkrat en heltäckande datainsamling avser Socialstyrelsen att på sikt ge KIM-rapporteringen status av officiell statistik. Innehållet i socialtjänststatistiken (den nuvarande datainsamlingens innehåll framgår av bilaga 2), som sedan länge är officiell statistik, kommer att bli mindre omfattande än i KIM-rapporteringen, och bestå av vissa sociodemografiska uppgifter, uppgift om insatsernas karaktär, typ av utförare samt antal vård dygn i heldygnsvård.

Socialstyrelsen avser att, med stöd av förordningen, upprätta tre varandra kompletterande, personnummerbaserade register, innehållande uppgifter om personer som fått insatser (stöd eller vård och behandling) för egna missbruks- eller beroendeproblem med alkohol och andra droger:

1. Personer med beslut om LVM-vård (befintligt register med uppgifter från länsrätter och Statens institutionsstyrelse)
2. Personer med beslut om SoL-insatser (nytt register med uppgifter från kommuner)
3. Personer i missbruksbehandling - KIM (nytt register med uppgifter från ”specialiserade behandlingsenheter” inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, kriminalvård, privata vårdgivare).

Anhöriga eller närstående till personer med ett pågående missbruk (föräldrar, makar/partners/sammanboende, syskon, barn) är ofta hårt drabbade. Uppgifter om personer som får vårdinsatser med anledning av denna situation, kommer att efterfrågas – både från socialtjänsten, i form av biståndsbeslut, och från specialiserade behandlingsenheter. För denna grupp begärs endast vissa basuppgifter in (ej personnummer), och syftet med denna datainsamling är begränsat till att belysa omfattningen och karaktären av de insatser som ges till anhöriga totalt och till olika undergrupper.

Fördelar och nackdelar med personnummerbaserad statistik

Förslaget om införande av en personnummerbaserad statistik väcker frågan om avvägningen mellan kunskapsintresset och den personliga integriteten för de personer som söker och får hjälp för sina missbruksproblem. Det huvudsakliga syftet med en sådan statistik är att skapa tillförlitliga underlag för olika åtgärder som förbättrar de insatser i form av stöd, vård och behandling som samhället erbjuder inom detta område.

Missbruksproblem är heterogena till sin karaktär, och vårdbehoven skiljer sig mycket åt mellan olika individer och även för samma individ över den långa tid som en rehabiliteringsprocess ofta tar. Utan individuppgifter blir det svårt att göra tillförlitliga uppföljningar. Samtidigt finns på många håll inom socialtjänsten en strävan efter att underlätta hjälpsökande, och att ge råd och behandling som en serviceåtgärd utan registrering och formella biståndsbeslut. En sådan inriktning kan upplevas stå i motsättning till krav på att rapportera statistikuppgifter med personnummer även från sådana enheter. Risken för att personer i en ökande omfattning undviker att söka hjälp till följd av den föreslagna rapporteringsskyldigheten – bl.a. mot bakgrund av att narkotikabruk är kriminaliserat – måste värderas noggrant.

De fördelar som en personnummerbaserad statistik medför är bl.a. att:

- Uppföljningsmöjligheterna förbättras, vilket gagnar brukare av missbrukarvården tjänster
- Kvaliteten i statistiken ökar markant
- Statistiken blir mer flexibel
- Analyspotentialen för statistiken ökar drastiskt
- Uppgiftslämnarbördan kan minska
- Statistikproduktionen kan bli mer rationell och kostnadseffektiv.

Nackdelarna är bl.a. att:

- Risk finns för integritetskränkning
- Risk finns att brukares förtroende för vårdens utövare minskar
- Möjligheten att få vård under anonymitet påverkas.

Socialstyrelsen tillämpar sedan flera år rigorösa säkerhetsrutiner vid insamling och fortsatt behandling av personuppgifter för statistiska ändamål. Något otillåtet röjande av känsliga personuppgifter från Socialstyrelsens statistikregister har heller aldrig påvisats.

Olika intressenters synpunkter

Socialstyrelsens förslag till samlad statistik bygger på insamling av känsliga personuppgifter. Det är möjligt att förslaget kommer att orsaka en debatt om integritetsproblematiken. Statistiken ska visa på nyttan av insatserna och att de resurser som åtgår används på bästa möjliga sätt. Förslaget har i olika former diskuterats med företrädare för kommuner, professionen, forskare och brukarorganisationer.

Det förekom en invändning mot behovet av personnummerbaserad statistik i den meningen att sådan statistik inte är en förutsättning för att åstadkomma detta. Från forskarhåll framhölls dock att uppgifter med personnummer är mycket viktiga för att man ska kunna göra bl.a. uppföljande studier av personer med missbruksproblem där bilden av olika insatser över tid framträder.

En annan uppfattning som framfördes var att vid en jämförelse med hälso- och sjukvården framstår det som om socialtjänsten inte tar samma ansvar för att utvärdera och utveckla metoder för behandling. Det motiverar att

det skapas en möjlighet på central nivå för att ge underlag till bättre forskningsmöjligheter.

Med den föreslagna statistiken ansåg vissa att det skulle bli möjligt att skilja ut verksamma behandlingsenheter från overksamma. Den motsatta uppfattningen, nämligen att Socialstyrelsens uppföljning inte bedöms kunna få någon inverkan på hur kommunerna bedriver sin missbrukarvård, har dock också framförts.

En komplikation, som förts fram av olika intressenter när det gäller att skapa ett personnummerbaserat statistiksystem, är att det förekommer anonyma behandlingsmöjligheter för personer med missbruksproblem. Rådgivning och stöd ges i form av service och inte som biståndsbeslutade insatser. En komplikation som också nämnts är kriminaliseringen av narkotikaanvändning, som, om personnummer obligatoriskt skall rapporteras, ytterligare kan försvåra hjälpsökande.

Socialstyrelsen inser att kriminaliseringen av narkotikaanvändning kan vara en omständighet som får personer att tveka ytterligare att söka vård, om en obligatorisk, personnummerbaserad statistikrapportering införs. Uppgifterna som registreras kommer dock endast att få användas för statistiska ändamål. Informationen till samtliga berörda (myndigheter, behandlingspersonal, samt klienter/patienter) måste var tydlig på denna punkt. Personnummer behövs för att åstadkomma statistik av högre kvalitet än idag, och är ett oundgängligt redskap för uppföljning av missbrukarvården.

Konsekvenser

Av förutsebara konsekvenser kan nämnas att Socialstyrelsen kommer att få ökade kostnader i samband med igångsättningen av den föreslagna samlade statistiken, samt för den löpande förvaltningen av registren. Uppgiftslämnarbördan kommer att öka för specialiserade behandlingsenheter, genom att personalen behöver ägna tid åt att samla in och leverera de begärda uppgifterna. Uppgiftslämnarbördan kan dock, efter en initial omställning, bli mindre för kommunernas socialtjänst, när de inte längre behöver sammanställa mängduppgifter, beräkna antalet vård dagar, etc.

Bakgrund

Missbruksbehandling – ett splittrat verksamhetsområde

I Sverige har det aldrig funnits en samlad redovisning av vård och behandling för personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger. En orsak till detta är uppdelningen av missbruksbehandling mellan socialvård/socialtjänst, hälso- och sjukvård samt kriminalvård. Under den tidigare nykterhetsvårdslagen gjorde socialtjänsten främst insatser (med ett starkt inslag av tvång) för socialt mindre välbeställda personer, medan mer välbeställda personer ofta kunde få vård inom psykiatri (ibland under ”skyddande” diagnoser för att inte riskera sin sociala ställning).

Denna sociala skiktning av vården finns inte kvar på samma sätt idag. Nu finns dock en arbetsfördelning där hälso- och sjukvården främst står för akutvård, abstinensbehandling vid svåra beroendetillstånd, psykiatrisk behandling samt medicinskt assisterad behandling, medan socialtjänsten står för alkohol- och narkotikarådgivning, långsiktigt inriktade rehabiliteringsinsatser samt sociala stödinsatser. I en ökande omfattning har kriminalvården börjat bedriva behandling av intagna vars brottslighet är direkt kopplad till ett pågående missbruk. En annan tendens är att allt fler privata vårdföretag bedriver missbruksbehandling – både som heldygnsvård i behandlingshem och som öppenvård.

Utifrån uppgifter som samlas i patientregistret redovisas en stor del – men inte alla – av sjukvårdens insatser för målgruppen. Den officiella statistiken över socialtjänstens insatser för vuxna personer med missbruksproblem redovisar inte heller allt som görs inom socialtjänsten för denna grupp. Gemensamt är att redovisningen brister fr.a. vad gäller öppenvårdsinsatserna inom respektive område. Informationsinnehållet har varit magert, och endast givit uppgifter om patienternas/klienternas kön och ålder. Socialtjänststatistiken har – med undantag för den lilla del som LVM-vårdstatistiken utgör – endast baserats på mängduppgifter från kommunerna. Att statistiken baserats på mängddata innebär att den inte kan kopplas till enskilda individer. Således kan statistiken visa antalet insatser, men inte hur många individer som dessa insatser berör. Insatserna har dessutom redovisats i mycket grova kategorier.

Samordnad rapportering av missbruksbehandling

Från början av 1990-talet har ett arbete bedrivits med syfte att skapa ett mer innehållsrikt informationssystem för missbruksbehandlingen i landet; det s.k. DOK-systemet. Idag ger detta system, som expanderar ganska långsamt, klientdata från ett 70-tal behandlingsenheter, däribland Statens institutions-

styrelses 14 LVM-hem. Totalt finns det 600 - 700 enheter för missbruksbehandling i landet, och efter Sveriges EU-inträde har det kommit ett krav på att relativt snabbt få till stånd en heltäckande rapportering av vissa basuppgifter om personer som påbörjar behandling, framförallt för narkotikamissbruk.

Från och med år 1999 har ett arbete bedrivits i samverkan mellan Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Statens institutionsstyrelse och Kriminalvården i syfte att utveckla ett svenskt informationssystem (Klienter i missbruksbehandling – KIM, se bilaga 1) för kontinuerlig rapportering av vårdtillfällen vid ”specialiserade enheter” för behandling av alkohol- och narkotikamissbruk.

Systemet har initierats av att Sverige åtagit sig att delta i EU:s gemensamma projekt för att årligen rapportera narkotikamissbrukare i behandling, i enlighet med riktlinjerna för *Treatment Demand Indicator (TDI)*. TDI är en av fem indikatorer som används av EU:s narkotikacenter ECNN för att följa utvecklingen inom unionen avseende problemen med narkotika och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen samordnar arbetet med att utveckla KIM-rapporteringen nationellt, liksom arbetet med att för Sveriges del rapportera uppgifter för behandlingsindikatorn TDI till ECNN.

Av riktlinjerna för TDI framgår att denna rapportering skall genomföras som totalundersökningar, dvs. att den skall samla uppgifter från samtliga ”specialiserade” enheter för behandling av narkotikamissbrukare i respektive land. Uppgifterna blir osäkra om de baseras på endast en del av enheterna. Socialstyrelsen har under några år försökt engagera enheter att på frivillig basis delta i denna rapportering. I dagsläget deltar mindre än hälften av de ca. 525 tillfrågade enheter som vi vet behandlar narkotikamissbrukare. Vi kan därmed konstatera att en acceptabel täckningsgrad inte är möjlig att uppnå med mindre än att en obligatorisk uppgiftsskyldighet införs.

Av riktlinjerna för TDI framgår även att en kontroll av eventuell dubbelräkning av individer skall göras innan uppgifterna levereras till ECNN. I ett land som Sverige, med ett omfattande utbud av behandlingsresurser och där individer kan ha kontakt med flera enheter under ett år, förutsätter en dubbelräkningskontroll att någon slags individkod används, så att kontrollen kan göras centralt. Socialstyrelsen saknar bemyndigande att begära in individkodade uppgifter.

Sverige har således inte möjlighet att leva upp till ovanstående krav i TDI-rapporteringen. Socialstyrelsen tillskrev med anledning av detta förhållande i juni 2003 Socialdepartementet och önskade svar på några principfrågor angående KIM-/TDI-rapporteringen:

- Skall vi i Sverige bygga upp ett *permanent, nationellt, och individbaserat rapporteringssystem*, som utgår ifrån landets ca. 600 ”specialiserade behandlingsenheter”, drivna av socialtjänsten, sjukvården, kriminalvården samt av privata/ideella vårdgivare, som omfattar *behandling* för missbruk av de olika förekommande *missbruksmedlen* (alkohol, narkotika [inklusive lugnande och smärtstillande läkemedel], lösningsmedel, och dopningsmedel), och som även ger en indikation om omfattningen av behandling för anhöriga/närstående till personer med missbruksproblem?

- Om ett sådant system skall byggas, som registrerar *individer* och inte bara *vårdtillfällen*, måste en *individkod* användas – antingen ett fullständigt personnummer eller en annan kod, exempelvis den s.k. UNO-koden? Skall individkoden *raderas* efter att den årliga dubbelräkningskontrollen har gjorts, eller skall den *sparas* över flera år för att på så sätt ge möjlighet till uppföljning av enskilda individers missbruk, sociala situation och vårdkonsumtion?
- Skall ett sådant system bygga på *frivillighet* för ”specialiserade behandlingsenheter” att delta, eller skall det finnas en *uppgiftsskyldighet*?

Sedan statistikår 1994 har Socialstyrelsen publicerat officiell statistik om insatser till vuxna personer med missbruksproblem. Tidigare publicerades statistiken, som varit en del av Sveriges officiella statistik sedan statistikår 1975, av Statistiska centralbyrån i Statistiska meddelanden, Serie S. I sin nuvarande form har statistiken publicerats sedan statistikår 1998.

I rapporterna redovisas statistik om vård, behandling och andra insatser (bistånd som avser boende, individuellt behovsprövade öppna insatser och heldygnsvård) för målgruppen vuxna med missbruksproblem som socialtjänstens individ- och familjeomsorg fattat beslut om enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). För vuxna med missbruksproblem ingår dessutom tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) som en del av heldygnsvården. Dock ingår inga uppgifter om de insatser som ges i form av ”service”, t.ex. rådgivning och behandling vid kommunala öppenvårdsmottagningar, utan att formella biståndsbeslut fattas.

Uppgifter som samlas från kommunerna omfattar endast mängdstatistik (tvångsvården undantagen). Det går därmed inte att följa vare sig individers vårdutnyttjande över tid eller antalet individer som beviljats insatser under ett år.

Statistikrapporterna redovisar inga uppgifter om omfattningen av insatser för anhöriga eller närstående till personer med missbruksproblem. Socialdepartementet har dock flera gånger framfört önskemål om att sådana uppgifter också skall redovisas.

Uppdraget

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för 2005 fått i uppdrag att ”... ta fram ett förslag till en samlad statistik på missbruksområdet, inklusive insatser för anhöriga, för att bättre kunna följa upp insatser för kvinnor och män i missbrukarvårdens alla delar. Förslaget skall bl.a. ge underlag för ett personregister i missbrukarvården (KIM-registret). Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 1 februari 2006.”

Socialstyrelsen ser uppdraget både som departementets svar på ovan nämnda skrivelse rörande KIM-rapporteringen och en formalisering av önskemålen om en förändring av socialtjänststatistiken. Vi har utformat ett projekt, i första hand avgränsat till socialtjänststatistiken och KIM-rapporteringen, som skall arbeta fram ett förslag där båda dessa statistiksystem kompletterar varandra, och därmed förbättrar möjligheterna till nationell uppföljning av missbruks- och beroendevården i landet. Vi skall också försöka få till stånd en samverkan mellan berörda myndigheter i rapporteringen av behandlingsinsatser samt en samordning av befintliga dokumentationssystem.

Utöver behovet att få en statistik som – jämfört med idag – både ger en mer fullständig information och dessutom har en högre kvalitet, finns ytterligare behov som statistiken på detta område också skall kunna tillgodose:

- Möjlighet att till fullo efterfölja de gemensamt beslutade riktlinjerna för EU-ländernas årliga rapportering till ECNN av narkotikamissbrukare som påbörjar behandling.
- Möjlighet att till fullo efterfölja direktiv från Eurostat om mätning av produktiviteten inom offentligt utförd missbrukarvård, som en del av BNP-beräkningarna.
- Uppföljning av tillämpningen, fr.a. vad gäller metodanvändningen, av Socialstyrelsens riktlinjer för missbrukarvård.
- Ökade möjligheter till forskning om missbrukarvård.

Genomförande

Projektplan

I den projektplan som utarbetades för genomförandet av uppdraget lades fast att målet för arbetet var att senast den 1 februari 2006 redovisa ett förslag om en samlad statistik på missbruksområdet. I detta förslag skall Socialstyrelsen visa på möjligheter och alternativ samt redogöra för vad som krävs för att den nuvarande KIM-rapporteringen och den officiella statistiken om socialtjänstens insatser gemensamt ska kunna bidra till att ge en bättre bild av missbrukarvårdens insatser. Enligt projektplanen preciseras två delprojekt, ett för utveckling av KIM-rapporteringen och ett för utveckling socialtjänststatistiken.

Det övergripande målet för delprojektet om KIM-rapporteringen har varit att åstadkomma både en nationellt heltäckande rapportering av incidensen av missbruksbehandling totalt (alkohol och andra droger) och en god rapportering av narkotikamissbrukare till ECNN enligt "Treatment Demand Indicator". Detta förutsätter ett samarbete mellan olika myndigheter och huvudmän samt en samordning av statistikföringen.

De centrala aspekterna i delprojektet om socialtjänststatistiken har varit att utreda vad som krävs för inrapportering och lagring av personnummerbaserade individuppgifter från kommunerna, och vilka variabler som statistiken ska innehålla. En mer omfattande inventering av problem och brister i den nuvarande mängdstatistiken har genomförts inom projektet, som sammanfattas i denna rapport.

Organisation

Arbetet har inledningsvis utförts i två arbetsgrupper, men senare enbart i en gemensam sammanslagen projektgrupp, där medarbetare från socialtjänstavdelningen, hälso- och sjukvårdsavdelningen ingått. Medarbetare från Epidemiologiskt centrum och IT-enheten har också bidragit till arbetet. Projektarbetet har löpande stämts av med en särskild styrgrupp.

Avstämningar har under arbetets gång skett med olika parter för att få deras synpunkter (se även kapitlet nedan om olika intressenters synpunkter på förslagen):

- Idéerna i förslaget har diskuterats inom socialtjänstavdelningens statistikråd med företrädare för några kommuner och forskningsinstitutioner samt individ- och familjeenheten på Socialstyrelsen .
- Utkast till förslaget har skickats ut till och diskuterats med en särskilt tillkallad referensgrupp, bestående av representanter för ett antal berörda myndigheter och organisationer; Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården, Sveriges kommuner och landsting, Nacka kommun, Enköpings kommun, Riksföreningen för alkohelmottagningar, och Örebro universitet.

- Idéerna i förslaget har även diskuterats med några brukarorganisationer inom missbruksområdet (Riksföreningen för hjälp åt läkemedelsmissbrukare, Föräldraföreningen mot narkotika, Riksförbundet Länkarna)³.
- Datainspektionen har konsulterats.

³ Även IOGT-NTO har inbjudits, men organisationen har avstått från att delta.

Utveckling av KIM-rapporteringen

Mål

Målet har i denna del varit att utarbeta ett förslag om införande av ett obligatoriskt nationellt informationssystem för personnummerbaserad statistik om personer som påbörjar behandling för missbruk/beroende av alkohol och andra droger vid "specialiserade behandlingsenheter" (KIM-registret). I förslaget skall även ingå hur insatser för anhöriga till personer med missbruksproblem kan redovisas.

Förslag

”Specialiserade behandlingsenheter” bör omfattas av en skyldighet att löpande rapportera basuppgifter, enligt KIM-formuläret (se bilaga 1). Rapporteringen föreslås avse:

- personer som påbörjar behandling för eget missbruk
- personer som påbörjar behandling för en anhörigs eller närståendes pågående missbruk.

Uppgift om personnummer begärs in för personer som påbörjar behandling för eget missbruk. Socialstyrelsen avser att på sikt göra KIM-rapporteringen till officiell statistik.

Uppgifter om personer i behandling för eget missbruk

För att förbättra den löpande statistiken och dessutom öka möjligheterna till uppföljning av behandlingsinsatserna föreslår vi att personuppgifter (personnummer) begärs in⁴ för personer som påbörjar behandling för eget missbruk. I en första fas avgränsas datainsamlingen till att avse åldersobunden individbaserad statistik med vissa basuppgifter om personer som påbörjar behandling, t.ex. basala uppgifter om missbruket och behandlingen, samt vissa sociodemografiska data som samlas in med KIM-formuläret. Med personnummer kan vissa uppgifter sökas i andra, befintliga register, och några frågor kan då lyftas ut ur formuläret och ersättas av andra, som bedöms vara av intresse.

Med personnummer blir det också möjligt att följa riktlinjerna för den EU-gemensamma rapporteringen av narkotikamissbrukare och kontrollera för eventuell dubbelräkning av individer. När det gäller narkotikamissbrukare, kan det dock finnas risk för bortfall vid en obligatorisk, personnummerbaserad rapportering, om införandet av en sådan skyldighet leder till en

⁴ En fråga om personnummer för personer i behandling för eget missbruk/beroende skall infogas i formuläret.

ökad tveksamhet inom denna grupp att söka vård vid uppgiftsskyldiga specialiserade behandlingsenheter.

En uppgiftsskyldighet är en förutsättning för att uppnå en hög täckningsgrad, vilket krävs för att kunna se hur många personer som behandlas, och för att vi med säkerhet ska kunna belägga trender i efterfrågan på behandling, köns- och åldersfördelningen, droganvändningen bland behandlade personer samt deras sociala situation, m.m.

I ett senare skede, då rapporteringen nått en hög täckningsgrad, kan KIM-statistiken eventuellt kompletteras med ytterligare individdata – som lämnas efter att behandlingen avslutats – om behandlingsinsatsernas karaktär (t.ex. vilken behandlingsmetod som använts⁵) och deras omfattning/intensitet, behandlingstidens längd och formerna för behandlingens avslutande, samt eventuellt vissa data om klienternas/patienternas situation vid avslutad behandling. Klientsäkerhetsaspekter, som t.ex. dödsfall under behandlingstiden, är sådant som det också är viktigt att få information om.

Uppgifter om anhöriga/närstående i behandling

För varje person som påbörjar behandling för en anhörigs eller närståendes missbruk begärs endast en begränsad mängd anonyma uppgifter in (ej personnummer). Anhöriga är ofta hårt drabbade av att en eller flera personer i familjen missbrukar alkohol eller narkotika, och det är angeläget att kunna belysa vilken hjälp anhöriga i den situationen får. Syftet är här att få information om omfattningen och karaktären av behandlingsinsatserna för anhöriga eller närstående.

För gruppen anhöriga/närstående ger KIM-data idag information om:

- Antalet behandlingstillfällen per år
- Kön
- Ålder
- Nytt behandlingstillfälle eller överflyttning från annan enhet
- Initiativtagare
- Typ av behandlingsenhet
- Typ av behandling

Dessa uppgifter kan kompletteras med information om typ av anhörig-/närståenderelation.

Möjligheter och begränsningar med personnummerbaserade KIM-data

Med personuppgifter blir det möjligt att få svar på frågor som: hur vanligt är det att personer har flera insatser samtidigt?, finns det fungerande ”vårdkedjor”, dvs. i vilken utsträckning går personer från en insatsform vidare till en annan på ett planmässigt sätt, med syfte att uppnå rehabilitering?, vilka per-

⁵ Syftet med detta är att bidra till uppföljningen av hur Socialstyrelsens riktlinjer för missbrukarvård tillämpas.

soner får en enstaka vårdinsats och vilka personer vårdas gång på gång?, ser vårdutnyttjandet olika ut för kvinnor jämfört med för män?, ser vårdutnyttjandet olika ut för yngre jämfört med för äldre?, finns det skillnader mellan offentliga och privata utförare?, finns det skillnader mellan drogfri behandling och medicinskt assisterad behandling?, etc. Med tillförlitlig information om hur vården fungerar för olika grupper av klienter/patienter skapas en grund för genomförandet av olika förbättringsåtgärder – detta är det yttersta syftet med Socialstyrelsen förslag.

Personnummerbaserade KIM-data ger också uppföljnings- och forskningsmöjligheter genom samkörningar, efter tillståndsprövning, med andra register, som t.ex. patientregister, dödsorsaksregister, brottsregister, socialförsäkringsregister och arbetsmarknadsregister, samt – naturligtvis – LVM-registret och det föreslagna socialtjänstregistret.

I ett heltäckande ”nationellt informationssystem”, som KIM-rapporteringen är avsedd att vara, måste informationsmängden nödvändigtvis hållas på en väl avvägd, begränsad nivå. Rapporteringen kan inte innehålla alltför många eller alltför svårbesvarade frågor om arbetsbördan för respondenterna, och därmed svarsbortfallet, skall kunna hållas på en acceptabel nivå. KIM kan endast i en relativt begränsad mening fungera som ett system för resultatuppföljning och utvärdering. En sådan utfallsinriktad ansats kräver att mer omfattande klient-/patientinformation samlas in (med t.ex. ASI⁶ eller DOK) vid behandlingens start och vid ett eller flera uppföljningstillfällen, samt att de insatser som varje individ får dokumenteras ingående. Försök att skapa en ”hybrid” som skall fungera för båda dessa ansatser leder antagligen till att ingen av dem lyckas. En personnummerregistrering av KIM-data öppnar dock möjligheter att kunna använda dessa data för särskilda specialdesignade uppföljnings- och forskningsinsatser. Detta förutsätter dock att det finns författningsmässiga förutsättningar för sådana studier.

Avgränsning av uppgiftsskyldiga enheter

Specialiserade enheter för behandling av personer med alkohol- och narkotikaproblem samt anhöriga eller närstående till sådan personer finns inom såväl socialtjänsten (LVM-vården inräknad), hälso- och sjukvården som inom kriminalvården. Missbruksbehandling utförs av såväl offentliga som privata vårdgivare. En samlad statistik förutsätter ett samarbete mellan olika myndigheter och huvudmän samt en samordning av statistikföringen.

Idag identifieras de ”specialiserade behandlingsenheter”, som ombeds att delta i KIM-rapporteringen, genom kartläggningen ”Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården – IKB”. Socialstyrelsen genomför kartläggningen den 1 april vartannat år, och med ca. 80 procents svarsfrekvens ger den uppgifter om verksamheten i drygt 600 enheter.

I IKB-kartläggningen definieras ”behandling av missbruk” som ”insatser som inriktas på att initiera och vidmakthålla att enskilda individer kommer ifrån sitt missbruk och att förhindra återfall. Som behandling räknas här även medicinskt övervakad avgiftning”. Enheter som anser att de bedriver

⁶ ASI står för "Addiction Severity Index" – ett utrednings- och utvärderingsinstrument för missbruksbehandling.

vård i enlighet med denna definition inkluderas, medan enheter som enbart arbetar med ”prevention av missbruk”, ”skyddat boende”, eller ”andra insatser vid missbruk” (t. ex. akutintagning, tillnyktring, remittering, omvårdnad, arbetsträning, sysselsättning) inte inkluderas. Dessa definitioner kan behöva ses över för att åstadkomma en klar avgränsning av vilka slags enheter som skall omfattas av en uppgiftsskyldighet och vilka som inte skall göra det.

Myndighetssamverkan och statistiksamordning

I det arbete som hittills bedrivits med KIM-rapporteringen har en samordning med andra dokumentationssystem för missbruksbehandling eftersträvat, med syftena att uppnå jämförbarhet mellan olika datakällor samt att reducera arbetsbördan för behandlingsenheterna. KIM-variablerna har redan integrerats i DOK-systemet som idag används vid Statens institutionsstyrelses 14 LVM-hem samt ett 50-tal enheter inom frivilligvården. Försök har gjorts att åstadkomma en integrering även med ASI-instrumentet, som används för utredning och dokumentation i kriminalvårdens behandlingsverksamhet och i en hel del andra behandlingsenheter. KIM finns inlagt som en modul i dataprogrammet ASI.net. Samordningsarbetet behöver dock fortsätta. Om en teknisk integrering inte kan uppnås, behöver KIM-rapporteringen ske parallellt. Detta innebär i så fall en större arbetsbörda för enheternas personal.

Utveckling av socialtjänststatistiken

Mål

Målet har i denna del varit att utarbeta ett förslag om införande av ett personnummerbaserat register för socialtjänstens frivilliga beviljade/beslutade insatser om stöd, omsorg och behandling av personer med missbruksproblem samt tvångsvårdsinsatser som beslutats enligt LVM. I förslaget skall även ingå hur insatser för anhöriga till personer med missbruksproblem kan redovisas.

Förslag

Statistiken om LVM-insatserna, som redan nu innehåller personuppgifter, föreslås vara i stort sett oförändrad. Den skulle dock kunna kompletteras med uppgifter om socialtjänstens ansökningar till länsrätterna om LVM-beslut.

Den officiella statistiken över socialtjänstens insatser enligt SoL för personer med missbruksproblem, som idag är mängdstatistik, avser Socialstyrelsen att göra personnummerbaserad. Syftet med detta är att kunna få statistik som visar hur många individer som blir beviljade insatser. En personnummerregistrering skulle också förbättra möjligheterna till uppföljning av socialtjänstens insatser beträffande mönster i vårdutnyttjandet samt vårdens varaktighet.

Insatserna skall, enligt bestämmelserna i SoL, ges efter en individuell behovsprövning, och kan därmed vara av olika slag och intensitet beroende på behoven och förutsättningarna hos den enskilda individen. Ett terminologiskt arbete för en enhetlig karakterisering av insatserna är dock en förutsättning för utvecklingen av socialtjänststatistiken.

En del av de öppna insatserna ges utan formella biståndsbeslut, och kan därmed inte redovisas i denna statistik. De öppna insatser som har behandlingskaraktär fångas in genom KIM-rapporteringen, men det återstår att utreda hur andra slags insatser – av stödkaraktär – ska kunna redovisas.

Statistikuppgifter – insatser för personer med eget missbruk

Vårt förslag är att socialtjänsten får en skyldighet att, i en första utvecklingsfas, rapportera in följande uppgifter efter att beslut om insats⁷ enligt SoL har fattats för en enskild vuxen individ (18 år eller äldre) med eget missbruk av alkohol och andra droger:

⁷ Insats: individuellt behovsprövat stöd eller individuellt behovsprövat vård och behandling.

- Kommunkod
- Personnummer (ur vilket kön och ålder härleds)
- Datum för beslut om insats
- Datum för påbörjande och avslutande av insats
- Typ av insats (kodar efter lista med fördefinierade kategorier, vilket förutsätter en process för att definiera och strukturera mer meningsfulla kategorier än de som används idag)
- Typ av utförare (offentlig eller privat)
- Antal vård dygn för insatser i form av heldygnsvård under året
- Insats för anhörig/närstående ingående i beslutet.

Det föreslagna innehållet bör ses som en grund för ett fortsatt utvecklingsarbete med denna statistik. Under förutsättning att datakvaliteten blir godtagbar, kan även uppgifter om karaktären av drogmissbruket, samt vissa andra sociodemografiska uppgifter utöver kön och ålder eventuellt ingå.

Om personnummerbaserad information från socialtjänstens ("beställarnas") beslut om insatser kan samordnas med motsvarande information från KIM-data från specialiserade behandlingsenheter ("utförarna"), ökar möjligheterna ytterligare till kunskap om hur missbruks- och beroendevården fungerar – en kunskap som sedan kan ligga till grund för olika åtgärder och satsningar för att förbättra vården.

Statistikuppgifter – insatser för anhöriga eller närstående till personer med eget missbruk

Socialtjänsten beslutar även om insatser för personer som är anhöriga eller närstående till personer med missbruksproblem. Anhöriga kan vara både barn/ungdomar och vuxna och insatserna kan antingen vara heldygnsvård (t.ex. "anhörigvecka" på behandlingshem) eller öppenvård. Anhöriginsatser kan ges oavsett om den aktuella missbrukaren är känd av socialtjänsten och får insatser eller inte.

För denna grupp, skall inte personuppgifter begäras in, eftersom det – i motsats till personer med eget missbruk – inte föreligger något syfte att följa upp den vård de får. Det torde inte heller finnas en allmän acceptans för en sådan datainsamling. Syftet är begränsat till att redovisa antalet och typen av insatser för anhöriga/närstående som socialtjänsten beslutar om per år, samt vilka grupper av anhöriga som får vilka insatser.

Ofta är beslutet om att ge insatser för en anhörig/närstående inte ett separat beslut, utan det ligger "inbakat" i vårdbeslutet för personen med eget missbruk. I sådana fall behöver de efterfrågade uppgifterna "lyftas ut" ur dessa beslut för att kunna redovisas.

Vårt förslag är att socialtjänsten får en skyldighet att årligen rapportera in följande uppgifter om insatser enligt SoL som har fattats för, eller innefattar, en enskild individ med direkt anledning av att den individen har ett behov av stöd eller vård och behandling på grund av en anhörig eller närståendes pågående missbruk av alkohol och andra droger:

- Kommunkod
- Kön
- Ålder
- Typ av anhörig-/närstående relation
- Datum för beslut om insats
- Datum för påbörjande och avslutande av insats
- Typ av insats (kodar efter lista med fördefinierade kategorier)
- Typ av utförare (offentlig eller privat)
- Antal vård dygn för insatser i form av heldygnsvård under året.

I den hittillsvarande statistiken har gruppen anhöriga/närstående på ett oidentifierbart sätt ingått i samlingskategorin ”övriga vuxna”, vilken redovisas i samma rapport som ”vuxna personer med missbruksproblem”. Vårt förslag är att insatserna för anhöriga/närstående fortsättningsvis redovisas i missbrukarvårdsdelen av rapporten.

Fördelar och nackdelar med personnummerbaserad statistik

Definitioner

Begreppet *personuppgift* definieras i personuppgiftslagen (1998:204) (PuL) som ”*All slags information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person som är i livet*”. Definitionen har således en mycket vid innebörd. Den anger att det inte behövs en specifik identitetsfaktor, t.ex. namn eller personnummer, för att information ska kunna hänföras till en viss person. Det kan räcka med ett mätvärde för en enskild variabel, eller mätvärden för några variabler sammantaget, för att informationen kan hänföras till en viss individ, och därmed utgöra personuppgift/-er.

Begreppet *mängdstatistik* kan sägas utgöra ett motsatt alternativ till personuppgiftsbaserad statistik. Mängdstatistik baseras på antalsuppgifter som samlas in från uppgiftslämnarna i fördefinierade matriser. Det kan t.ex. gälla antal personer i olika åldersgrupper som har beviljats hemtjänst med stöd av socialtjänstlagen eller antal vuxna män och kvinnor med missbruksproblem som har fått individuellt behovsprövad öppenvård. Antalsuppgifterna i matriserna summeras efter insamlingen upp till statistik på lokal, regional eller nationell nivå. Exempel på sådan statistik från Socialstyrelsen är statistiken över vård och omsorg om äldre respektive kommunal familjerådgivning.

I det sammanhang som här behandlas, dvs. Socialstyrelsens förslag till en samlad statistik om missbruks- och beroendevården, används begreppet *personnummerbaserad statistik*. Begreppet innebär att en specifik identitetsfaktor, personnummer, påförs de uppgifter som gäller för de individer vilka avses omfattas av uppgiftsinsamlingen. Personnummer används sedan flera år vid Socialstyrelsens insamling av uppgifter för framställning av viss officiell statistik, bl.a. avseende årsstatistik om ekonomiskt bistånd, tvångsvård av vuxna missbrukare och dygnsvård för barn och unga inom socialtjänsten.

I detta avsnitt beskrivs kortfattat principiella för- och nackdelar med en personnummerbaserad statistik i jämförelse med mängdstatistik. Tidigare i rapporten har vi beskrivit mer konkret vilka för- och nackdelar som kan uppnås med en samlad, personnummerbaserad statistik om missbrukarvården.

Fördelar

- *Kvaliteten i statistiken ökar markant.* Med hjälp av personnumret kan uppgifternas giltighet kontrolleras ingående och felaktigheter rättas. Exempelvis kan fel upptäckas som innebär att en person uppgetts ha fått fler insatser eller för stor volym av insatser än vad som är rimligt/möjligt. Partiella bortfall av uppgifter kan lättare upptäckas och åtgärdas genom att uppgifterna knyts till en viss person, t.ex. om avslutsdatum finns för

en insats men påbörjandedatum saknas. Vidare kan dubblettposter i de lämnade uppgifterna upptäckas och rensas bort i de fall då personnumret bara får förekomma en gång i redovisningen per insats i en viss verksamhet. Om samma person erhållit insatser från socialtjänsten i två kommuner under samma år pga. flyttning, kan även en nettoräkning av individer göras utifrån ett nationellt perspektiv.

- *Statistiken blir mer flexibel.* Genom att samla in personuppgifter till statistiken kan utdata i form av tabeller förändras i takt med att nya informationsbehov uppstår. Man kan t.ex. göra nya kombinationer av variabler i redovisningen eller nya åldersindelningar. Man kan också lätt redovisa antalet nytillkomna eller kvarvarande brukare inom socialtjänsten under ett visst år genom att jämföra de aktuella personnumren med de som gäller brukarna i föregående års statistikregister.
- *Analyspotentialen för statistiken ökar drastiskt.* Genom att personnummer finns för uppgifterna blir det möjligt att följa en och samma person över tiden för att se hur insatserna förändras i karaktär och omfattning. Longitudinella studier kan göras för definierade grupper av brukare inom socialtjänsten, t.ex. för uppföljning av insatsernas effekt på kort och på lång sikt. Förutsättningar ges också för studier som belyser föräldrabarn-perspektivet genom att uppgifterna kan sambearbetas med det s.k. flergenerationsregistret som förvaltas av Statistiska centralbyrån. Därigenom kan undersökningsvariabler som rör grupper av brukare t.ex. kopplas ihop med föräldrarnas bakgrundsdata från andra statistikregister. Statistiken ger även bättre möjligheter till kommunala jämförelser.
- *Uppgiftslämnarbördan kan minska.* Uppgift om kön och ålder kan direkt härledas ur personnumret. Vissa andra variabler behöver inte samlas in från uppgiftslämnarna utan kan påföras personuppgifterna via matchning mot andra statistikregister, t.ex. uppgift om födelseland från registret över totalbefolkningen (RTB). Uppgift om att en viss person tidigare har fått samma eller annan insats kan hämtas från tidigare års statistikregister och frågan behöver inte ställas till uppgiftslämnarna.
- *Statistikproduktionen kan bli mer rationell och kostnadseffektiv.* Insamlingen av personuppgifter kan anpassas till uttag ur kommunernas egna datoriserade system för ärendehandläggning och dokumentation. Det innebär att en bearbetning av primäruppgifterna till statistik görs först på den centrala nivån och inte i varje kommun för sig. En standardiserad kvalitetskontroll och rättning av uppgifterna kan också ske i ett sammanhang på central nivå för samtliga lämnade uppgifter.

Nackdelar

- *Risk finns för integritetskränkning.* En uppgift om att en viss individ har fått vård eller annat stöd på grund av sitt missbruk utgör en s.k. känslig personuppgift enligt personuppgiftslagen. Blotta vetskapen om att en sådan uppgift samlas in för statistiska ändamål kan av en individ upplevas som en kränkning av integriteten trots att uppgiften hanteras med sekretess och inte används på obehörigt sätt. Det gäller oavsett om det finns en möjlig risk eller ej för att uppgiften kan användas på ett otillbörligt sätt.

Det finns ändå en tänkbar risk i att känsliga personuppgifter kan röjas i strid med de sekretessbestämmelser som gäller för uppgifterna, vilket skulle kunna medföra en faktisk integritetskränkning för den enskilde. Ett sådant fall skulle t.ex. kunna inträffa om en obehörig person av misstag fick tillgång till uppgifterna. För att hindra att en sådan situation uppstår tillämpar Socialstyrelsen sedan flera år rigorösa säkerhetsrutiner vid insamling och fortsatt behandling av personuppgifter för statistiska ändamål. Något otillåtet röjande av känsliga personuppgifter från Socialstyrelsens statistikregister har heller aldrig påvisats.

- *Risk finns att brukares förtroende för vårdens utövare minskar.* Om en person med behov av vård eller annat stöd pga. sitt missbruk upplever ett obehag av att uppgift om hans/hennes missbruk och den insats som ges samlas in för statistiska ändamål, kan det innebära att personen ifrågasätter sig för att söka hjälp, eller i värsta fall inte söker hjälp alls. Det finns en risk att man upplever sig som utsatt för en kontroll snarare än att man får hjälp. För att hindra att en sådan situation uppstår krävs bl.a. en tydlig information om ändamålet med uppgifterna, dvs. enbart statistik och forskning, samt att säkerheten i behandlingen av uppgifterna är rigorös.
- *Möjligheten att få vård under anonymitet påverkas.* Det finns på många håll inom socialtjänsten en strävan efter att underlätta hjälpsökande, och att ge råd och behandling som en serviceåtgärd utan registrering och formella biståndsbeslut. Detta är idag möjligt eftersom dokumentationsskyldighet enligt socialtjänstlagen när det gäller genomförandet av insatser är begränsad till individuellt behovsprövade stöd-, vård- och behandlingsinsatser. I de fall där något beslut om individuellt behovsprövade stöd-, vård- och behandlingsinsatser inte finns omfattas öppna verksamheter för rådgivning och information inte av dokumentationsskyldigheten. Socialstyrelsens förslag om en statistik som täcker hela missbruks- och beroendevården innefattar bl.a. en uppgiftsskyldighet för samtliga specialiserade behandlingsenheter som bedriver missbrukarvård. För att kunna fullgöra den uppgiftsskyldigheten kommer även de verksamheter som idag inte omfattas av dokumentationsskyldigheten att upprätta någon slags registrering i enlighet med KIM-rapporteringen (se bilaga 1). Detta gäller även öppen vård som privata vårdföretag och ideella organisationer bedriver med tillstånd enligt 7 kap. 1 § SoL. Därmed ökar ytterligare risken för att personer med missbruksproblem drar sig för att söka hjälp eller inte söker hjälp alls. Om behandlingsenheter, trots uppgiftsskyldigheten, ändå fortsätter att tillämpa en praxis med vård under anonymitet leder detta till ett visst bortfall i statistiken.

Juridiska förutsättningar för personnummerbaserad statistik

Inledning

I detta avsnitt belyses de juridiska förutsättningarna för genomförandet av uppdraget för Socialstyrelsen att ta fram ett förslag till en samlad statistik på missbrukarområdet. Avsikten är att de statistiska uppgifterna ska samlas på individnivå för att kunna följa upp insatser för personer med eget missbruk i missbrukarvårdens alla delar.

Enligt en del av projektet ska Socialstyrelsen ta fram ett förslag om införande av ett obligatoriskt nationellt informationssystem för personnummerbaserad statistik om personer som påbörjar behandling för missbruk av alkohol och andra droger vid ”specialiserade behandlingsenheter”. Dessa enheter drivs inom landstingens hälso- och sjukvård, kommunal socialtjänst, Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse men även av enskilt bedrivna hem för vård eller boende (HVB), privata vårdgivare och ideella organisationer. Uppgiftssamlingen kommer således att ske från landsting, kommuner, statliga myndigheter samt från privata företag och ideella organisationer.

Enligt en annan del ska Socialstyrelsen utarbeta ett förslag om införande av en personnummerbaserad statistik för socialtjänstens insatser om stöd, vård och behandling av personer med missbruksproblem som beviljats på frivillig basis enligt SoL samt utvidgningen av den nuvarande personnummerbaserade statistiken om tvångsvårdinsatser som beslutats enligt LVM. Inom ramen för den delen av uppdraget kommer således att aktualiseras frågor om uppgiftsrapportering från kommuner, länsrätter och Statens institutionsstyrelse.

De samlade uppgifterna ska av Socialstyrelsen användas för produktion av officiell statistik.

I det fall en myndighet handhar uppgifter om enskilda som rör missbruk av alkohol och andra droger omfattas dessa i regel av sekretess och betraktas som känsliga personuppgifter. För att kunna samla sådana uppgifter för statistiska ändamål måste därför vissa rättsliga förutsättningar som rör behandling av personuppgifter och sekretess uppfyllas. Enligt de förslag som presenteras i denna rapport ska uppgiftsrapporteringen vara obligatorisk vilket aktualiserar även frågan om reglering av uppgiftsskyldighet för de berörda uppgiftslämnarna.

Gällande regelverk

Sveriges officiella statistik utgörs av den statistik som de ansvariga myndigheterna har beslutat ska vara officiell. Den officiella statistiken är indelad i

22 olika ämnesområden och 104 statistikområden. Varje ämnesområde är indelat i ett eller fler statistikområden.

Socialstyrelsen är statistikansvarig myndighet inom ämnesområdena socialtjänst och hälso- och sjukvård. Inom socialtjänstområdet saknas speciallagar som reglerar personnummerbaserade register. Den grundläggande regleringen av Socialstyrelsens rätt, i sin roll som statistikansvarig myndighet, att behandla personuppgifter för framställning av statistik finns i lagen (2001:99) om den officiella statistiken och den därtill hörande förordningen. Även delar av PuL är tillämpliga.

Idag finns det fyra personnummerbaserade register som förs vid Socialtjänstavdelningens statistikenhet:

- ekonomisk bistånd enligt SoL (uppgifter från kommun)
- insatser för barn och unga enligt SoL och LVU (uppgifter från kommun)
- tvångsvård av vuxna missbrukare enligt LVM (uppgifter från länsrätter och Statens institutionsstyrelse)
- insatser enligt LSS (uppgifter från kommun)

Behandling av personuppgifter

Allmänna bestämmelser om behandling av personuppgifter finns i PuL. Enligt PuL får alla personuppgifter behandlas om den registrerade har lämnat sitt samtycke till behandling. Andra fall där det är tillåtet att behandla personuppgifter, men där samtycke inte finns förutsätter att behandlingen är nödvändig för olika syften. Dessa syften framgår av 10 § PuL. I det här sammanhanget är det t. ex. aktuellt att behandlingen är nödvändig för att en arbetsuppgift av allmänt intresse ska kunna utföras och att den personuppgiftsansvarige ska kunna fullgöra en rättslig skyldighet. Särskilda regler gäller för behandling av s.k. känsliga personuppgifter. Det handlar t.ex. om uppgifter som rör hälsa. Uppgifter som rör hälsa anses omfatta även uppgifter om missbruk av alkohol och andra droger. Enligt 19 § PuL får känsliga personuppgifter behandlas för statistikändamål om behandlingen är nödvändig och samhällsintresset av det statistikprojekt där behandlingen ingår klart väger över den risk för otillbörligt intrång i enskildes personliga integritet som behandlingen kan innebära. Av 22 § PuL följer att uppgifter om personnummer eller samordningsnummer utan samtycke får behandlas bara när det är klart motiverat med hänsyn till ändamålet med behandlingen, vikten av en säker identifiering eller något annat beaktansvärt skäl. Bestämmelserna i PuL gäller endast subsidiärt. Det innebär att om det i en lag eller i en förordning finns bestämmelser som avviker från PuL, gäller de bestämmelserna i stället.

Av 14 § lagen om den officiella statistiken följer att statistikansvarig myndighet får behandla personuppgifter för framställning av statistik. Enligt 15 § samma lag får även känsliga personuppgifter behandlas om det framgår av en föreskrift som regeringen meddelar. I 8 § förordningen (2001:100) om den officiella statistiken anges att det framgår av en bilaga till förordningen när det är tillåtet att behandla känsliga personuppgifter som rör exempelvis hälsa. I bilagan anges att inom individ- och familjeomsorgsområdet får uppgifter om den enskildes hälsotillstånd behandlas när det gäller tvångsingri-

pande enligt LVM. Regelverket om den officiella statistiken gör det således möjligt för Socialstyrelsen att vid framställning av officiell statistik inom missbrukarvårdsområdet behandla hälsouppgifter endast när vården bereds med stöd av LVM.

Någon motsvarande förutsättning för Socialstyrelsen att producera statistik avseende insatser för personer med missbruksproblem som ges på frivillig basis enligt SoL finns för närvarande inte inom regelverket om den officiella statistiken.

Sekretess

Inom det allmänna

De uppgifter om missbruk som är tänkta att samlas på individnivå omfattas hos ansvariga myndigheter i regel av sekretesskydd. Detta gäller hos kommun och de behandlingsenheter som bedrivs i kommunal regi samt hos Statens institutionsstyrelse (7 kap. 4 § sekretesslagen (1980:100) (SkrL), hos hälso- och sjukvård inom landsting (7 kap. 1 § SkrL) och hos Kriminalvården (7 kap. 21 § SkrL). I 7 kap. 4 § görs dock ett undantag från huvudregeln. Hos socialtjänst och Statens institutionsstyrelse gäller inte sekretess för bl.a. beslut om vård utan samtycke. Domar hos länsrätten är i allmänhet offentliga handlingar.

Enligt 14 kap. 1 § SkrL hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning. För att en statistikansvarig myndighet ska kunna garanteras möjlighet att få ta del av sekretessbelagda uppgifter krävs således en lagstadgad uppgiftsskyldighet. De bestämmelser som idag reglerar uppgiftsskyldighet beskrivs under nästa avsnitt.

I Socialstyrelsens särskilda verksamhet för framställning av statistik gäller en s.k. absolut sekretess för uppgifter som avser enskilda personliga eller ekonomiska förhållanden och som kan hänföras till den enskilde (9 kap. 4 § första stycket SkrL). Uppgifter kan över huvud taget inte lämnas ut. I andra stycket finns dock undantag från den stränga huvudregeln om absolut sekretess. Uppgifter som behövs för forsknings- eller statistikändamål och uppgifter, som genom namn, annan identitetsbeteckning eller därmed jämförbart förhållande är direkt hänförligt till den enskilde, får lämnas ut, om det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den som uppgifterna rör eller någon honom närstående lider skada eller men.

Enskilt bedrivna verksamhet enligt SoL

Inom det enskilt bedrivna verksamhetsområdet gäller inte bestämmelserna i SkrL. I 15 kap. 1 § SoL stadgas dock en tystnadsplikt för den som är verksam inom enskild verksamhet enligt den lagen. Här åsyftas bl.a. verksamhet vid HVB för personer med missbruksproblem och deras anhöriga. Den som är verksam inom ett sådant hem får inte obehörigen röja vad man i verksamheten har erfarit om en enskilda personliga förhållanden. Någon lagstadgad skyldighet att lämna uppgifter från den verksamheten finns inte idag.

Enskilt bedriven verksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet

Tystnadsplikt råder även inom den enskilt bedrivna hälso- och sjukvården. Härvid avses privata vårdgivare som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården. Enligt 2 kap. 8 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område får den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållande. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

Inom detta område gäller således samma förhållande som enligt SekrL. En uppgiftsskyldighet som stadgas i lagen eller förordningen möjliggör att även de uppgifter som omfattas av tystnadsplikten får lämnas ut. Om uppgiftsskyldighet inom hälso- och sjukvårdsområdet finns mera i nästa avsnitt.

Uppgiftsskyldighet

Kommunalt bedriven socialtjänst

Enligt 12 kap. 5 § SoL har socialnämnder en skyldighet att, enligt vad regeringen närmare föreskriver, till Socialstyrelsen lämna personuppgifter för angelägna statistiska ändamål. De uppgifter som socialnämnder ska lämna till Socialstyrelsen framgår av förordning (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter. Ytterligare preciseringar framgår av Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 1995:18. I 2 § e) förordningen anges att uppgiftsskyldigheten omfattar bl.a. uppgifter om åtgärder enligt LVM. Den uppgiftsskyldigheten är dock inte möjlig att fullgöra eftersom kommunerna varken fattar beslut eller verkställer åtgärder enligt LVM. Någon skyldighet för socialnämnderna att lämna uppgifter om frivilliga insatser enligt SoL för personer med missbruksproblem föreligger inte.

Även lagen om den officiella statistiken innehåller en bestämmelse om uppgiftsskyldighet för kommuner och landsting. Av 11 § lagen om den officiella statistiken jämlikt 7 § samma lag framgår att kommuner och landsting är skyldiga att till den statistikansvariga myndigheten lämna uppgifter om bl.a. tjänster. De uppgifter som idag lämnas av kommuner till Socialstyrelsen hämtas emellertid med stöd av bl.a. förordningen om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter.

Statliga myndigheter

Inom socialtjänstområdet finns inte någon specialreglering som innehåller uppgiftsskyldighet för statliga myndigheter för att lämna personuppgifter för statistiska ändamål. Av 6 § förordningen om den officiella statistiken framgår en allmän skyldighet för de statliga myndigheterna att till statistikansvarig myndighet lämna uppgifter som behövs för framställning av den officiella statistiken.

Idag samlar Socialstyrelsen från länsrätter och Statens institutionsstyrelse individbaserade uppgifter om tvångsvård som ges enskilda personer med missbruksproblem med stöd av LVM. Någon närmare föreskriven uppgifts-

skyldighet än den som framgår av lagen om den officiella statistiken finns dock inte.

Hälso- och sjukvårdsområdet

Inom detta området finns idag en uppgiftsskyldighet till hälsodataregister som är reglerad i 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister. Socialstyrelsen ansvarar för fyra s.k. hälsodataregister som innehåller individuppgifter. Bland dessa register är i detta sammanhang Patientregistret det mest intressanta. Det förs med stöd av förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen och får bl.a. användas för forskning och statistik. Registret innehåller uppgifter om de patienter som skrivits ut från den slutna hälso- och sjukvården. Sedan 2002 finns även en uppgiftsskyldighet till registret om alla läkarbesök i den öppna vården, utom de som sker i primärvården. Rapporteringen från den öppna vården är dock fortfarande ofullständig. Registret får enligt förordningen innehålla uppgifter om bl.a. personnummer, folkbokföringsort, vårdenheter, åtgärder samt tidpunkter för åtgärder och händelser. Uppgiftsskyldigheten omfattar alla som bedriver hälso- och sjukvård, nämligen landsting, kommuner och privata vårdgivare. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:1) om uppgiftsskyldighet till patientregister regleras närmare hur uppgiftsskyldigheten skall fullgöras.

Överväganden och förslag

En genomgång av det relevanta regelverket visar att det saknas en rad rättsliga förutsättningar för att Socialstyrelsen skulle kunna föra personnummerbaserade register och framställa en samlad statistik över samtliga insatser inom missbrukarvård på nationell nivå vilket är ambitionen med detta uppdrag. De personuppgifter som avses har karaktär av känsliga personuppgifter. När det gäller behandling av känsliga personuppgifter har det konstaterats ovan att Socialstyrelsen enligt bilaga till förordningen om den officiella statistiken har en möjlighet att behandla känsliga personuppgifter om enskildas hälsotillstånd men endast i samband med tvångsåtgärder enligt LVM. För att även personuppgifter om beviljad frivillig missbrukarvård enligt SoL ska ingå i produktion av den officiella statistiken krävs en komplettering om detta i bilagan till förordningen om den officiella statistiken.

När det gäller sekretess och uppgiftsskyldighet skiljer sig rättsläget avsevärt mellan KIM-rapporteringen och socialtjänststatistiken.

KIM-rapporteringen

Inom KIM-rapporteringen föreslås att uppgifter om behandlingsinsatser för personer med missbruksproblem samlas in från en rad aktörer som bedriver missbrukarvård. Förutom behandlingsenheter inom kommunal socialtjänst och inom landstingens hälso- och sjukvård skulle uppgifterna samlas även från behandlingsenheter som drivs av Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården, enskilt bedrivna HVB, andra privata vårdgivare samt ideella organisationer.

Med hänsyn till att uppgiftslämnare i KIM-rapporteringen är flera aktörer med olika juridiska status är frågor om sekretessaspekter och uppgiftsskyldighet mer komplicerade än vad det gäller socialtjänststatistiken. Det gäller dock överlag att uppgifter om behandlingsinsatser för personer med missbruksproblem antingen omfattas av sekretess eller tystnadsplikt. I denna rapport föreslås KIM-rapporteringen vara obligatorisk för att uppnå en hög täckningsgrad vilket är en förutsättning till statistik med bra kvalitet. En bestämmelse om uppgiftsskyldighet bryter även sekretess eller tystnadsplikt för berörda uppgiftslämnare.

Inom hälso- och sjukvården gäller redan idag en uppgiftsskyldighet. Den uppgiftsskyldigheten avser rapportering till hälsodataregister. Uppgiftsskyldigheten inom det området kan ytterligare regleras i en förordning (12 § HSL). Även om det förhåller sig på det sättet att det inom hälso- och sjukvårdsområdet inte behöver stiftas någon ytterligare uppgiftsskyldighet som möjliggör uppgiftslämnandet om behandlingsinsatser för personer med missbruksproblem så återstår det att lösa frågan om uppgiftsskyldighet för alla andra potentiella uppgiftslämnare som bedriver missbrukarvård.

För statliga myndigheter som bedriver behandlingsenheter för missbrukarvård (Statens institutionsstyrelse och Kriminalvården) kan uppgiftsskyldigheten föreskrivas i en förordning.

Inom socialtjänstområde gäller att regeringen kan föreskriva en skyldighet för socialnämnder att till Socialstyrelsen lämna personuppgifter för angelägna statistiska ändamål (12 kap. 5 § SoL). Det innebär att uppgiftsskyldigheten avseende missbrukarvård som bedrivs inom kommunala behandlingsenheter kan regleras i en förordning. Av bestämmelsen i 12 kap. 5 § SoL framgår dock inte någon möjlighet att i förordningen reglera uppgiftsskyldighet för de behandlingsenheter som i form av HVB eller öppen verksamhet drivs av privata företag och ideella organisationer. Dessa vårdgivare bedriver verksamhet med tillstånd enligt 7 kap. 1 § SoL. Med hänsyn till att en betydande del av missbrukarvården utförs av enskilt bedrivna HVB och öppna verksamheter är det angeläget att även dessa ska omfattas av uppgiftsskyldigheten. För att en uppgiftsskyldighet för privata företag och ideella organisationer som bedriver behandlingsenheter för missbrukarvård med tillstånd enligt 7 kap. 1 § SoL ska kunna regleras genom en förordning krävs en komplettering om detta i 12 kap. 5 § SoL.

Därmed skulle det uppfyllas förutsättningar att i en separat förordning närmare föreskriva en skyldighet för samtliga aktörer som bedriver missbrukarvård att till Socialstyrelsen lämna uppgifter om behandlingsinsatser som avses i KIM-rapporteringen. I en sådan förordning bör också Socialstyrelsen ges ett bemyndigande för att meddela närmare föreskrifter om uppgiftslämnandet.

Socialtjänststatistiken

Socialtjänststatistiken avser endast uppgifter om beviljade frivilliga insatser enligt SoL och beslutade tvångsinsatser enligt LVM. Detta innebär att uppgiftslämnare inom ramen för denna statistik är endast kommuner som beviljar frivilliga insatser, länsrätter som beslutar om tvångsinsatser enligt LVM och Statens institutionsstyrelse som verkställer tvångsinsatser enligt LVM.

En uppgiftsskyldighet för kommuner att lämna uppgifter om beviljad frivillig missbrukarvård bör införas i förordningen om skyldighet för socialnämndernas att lämna statistiska uppgifter. Det kan lämpligen göras på så sätt att 2 § e) förordningen som idag avser uppgifter om tvångsinsatser enligt LVM ska ändras och i fortsättningen avse uppgifter om frivilliga insatser för personer med missbruksproblem enligt SoL. Därmed bryts även sekretess som annars gäller för personuppgifter inom kommunal socialtjänst.

Uppgifter om beslut om tvångsvård enligt LVM är undantagna från sekretess. Utifrån sekretessaspekten framstår det således inte som nödvändigt att införa en uppgiftsskyldighet för länsrätter och Statens institutionsstyrelse att rapportera sådana beslut. Det kan vara tillräckligt att även i fortsättningen samla uppgifter om beslut om tvångsvård enligt LVM med hänvisning till den allmänna skyldighet för statliga myndigheter att lämna uppgifter som behövs för framställande av officiell statistik.

Gemensam förordning

Under förutsättningen att den komplettering i 12 kap. 5 § SoL som avses ovan genomförs finns det även en möjlighet att reglera uppgiftsskyldigheten i en och samma förordning både för:

- uppgifter om behandlingsinsatser för personer med missbruksproblem (KIM-rapporteringen) och
- uppgifter om beslut om beviljade frivilliga insatser och tvångsinsatser för personer med missbruksproblem (socialtjänststatistiken).

Socialstyrelsen förordar att uppgiftsskyldigheten inom de båda områden ska regleras i en gemensam förordning. Fördelen med den lösningen är att alla beslutsfattare och alla vårdgivare inom missbrukarvården skulle omfattas av samma regelverk. Även i det fallet bör förordningen innehålla ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela närmare föreskrifter om uppgiftslämnandet.

Olika intressenters synpunkter på förslagen

Socialstyrelsens statistikråd

Vid ett möte i socialtjänstavdelningens statistikråd, med representanter från några kommuner, forskningsinstitutioner och IF-enheten på Socialstyrelsen, diskuterades huvudpunkterna i förslaget om ”en samlad statistik för missbrukarvården”.

Socialstyrelsen framhöll att det förslag till samlad statistik som är under framtagning bygger på insamling av känsliga personuppgifter. Det är möjligt att förslaget kommer att orsaka en debatt om integritetsproblematiken. I det sammanhanget är det viktigt att framhålla att uppgifterna kommer att hanteras med strängt sekretesskydd och användas för ett mycket begränsat ändamål (forskning och statistik). Ett avgörande argument är dock att statistiken är avsedd att gagna brukarna och medborgarna i allmänhet. Statistiken ska visa på nyttan av insatserna och att de resurser som åtgår används på bästa möjliga sätt. Det förekom en invändning mot det senare resonemanget i den meningen att personuppgiftsbaserad statistik inte är en förutsättning för att åstadkomma detta. Från forskarhåll framhölls dock att uppgifter med personnummer är mycket viktiga för att man ska kunna göra bl.a. uppföljande studier av missbrukare där bilden av olika insatser över tid framträder.

En komplikation när det gäller att skapa ett personnummerbaserat statistiksystem är att det förekommer anonyma behandlingsmöjligheter för personer med missbruksproblem. Rådgivning och stöd ges i form av service och inte som biståndsbeslutade insatser. I dessa fall uppstår ett mörkertal i en samlad statistik om missbrukarvården. Det behöver därför klarläggas vilka verksamheter som kommer att kunna ingå i ett statistiksystem, respektive vilka delar som hamnar utanför.

En annan uppfattning som framfördes var att vid en jämförelse med hälso- och sjukvården framstår det som om socialtjänsten inte tar samma ansvar för att utvärdera och utveckla metoder för behandling. Det motiverar att det skapas en möjlighet på central nivå för att ge underlag till bättre forskningsmöjligheter.

En annan fråga gällde om statistiken ska omfatta personer med missbruksproblem under 21 år. Från kommunhåll framfördes att det vore bra med en 21-års gräns, eftersom insatser för yngre personer omfattas av statistiken om insatser för barn och unga. Svaret på detta var att statistiken om missbrukarvård kommer att avse personer 18 år och äldre. Om en dubbel uppgiftsrapportering skulle förekomma för yngre personer kan detta hanteras genom att personnummer finns för berörda personer i båda fallen. Vid en samkörning av dessa personregister kan dubletter hittas.

Projektets referensgrupp

Ett möte med projektets referensgrupp, med representanter för Statens institutionsstyrelse (SiS), Kriminalvården, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Nacka kommun, Enköpings kommun, samt Riksföreningen för alkoholmottagningar (RAM) ägde rum under hösten⁸.

SKL frågade om Socialstyrelsen kommer att föreslå en uppgiftsskyldighet för behandlingsenheter. Socialstyrelsen svarade att det var avsikten, men att det finns en viss avgränsningsproblematik angående rapporteringsskyldiga kontra ej rapporteringsskyldiga enheter. Det bör finnas ett ansvar för berörda myndigheter att tillse att enheterna lämnar de begärda uppgifterna för statistiken.

SiS frågade varför det behövs individuppgifter till en ny statistik. Socialstyrelsen visade på olika fördelar med en personuppgiftsbaserad statistik, som en förbättrad statistik kvalitet, flexiblare redovisningar, möjlighet till longitudinella uppföljningar av vården, m.m. Sammantaget ska statistiken både kunna användas på lokal/kommunal nivå för jämförelser, m.m. och på central nivå för en övergripande uppföljning av insatserna inom missbrukarvården.

En fråga ställdes om statistiken ska räkna antal insatser eller antal personer med missbruksproblem som får vård. Svaret är att båda dessa perspektiv ska kunna belysas i statistiken.

Nacka kommun uppgav att man försöker mäta även de förebyggande insatser som ges. I dessa fall finns inte några personuppgifter att tillgå för en statistikredovisning. Däremot är det inga problem att redovisa uppgifter om de som får biståndsbeslut.

Enköpings kommun påpekade att en del av deras missbrukarvård omfattar personer som inte registreras, och om man skulle införa en obligatorisk rapportering av personnummerbaserade uppgifter, så riskerar man att stöta bort personer som behöver hjälp.

SKL framhöll att det är mycket viktigt att en personnummerbaserad statistik blir till nytta för brukarna, eftersom man idag inte vet mycket om resultatet av det som görs. På detta replikerade ett par kommuner att de själva väl kände till hur det gick för de missbrukare som fick insatser.

RAM framförde synpunkten att man på central nivå måste kunna få kunskap om hur missbrukarvården fungerar: det är svårt att fördela statliga medel till verksamheter och forskning utan att ha ett bra statistiskt underlag, och att det är viktigt att staten här tar ett ansvar för att förbättra kunskapsläget. När det gäller anonymiteten i uppgiftsinsamling för statistiken framhöll RAM att det till dels handlar om ett gränsdragningsproblem. Det vore t.ex. inte lämpligt att registrera personer som söker sig till ungdomsmottagningar för alkohol- och drogproblem.

Från Socialstyrelsens projektledning är man väl medveten om att vissa verksamheter inte kommer att kunna ingå i en personnummerbaserad uppgiftsinsamling. Det är viktigt att fokusera på de verksamheter som är absolut nödvändiga att ha med i ett statistiksystem som har ambitionen att omfatta alla delar av missbrukarvården.

⁸ En forskare från Örebro universitet var även inbjuden, men var förhindrad att delta på mötet.

När det gäller insatser till anhöriga till personer med missbruksproblem uppgav Nacka kommun att sådana uppgifter inte finns tillgängliga idag. Insatser för anhöriga ligger ofta med i beslutet för en person med missbruksproblem, och det medför även att kostnaderna för sådana insatser ”bokförs” på berörd person med missbruksproblem, i stället för att redovisas separat.

Brukarorganisationer

För samma syfte som med referensgruppen har några organisationer, som kan sägas företräda ”brukarintressen” under arbetets gång inbjudits till diskussion om Socialstyrelsens tilltänkta förslag.

Riksföreningen för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL) var negativ till tankarna i förslaget. Dels ansågs man att det inte var troligt att Socialstyrelsens uppföljning, med den föreslagna statistiken som bas, skulle kunna resultera i förbättringar av kommunernas missbrukarvård. Dels ansåg man att kriminaliseringen av (ej läkarförskriften) narkotikaanvändning utgjorde ett så stort hinder att personer i ännu högre grad än idag skulle dra sig för att söka hjälp inom den specialiserade vården om en personnummerregistrering skulle bli obligatorisk. För många är anonymitetsskydd en förutsättning för att våga söka hjälp. De grupper som man i särskilt hög utsträckning ansåg skulle tveka att söka vård var unga personer, uteliggare, personer med ”dubbel diagnos”, socialt etablerade personer samt kvinnor med barn.

Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) var däremot positiv, främst för att förslaget skulle ge en ”klarare” och mer tillförlitlig statistik: alla personer med missbruksproblem har inte samma behov och får inte samma behandling. Med den föreslagna statistiken ansåg man att det skulle bli möjligt att skilja ut verksamma behandlingsenheter från överkamma. Man insåg visserligen riskerna med en eventuellt ökad tvekan att söka vård, men ansåg att fördelarna ändå övervägde.

Vi har även diskuterat förslaget med en representant för *Riksförbundet Länarna*, som dock inte kunde uttala sig å hela förbundets vägnar. Liksom företrädarna för de andra organisationerna ansåg denne att integritetsfrågorna var viktiga, men att utsikterna att genom uppföljningsstudier få information som kan bidra till att förbättra vården ändå gjorde att han såg positivt på förslaget. Han framhöll dock att det var viktigt att noga förklara för personer som får vård vilket syftet med registreringen är, samt hur säkerhetsrutinerna fungerar och hur uppgifterna skall användas.

Registeruppbyggnad

En samlad statistik över missbruks- och beroendevården, med möjligheter till uppföljning av vårdinsatserna, förutsätter att en databas med tre varandra kompletterande, personnummerbaserade register upprättas. Registren skall innehålla uppgifter om personer som fått insatser (stöd eller vård och behandling) för egna missbruks- eller beroendeproblem med alkohol och andra droger. Personnumret är det oundgängliga instrumentet för att kunna se hur många individer som får insatser för missbruksproblem, och för att kunna genomföra meningsfulla uppföljningsstudier.

Följande tre register behöver ingå:

- 1) Personer med beslut om LVM-vård (befintligt register med uppgifter från länsrätter och Statens institutionsstyrelse)
- 2) Personer med beslut om SoL-insatser (nytt register med uppgifter från kommuner)
- 3) Personer i missbruksbehandling - KIM (nytt register med uppgifter från "specialiserade behandlingsenheter" inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, kriminalvård, privata vårdgivare).

För inrättandet av registren 2) och 3) krävs ett utvecklingsarbete, som omfattar bl.a. följande aspekter:

- Specifiering av informationsinnehållet (variabler)
- Specifiering och inventering av ingående aktörer (rapportörer, registerförande, registeransvariga, målgrupper för återrapportering och/eller publicering från registret)
- Uppskattningar av den årliga volymen av data
- Utformning av säkra och effektiva tillvägagångssätt för insamling, överföring och lagring av information.

Konsekvenser av föreslagna förändringar

I samband med detta principförslag görs ingen formell konsekvensutredning enligt Ekonomistyrningsverkets anvisningar. Socialstyrelsen vill dock här peka på några tänkbara effekter av förslaget – både för Socialstyrelsen och för andra parter som skulle komma att beröras om de föreslagna förändringarna genomförs.

För Socialstyrelsen:

- Kostnader för utvecklingsarbete i samband med igångsättningen/registeruppbyggnaden
- Kostnader för den löpande registerföringen: förvaltning, administration, utbildning, m.m.

För andra berörda:

- Ökad uppgiftslämnarvärda (tidsåtgång) för personal inom den specialiserade missbruks- och beroendevården
- Förändrade, och på sikt förenklade, former för uppgiftsinsamlingen från socialtjänsten
- Förändringar i det kommunala räkenskapssammandraget (RS) pga. nya insatskategorier i socialtjänststatistiken
- Kriminalvården behöver göra anpassningar i sitt ASI-baserade dokumentationssystem så att KIM-kompatibla uppgifter från dess behandlingsverksamhet kan lämnas till den samlade statistiken.

KLIENTER I MISSBRUKSBEHANDLING (KIM)

Uppgifter om personer som påbörjat behandling inom enheten

Enhetskod:

Klient/patient: ☐ 1. person med egna missbruksproblem ☐ 2. anhörig/närstående till person med missbruksproblem

Kön ☐ 1. man ☐ 2. kvinna

Ålder år

Alla frågor med svarsrutor i detta formulär (utom fråga 5, och ev. även fråga 11) besvaras genom att ett **X** sätts i rutan för ett av de numrerade alternativen. Övriga frågor besvaras genom att siffror skrivs in i de markerade svarsutrymmena. Se även den särskilda instruktion som finns för detta formulär.

A. Behandlingsrelaterad information

1. År och månad när detta vårdtillfälle inleds vid denna enhet:

2. Nytt vårdtillfälle eller överflyttning - välj ett alternativ

- ☐ 1. nytt vårdtillfälle (detta vårdtillfälle påbörjas vid denna enhet)
- ☐ 2. planmässig överflyttning (detta vårdtillfälle har påbörjats vid annan vårdenheter)
- ☐ 3. vet ej

3. Huvudsaklig initiativtagare till kontakt - välj ett alternativ

- ☐ 1. eget initiativ
- ☐ 2. familj, vänner
- ☐ 3. annan behandlingsenhet för missbruksvård
- ☐ 4. primärvårdsläkare, privatläkare
- ☐ 5. sjukhus, annan medicinsk-/psykiatrisk slutenvård
- ☐ 6. socialtjänst
- ☐ 7. domstol, kriminalvård, polis
- ☐ 8. arbetsgivare, företagshälsovård
- ☐ 9. annan initiativtagare, vilken?
- ☐ 10. vet ej

4. Typ av behandlingsenhet - välj ett alternativ

- ☐ 1. slutenvårdsavdelning inom sjukhus (akutvårds- eller behandlingsavdelning)
 - ☐ 2. primärvårdsenhet (vårdcentral, distriktsläkarmottagning, privatläkarmottagning)
 - ☐ 3. behandlingshem eller annan vårdinstitution (heldygnsvård), familjehem
 - ☐ 4. social eller psykiatrisk enhet för öppenvård (poliklinik, rådgivningsbyrå, dagvårdsenhet, öppenvårdsprogram)
 - ☐ 5. lågtröskelenhet (akut-/korttidsboendeenhet, dagcentral eller annan lätt tillgänglig öppen inrättning)
 - ☐ 6. annan typ av behandlingsenhet, vilken?
-

5. Typ av vård för denna klient/patient vid denna enhet

Upp till 3 svarsalternativ kan markeras med X i denna fråga.

- ☐ 1. slutenvård på sjukhus - avgiftning
- ☐ 2. slutenvård på sjukhus - rehabilitering
- ☐ 3. institutionsvård (heldygnsvård) – avgiftning
- ☐ 4. institutionsvård (heldygnsvård) – rehabilitering
- ☐ 5. öppenvård – poliklinisk avgiftning
- ☐ 6. öppenvård – kort rådgivning
- ☐ 7. intensiv öppenvård¹ (inklusive dagvård)
- ☐ 8. övrig öppenvård (inklusive eftervård)

6. Tidigare vårdad för narkotikaproblem - välj ett alternativ

- ☐ 1. aldrig
- ☐ 2. tidigare vårdad
- ☐ 3. vet ej
- ☐ 4. ej giltigt: klienten/patienten är anhörig/närstående

7. Tidigare vårdad för alkoholproblem - välj ett alternativ

- ☐ 1. aldrig
 - ☐ 2. tidigare vårdad
 - ☐ 3. vet ej
 - ☐ 4. ej giltigt: klienten/patienten är anhörig/närstående
-

¹ Behandlingsinsatser som ges till en klient/patient och som pågår under 2 timmar eller mer per dag under 3 dagar eller mer per vecka.

B. Drogrelaterad information

8. **Primär drog och andra droger som klienten/patienten använt under de senaste 30 dagarna**
(innan intagning i anstalts- eller slutenvård, om klienten/patienten varit i sådan vård under de senaste 30 dagarna)

Besvara denna fråga genom att skriva in siffrorna för respektive svarsalternativ i svarsutrymmena nedan.

Primär drog (den drog som orsakar klienten/patienten mest problem)				Andra droger (ange upp till 4 ytterligare droger som missbrukas)	
Drog	Intagningssätt	Frekvens	Debutålder denna drog	Drog	Intagningssätt

Droger	31 - kokain	61 - LSD
00 - ej missbruk (anhörig/närstående)	32 - crack	62 - andra hallucinogener
11 - alkohol	41 - amfetaminer	71 - hasch
21 - heroin	42 - MDMA/ecstasy och andra derivat	72 - marijuana
22 - metadon	43 - andra stimulantia	81 - lösningsmedel
23 - buprenorfin (Subutex)	51 - barbiturater	91 - GHB
24 - andra opiater eller smärtstillande mediciner	52 - benzodiazepiner	92 - anabola steroider
	53 - andra dämpande mediciner	93 - andra medel:

Intagningssätt

- 1 - injicering
- 2 - rökning, inhalering
- 3 - oralt
- 4 - sniffning
- 5 - annat intagningssätt
- 6 - vet ej

Användningsfrekvens (senaste 30 dagarna)

- 1 - ej använt senaste 30 dagarna, tillfälligt bruk
- 2 - använt en gång per vecka eller mindre
- 3 - använt 2 - 6 dagar per vecka
- 4 - använt dagligen
- 5 - vet ej

Om klienten/patienten är anhörig/närstående, skall resten av frågorna ej besvaras.

9. **Injektionsmissbruk - någonsin i livet eller för närvarande – av den primära drogen eller någon annan drog**

- ☐ 1. injicerat någon gång i livet men injicerar inte för närvarande (under de senaste 30 dagarna)
- ☐ 2. injicerar för närvarande (under de senaste 30 dagarna)
- ☐ 3. aldrig injicerat
- ☐ 4. vet ej

10. **Pågående substitutionsbehandling för opiatmissbruk**

☐ ej giltigt: klienten/patienten missbrukar ej opiater

- | | | |
|---|---|---|
| Metadon | Subutex | Annat, vad: |
| ☐ 1. ja ☐ 2. nej ☐ 3. vet ej | ☐ 1. ja ☐ 2. nej ☐ 3. vet ej | ☐ 1. ja ☐ 2. nej ☐ 3. vet ej |

C. Sociodemografisk information

11. Medborgarskap

- ☐ 1. Sverige
- ☐ 2. annat land
- ☐ 3. statslös
- ☐ 4. vet ej

12. Levnadsform (med vem?) de senaste 30 dagarna

(innan ev. intagning i anstalt / slutenvård)
- välj ett alternativ:

- ☐ 1. ensamlevande
- ☐ 2. ensamstående med barn
- ☐ 3. samlevande med partner men ej med barn
- ☐ 4. samlevande med partner och barn
- ☐ 5. samlevande med vänner
- ☐ 6. samlevande med föräldrar eller släkting
- ☐ 7. annan levnadsform, vilken?
.....
- ☐ 8. vet ej

13. Boendeform (var?) de senaste 30 dagarna

(innan ev. intagning i anstalt / slutenvård)
- välj ett alternativ:

- ☐ 1. egen bostad
- ☐ 2. andra hand, inneboende
- ☐ 3. boendekollektiv
- ☐ 4. försökslägenhet, träningslägenhet
- ☐ 5. vårdinstitution, inackorderingshem, kategorihus
- ☐ 6. familjehem
- ☐ 7. fängelse, häkte
- ☐ 8. hotell
- ☐ 9. hos föräldrar
- ☐ 10. hos släktingar
- ☐ 11. bostadslös
- ☐ 12. annan boendeform, vilken?
.....
- ☐ 13. vet ej

14. Huvudsaklig sysselsättning de senaste 6 månaderna

(innan ev. intagning i anstalt / slutenvård)
- välj ett alternativ:

- ☐ 1. arbete
- ☐ 2. studier
- ☐ 3. annat
- ☐ 4. vet ej

15. Huvudsaklig försörjning de senaste 6 månaderna

(innan ev. intagning i anstalt / slutenvård)
- välj ett alternativ:

- ☐ 1. inkomst av eget arbete
- ☐ 2. pension (förtidspension eller ålderspension)
- ☐ 3. socialbidrag
- ☐ 4. arbetslöshetsersättning
- ☐ 5. studiebidrag/studielån
- ☐ 6. medel från förälder/anhörig
- ☐ 7. föräldrapenning
- ☐ 8. sjukbidrag/sjukpenning
- ☐ 9. kriminalitet / prostitution
- ☐ 10. annat försörjningsätt
- ☐ 11. vet ej

16. Högsta fullföljda utbildningsnivå

- välj ett alternativ:

- ☐ 1. ej fullföljt grundskola
- ☐ 2. fullföljt grundskola
- ☐ 3. fullföljt gymnasium
- ☐ 4. fullföljt eftergymnasial utbildning/högskola
- ☐ 5. vet ej

Ifyllt formulär sänds till:

Socialstyrelsen, S / Statistikenheten, 106 30 Stockholm

Frågor om formuläret besvaras av:

**Socialstyrelsen - Roger Holmberg tel: 08 – 555 533 65
e-post: roger.holmberg@sos.se**

Fler formulär kan beställas av:

**Socialstyrelsen, Marianne Arvidsson, 106 30 Stockholm
08 – 555 530 00 (vx)**

(Enheten kan även själv kopiera formuläret)

Sveriges officiella statistik
Socialtjänststatistik

Kommun	
Nämnd	
Adress	
Postnummer	
Postadress	
Uppgiftslämnare/handläggare: Namn	
E-post	
Telefon	Telefax

Länskod	
Kommunkod	

Den ifyllda blanketten insändes
i ett exemplar

Senast den 21 januari 2005

till Inregia AB
Socialtjänststatistik
Box 12519
102 29 Stockholm

Insatser för vuxna personer med missbruksproblem under 2004

Statistiken

Statistiken avser vuxna personer som har problem relaterade till eget missbruk och som får individuellt behovsprövade insatser av socialtjänsten som syftar till att avhjälpa eller lindra dessa problem. Som vuxna personer med missbruksproblem **redovisas också** personer med sociala och psykiska problem i **kombination** med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel etc. (dvs. personer med **dubbel problematik**) som inte redovisas i någon annan statistik.

Uppgifterna samlas in med stöd av lagen (2001:99) om den officiella statistiken och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken, vilket innebär skyldighet för kommunerna att lämna de efterfrågade uppgifterna. Samråd har skett med Svenska Kommunförbundet vid utformningen av undersökningen. Statistiken samlas in av Inregia AB på uppdrag av Socialstyrelsen och ingår som en del i Sveriges officiella statistik.

Ett syfte med den officiella statistiken om insatser för vuxna personer med missbruksproblem är att kontinuerligt ge kunskapsunderlag för att kunna följa och utveckla verksamheten i förhållande till uppsatta mål. Statistiken används i första hand som underlag för nationell uppföljning och utvärdering, för jämförelser mellan olika kommuner och som allmän information.

Tillsammans med den officiella ekonomiska statistiken, för vilken SCB ansvarar, ska statistiken kunna belysa vad olika insatser kostar. Därför sammanställs vissa av de uppgifter som lämnas i denna blankett med ekonomiska uppgifter som kommunerna lämnar till Räkenskapssammandraget. I denna blankett gäller det frågorna **1.2 "Antal beviljade boendedygns i bistånd som avser boende"** och **4.3 "Antal vårdryggs i frivillig familjehemsvård"**.

Definitioner

Med vuxen avses person som är 21 år eller äldre. Person med missbruksproblem avser personer som missbrukar alkohol, narkotika, läkemedel, lösningsmedel eller kombinationer av dessa. Som personer med missbruksproblem avses också personer med sociala och psykiska problem i **kombination** med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller kombination av dessa (dvs. personer med **dubbel problematik**).

Individuellt behovsprövade insatser inom följande vårdformer ska ingå i redovisningen:

- Bistånd som avser boende
- Individuellt behovsprövade öppna insatser
- Frivillig institutionsvård
- Familjehemsvård

Observera att det förekommer olika tidsangivelser i frågorna:

- den 1 november 2004
- under året 2004

Innan blanketten skickas in, kontrollera att delsummer och totaluppgifter stämmer, så slipper vi besvära er med återkontakter. Kom ihåg att ta kopia av den ifyllda blanketten innan den skickas in.

Frågor

Vid frågor om hur blanketten ska fyllas i, kontakta Helene Johnsson på Inregia, tel 08-5055 44 28 eller e-post helene.johnsson@inregia.se.

Tack på förhand!

Blankettutgivare:	Postadress:	Kontaktperson:	Telefon:	Telefax:
Inregia AB	Box 12519	Helene Johnsson		
Socialstatistik	102 29 Stockholm	helene.johnsson@inregia.se	08-5055 44 28	08-5055 44 01

Anvisningar

Uppgifterna ska avse hela kommunen (socialnämnd eller motsvarande). Om kommunen är uppdelad i kommundelar, distrikt eller motsvarande, ska det göras en sammanställning på **en** blankett som avser hela er kommun.

Samtliga frågor ska besvaras och samtliga svarsrutor som inte är skuggade **ska** fyllas i. Om antalet på en efterfrågad uppgift är **noll** ska detta anges med **"0"**. Om efterfrågad uppgift **inte kan anges**, trots att den aktuella insatsen förekommer i verksamheten, ska detta markeras med **"us"** (uppgift saknas).

Att tänka på

I samband med registreringen av de lämnade uppgifterna sker en automatisk kontroll av att delsummor och totalsummor stämmer. Vi gör även logiska kontroller mellan de olika frågorna, t ex att uppgifterna för den 1 november inte överstiger årssiffrorna. Uppgifterna jämförs även med dem för 2003.

Vid stora fel/avvikelser kommer vi att skicka tillbaka blanketten för rättelse/kommentar. För undvikande av merarbete, både för er och för oss, ber vi er att göra kontroller själva innan blanketten skickas in, så slipper vi besvara er med återkontakter.

Om skillnaden är stor i jämförelse med 2003 är vi tacksamma för en kommentar nedan om vad detta kan bero på. Uppgifterna för 2003 är redovisade i Socialstyrelsens statistikrapport "Missbrukare och övriga vuxna – insatser 2003", och vissa av dessa redovisas på kommunnivå. Rapporten finns tillgänglig på Socialstyrelsens hemsida www.sos.se.

OBS! SAMTLIGA RUTOR MÅSTE FYLLAS !! Se exempel nedan.

	Antal vårddyg	Antal personer	Antal inskrivningar
Totalt	1 110	7	9
därav vårddyg hos			
Offentlig vårdgivare	us		
Privat/enskild vårdgivare eller privat/enskild delad med offentlig	us		

	Antal
Inskrivningar	19
Boendedyg	us

Födelseår	Män	Kvinnor	Totalt	
1939 eller tidigare	12	5	17	Kontrollera delsumma
1940-1954	0	0	0	
1955-1979	15	0	15	
1980-1983	0	0	0	
Totalt	27	5	32	Kontrollera totalsumma

Kommentar

.....

.....

.....

.....

1. Bistånd som avser boende

Bistånd som avser boende gäller bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL och omfattar följande boendeformer: gruppboende, kategoriboende, inackorderingshem, korttidshem, jourlägenhet, härbärge, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell och hyreskontrakt där socialtjänsten är kontraktsinnehavare; "sociala kontrakt" eller liknande. Boende i hem med HVB-tillstånd ingår ej i bistånd som avser boende.

1.1 Antal personer med bistånd som avser boende enligt SoL den 1 november 2004

Syftet med att samla in dessa uppgifter är att beskriva denna insatskategori, inte att beskriva bostadssituationen för personerna. Redovisa samtliga personer med bistånd som avser boende den 1 november 2004, för vilka boendet hade påbörjats.

Födelseår	Män	Kvinnor	Totalt
1939 eller tidigare			
1940-1954			
1955-1979			
1980-1983			
Totalt			

1.2 Antal inskrivningar och beviljade boendedygn i bistånd som avser boende under 2004

Inskrivning avser den faktiska intagningen av en person i påbörjad insats i form av bistånd som avser boende.

Boendedygn avser boende under ett dygn som en person får i form av bistånd som avser boende oavsett om insatsen utförs av kommunen eller annan.

Redovisa inskrivningar som har påbörjats. Räkna även med inskrivningar som började före 2004 och som fortgick under någon del av år 2004. Redovisa samtliga inskrivningar som pågick under 2004, dvs. om en person blev inskriven flera gånger under 2004 redovisas samtliga dessa inskrivningar.

Redovisa samtliga beviljade boendedygn i bistånd som avser boende under 2004 som orsakade kostnader för kommunen.

Inskrivningar och beviljade boendedygn som inte har orsakat kostnader för kommunen, t.ex. **"sociala kontrakt"**, ska inte redovisas här.

	Antal
Inskrivningar	
Beviljade boendedygn	

← Uppgiften ingår i räkenskapssammandraget

2. Individuellt behovsprövade öppna insatser

Individuellt behovsprövade öppna insatser avser insatser som inte innebär dygnet-runt-vistelse och som är individuellt behovsprövad enligt 4 kap. 1 § SoL som t.ex. strukturerad dagvård, personligt stöd och behandling eller kontaktperson.

2.1 Antal personer i individuellt behovsprövade öppna insatser enligt SoL den 1 november 2004

Redovisa samtliga personer med individuellt behovsprövade öppna insatser den 1 november 2004, för vilka vård/behandling påbörjats.

Födelseår	Män	Kvinnor	Totalt
1939 eller tidigare			
1940-1954			
1955-1979			
1980-1983			
Totalt			

2.2 Antal öppna individuellt behovsprövade insatser under 2004

Redovisa beslutade insatser som har påbörjats. Räkna även med insatser som började före 2004 och som fortgick under någon del av år 2004. Om en person hade flera insatser under 2004 redovisas samtliga dessa insatser.

	Antal
Insatser	

3. Frivillig institutionsvård

Institutionsvård enligt SoL. Institutionsvård avser vård/behandling/arbete/arbetsträning etc. i kombination med dygnet-runt-vistelse i utredningshem, motivationshem, behandlingshem, arbetskollektiv. Till denna vårdform räknas även andra typer av hem som t.ex. familjehem, inackorderingshem, härbärgen etc. **med HVB-tillstånd** där vård eller boende bedrivs dygnet runt.

3.1 Antal personer i frivillig institutionsvård enligt SoL den 1 november 2004

Redovisa antal personer med beslut om frivillig institutionsvård den 1 november 2004, för vilka vården/ behandlingen påbörjats under 2004. Redovisa även vård för personer från kommunen som placerats i motsvarande hem utomlands.

Födelseår	Män	Kvinnor	Totalt
1939 eller tidigare			
1940-1954			
1955-1979			
1980-1983			
Totalt			

3.2 Antal beviljade vårddyggn, personer och inskrivningar i frivillig institutionsvård enligt SoL under 2004

Vårddyggn avser vård under ett dygn som en person får i form av frivillig institutionsvård med stöd av 4 kap. 1 § SoL oavsett om vården utförs av kommunen eller annan vårdgivare. **Offentlig vårdgivare** är landsting, stat, kommunalt vårdförbund eller kommun. **Privat/enskild vårdgivare** avser brukarkooperativ, personalkooperativ, verksamhet driven i föreningsform, företagsform och bolags- eller stiftelseform. Hit räknas även verksamhet driven av Svenska Kyrkan.

Redovisa varje enskild person endast **en gång** oavsett om personen hade en eller flera insatser under 2004. Redovisa även personer i frivillig institutionsvård utomlands under 2004. Redovisa **också** personer som påbörjades före 2004 och som fortgick under någon del av år 2004. Om endast beslut om vård fattats, men vård/behandling ej påbörjats ska personen **ej** medräknas.

Redovisa **samtliga** inskrivningar, dvs. om en person blev inskriven flera gånger under 2004 ska samtliga dessa inskrivningar redovisas. Redovisa **också** inskrivningar som påbörjades före 2004 och som fortgick under någon del av år 2004. Om endast beslut om vård fattats, men vård/behandling ej påbörjats ska inskrivningen **ej** medräknas.

	Antal vårddyggn	Antal personer	Antal inskrivningar
Totalt			
därav vårddyggn hos			
- Offentlig vårdgivare			
- Privat/enskild vårdgivare eller privat/enskild delad med offentlig			

4. Familjehemsvård

Familjehemsvård avser vård eller rehabilitering (behandling/arbete/arbetsträning etc.) som ges med stöd av 4 kap. 1 § SoL (frivillig vård) eller med stöd av 27 § LVM (tvångsvård) till vuxna personer med missbruksproblem dygnet runt i familjehem **utan HVB-tillstånd**.

4.1 Antal personer i frivillig familjehemsvård enligt 4 kap. 1 § SoL den 1 november 2004

Redovisa samtliga personer i familjehemsvård den 1 november 2004, för vilka vård/behandling påbörjats.

Födelseår	Män	Kvinnor	Totalt
1939 eller tidigare			
1940-1954			
1955-1979			
1980-1983			
Totalt			

4.2 Antal personer i familjehemsvård enligt 27 § LVM den 1 november 2004

Redovisa samtliga personer i familjehemsvård den 1 november 2004, för vilka vård/behandling påbörjats.

Födelseår	Män	Kvinnor	Totalt
1939 eller tidigare			
1940-1954			
1955-1979			
1980-1983			
Totalt			

4.3 Antal inskrivningar och beviljade vårddygn i frivillig familjehemsvård enligt 4 kap. 1 § SoL under 2004

Vårddygn avser vård under ett dygn som en person får i form av frivillig familjehemsvård oavsett om vården utförs av kommunen eller annan vårdgivare.

Redovisa **samtliga inskrivningar** i familjehem, dvs. om samma person blev inskriven flera gånger i familjehem under 2004 ska samtliga dessa inskrivningar redovisas. Redovisa även inskrivningar i familjehem som påbörjades före 2004 och som fortgick under någon del av år 2004.

Redovisa det totala antalet vårddygn som **beviljats** avseende år 2004.

	Antal
Inskrivningar	
Beviljade vårddygn	

← Uppgiften ingår i räkenskapssammandraget

