

Att stärka och utveckla arbetet med tillstånds- prövning för skjutvapen

En gemensam delredovisning

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-9-9746

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2025

Innehåll

Förord	1
Sammanfattning	2
Inledning	5
Om uppdraget	5
Uppdragets genomförande.....	5
Datainsamling.....	6
Bakgrund.....	8
Svåra avvägningar i vapenlagstiftningen	8
Lagar och regler inom området.....	9
Resultat av kartläggning	15
Fullföljande av anmälningsskyldighet – Socialstyrelsens del av kartläggningen	15
Prövning av medicinsk lämplighet i tillståndsärenden – Polismyndighetens del av kartläggningen	32
Fortsatt arbete med regeringsuppdraget	43
Åtgärder som Socialstyrelsen avser att arbeta vidare med.....	43
Åtgärder som Polismyndigheten avser att arbeta vidare med	46
Tidplan för arbetet framåt	49
Referenser.....	50
Bilaga 1. Metod och angreppssätt	51

Förord

Socialstyrelsen och Polismyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att inom sina respektive ansvarsområden stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen avseende medicinsk lämplighet.

Myndigheterna ska genomföra uppdraget i nära samverkan med varandra och senast den 30 september 2025 lämna en gemensam delredovisning av uppdraget till Regeringskansliet.

Delredovisningen innehåller resultatet av en gemensam kartläggning och en tidplan för de åtgärder som myndigheterna avser att vidta inom ramen för det fortsatta arbetet. Polismyndigheten och Socialstyrelsen ska senast den 30 november 2026 lämna separata slutredovisningar av sina respektive delar i uppdraget till Regeringskansliet.

Ansvarig uppdragsledare för Polismyndighetens räkning har varit Anneli Ferm. Ansvarig projektledare för Socialstyrelsens räkning har varit Selma Kalkan. Ansvarig enhetschef från Socialstyrelsen har varit Jakob Hellman.

Myndigheterna vill rikta ett särskilt tack till de regioner som deltagit i undersökningen och som bidragit med kunskap och värdefulla insikter.

Björn Eriksson
Generaldirektör Socialstyrelsen

Petra Lundh
Rikspolischef

Sammanfattning

Polismyndigheten ska återkalla vapentillstånd för personer som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen. Återkallelse sker bland annat med anledning av anmälan från hälso- och sjukvården, och syftet är bland annat att motverka dödligt våld och suicid med legala vapen.

Det finns indikationer på att regleringen om att personer som av medicinska skäl är olämpliga att inneha vapen inte ska ha vapentillstånd, inte fungerar i enlighet med lagstiftarens intentioner. Mot denna bakgrund har Polismyndigheten och Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning.

I den första fasen, som denna delredovisning innefattar, har myndigheterna gjort en gemensam kartläggning i syfte att identifiera lämpliga insatser. Kartläggningen visar bland annat att de flesta regioner har verksamhets-specifika eller regionövergripande rutiner för anmälan om medicinsk olämplighet, men rutinernas omfattning och innehåll varierar mellan regionerna. Kartläggningen visar även att regionerna inte i någon större utsträckning regelbundet följer upp anmälningsskyldigheten. Regionföreträdare lyfter att det är svårt att bedöma i vilken utsträckning man följer regelverket men att de uppfattar det som att följsamheten generellt är låg och varierar mellan verksamheter. En övergripande bild av problemets omfattning saknas och regionföreträdarna efterfrågar statistik över vapentillstånd och anmälningsfrekvens. Detta skulle enligt företrädarna underlätta regionernas egen uppföljning av följsamheten till anmälningsskyldigheten.

Analys av registerdata indikerar att det finns fler personer i befolkningen som potentiellt kan vara medicinskt olämpliga att inneha skjutvapen än de som faktiskt anmäls av läkare. Samtidigt visar analysen att diagnoser, åldersintervall och socioekonomisk bakgrund bland de personer som använt skjutvapen vid suicid skiljer sig från för de personer som faktiskt har blivit anmälda. Äldre personer med vissa somatiska tillstånd, exempelvis prostatacancer, är exempel på grupper som oftare använder skjutvapen vid suicid men som inte anmäls. Registerstudien visar vidare att en av tre som använt skjutvapen vid suicid inte har haft några vårdkontakter inom specialiserad vård upp till två år före suicid. Omkring 27 procent i denna grupp hade dock fått psykofarmaka föreskrivet i primärvården. Registerstudien indikerar därmed att det kan finnas ett behov av att bättre fånga upp personer i alla delar av vårdsystemet, inklusive primärvården. Det finns även stora regionala skillnader i vilken utsträckning medicinsk olämplighet anmäls.

Kartläggningen visar också att det finns utmaningar för läkarna att följa regelverkets bestämmelser. Vården har ofta otillräcklig kunskap och medvetenhet om vad lagen innebär och vilka risker som finns med

vapeninnehav i relation till medicinska tillstånd. Det är vidare svårt för enskilda läkare att bedöma patienters lämplighet att inneha vapen. Enligt regionföreträdare är det otydligt hur bedömning av lämplighet ska göras för olika medicinska tillstånd. Det finns även en osäkerhet om hur man ska förhålla sig till tillstånd som kan vara övergående. Företrädare för vården och Polismyndigheten uttrycker att kunskapen om lagstiftningen behöver höjas bland läkarna för att anmälningsskyldigheten ska få större genomslag. Kunskapen om Polismyndighetens rutiner och processer efter att en anmälan skickats från sjukvården är också generellt begränsad.

Det framkommer även att läkare ser att en anmälan kan öka risken för andra negativa konsekvenser för patienten som skulle kunna leda till att hens psykiska ohälsa förvärras och risken för suicid ökar. En annan risk som lyfts av regionföreträdarna är att patientens förtroende för vården kan skadas. Riskerna innebär en svår avvägning som påverkar benägenheten att göra en anmälan. Det har också framkommit att regelverket inte uppfattas som ändamålsenligt.

Vid kartläggningen av Polismyndighetens tillståndsprövning vid medicinsk olämplighet lyfter företrädare flera utmaningar i samband med handläggningen. Polismyndigheten saknar i dagsläget tillräckligt underlag om anmälan för att kunna göra en korrekt bedömning och efterfrågar uppgifter om det medicinska tillstånd som föranleder anmälan. Företrädare lyfter också att det finns risker när det gäller tiden det tar för en anmälan att komma handläggaren tillhanda och behovet av att kunna få in en anmälan digitalt, snabbt och säkert direkt in i handläggarssystemet.

Baserat på resultatet avser Socialstyrelsen inom ramen för det fortsatta arbetet att

- utreda möjligheten att revidera Socialstyrelsens föreskrifter och rättslig vägledning
- ta fram kunskapsstöd och kunskapshöjande insatser riktade till hälso- och sjukvården
- utreda möjligheten att sammanställa och regelbundet publicera relevanta data och ta fram metodstöd för uppföljning på regional nivå
- ta fram stöd för regionala samarbeten och informationsmaterial riktat till allmänheten och civilsamhället för att utveckla det suicidpreventiva arbetet.

Polismyndigheten avser att inom ramen för det fortsatta arbetet

- utreda förutsättningarna för läkares anmälan att även innehålla skälen för den medicinska olämpligheten samt utreda behov av ändrad reglering för att möjliggöra detta
- utreda möjligheten att ta fram en digital lösning för skyndsam och säker kommunikation mellan vården och Polismyndigheten

Att stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen

- tillhandahålla information till vårdgivare och allmänhet som närmare beskriver tillstånds- och överklagandeprocessen
- undersöka behov av utvidgning av 6 kap. 6 § vapenlagen (1996:67) avseende vem som ska omfattas av anmälningsskyldigheten
- se över eventuella behov av ändringar i tillståndsprövningen
- se över utrymme att skapa bättre förutsättningar för uppföljning och statistik på nationell nivå.

Inledning

Om uppdraget

Mot bakgrund av massskjutningen i Örebro den 4 februari 2025, fick Polismyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att, inom sina respektive ansvarsområden, stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen avseende medicinsk lämplighet [1]. Detta inkluderar hälso- och sjukvårdens anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen. Myndigheterna ska inom ramen för uppdraget vidta åtgärder för att stärka arbetet med tillståndsprövning och redovisa behov av eventuella fortsatta utvecklingsinsatser. Uppdraget ska slutredovisas den 30 november 2026.

Inom ramen för uppdraget ska Polismyndigheten och Socialstyrelsen inhämta kunskap och erfarenheter från en rad relevanta aktörer såsom kommuner, regioner och privata vårdgivare samt organisationer inom civilsamhället, exempelvis Svenska Jägareförbundet.

Denna rapport utgör en myndighetsgemensam delredovisning av uppdraget. I enlighet med uppdragets anvisningar innehåller rapporten resultatet från en gemensam kartläggning och en tidplan för de åtgärder som myndigheterna avser att vidta inom ramen för det fortsatta arbetet.

Uppdragets genomförande

Utifrån sina respektive ansvarsområden har Socialstyrelsen och Polismyndigheten genomfört en nulägeskartläggning. Syftet med kartläggningen var att identifiera relevanta åtgärder och insatser som kan genomföras för att stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen. Myndigheterna har under uppdraget haft en gemensam arbetsgrupp och genomfört workshoppar på olika teman.

Socialstyrelsen har i kartlägningsarbetet fokuserat på att

- genomföra registerbaserade analyser av genomförda anmälningar och även jämföra med total population
- beskriva bilden av hur hälso- och sjukvårdens följsamhet till vapenlagens bestämmelser ser ut, inklusive vilka regionala eller verksamhetsnära rutiner som upprättats
- identifiera utmaningar och goda exempel vad gäller hälso- och sjukvårdens följsamhet till vapenlagen och anmälningar
- undersöka hälso- och sjukvårdens behov av stöd vid bedömningar av olämplighet för vapeninnehav till följd av medicinska tillstånd och följsamhet till vapenlagens bestämmelse om anmälningsskyldighet.

Polismyndigheten har i kartläggningsarbetet fokuserat på att

- redovisa statistik över antal anmälningar över tid i förhållande till anmälningar enligt körkortslagen, antal vapeninnehavare och förekomsten av omprövningar
- kartlägga och redovisa hur Polismyndigheten handlägger de ärenden som initieras genom att en anmälan enligt 6 kap. 6 § vapenlagen kommer in
- identifiera utmaningar och goda exempel vad gäller handläggningen av tillstånds- och återkallelseärenden i förhållande till bestämmelsen om läkares anmälningsskyldighet i vapenlagen
- identifiera eventuella behov av ändringar i lagstiftning, föreskrifter och myndighetens handbok om vapenhandläggning för att stärka arbetet med tillståndsprövningen och säkerställa att medicinskt olämpliga personer inte innehar vapentillstånd.

Datainsamling

- **Registerbaserade analyser**

Socialstyrelsen har haft tillgång till Polismyndighetens uppgifter om läkares anmälningar av personer som har bedömts vara olämpliga att inneha vapen. Dessa individuppgifter baseras på anmälningar under åren 2020–2024 och har samkörts med uppgifter i Socialstyrelsens olika nationella register som Patientregistret och Dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen har inom ramen för den här kartläggningen inte haft tillgång till polisens uppgifter om vilka som har vapentillstånd i befolkningen.

- **Dialoger med företrädare för regioner**

Socialstyrelsen har genomfört fyra dialogmöten med företrädare för totalt 9 regioner. Dialogmötena syftade till att bidra till en mer fördjupad förståelse för hur följsamheten till rutinerna ser ut och vilka utmaningar vården möter när det kommer till anmälningsskyldigheten. Dialogmötena fokuserade på att identifiera såväl utmaningar som goda exempel, samt på vilka stödbehov som noterats.

- **Regionala och verksamhetsnära rutiner har samlats in och sammanställts**

Socialstyrelsen bad samtliga regioner att redovisa rutiner för anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen. Syftet med detta var att få en bred uppfattning om vilka rutiner kopplade till anmälningsskyldigheten som har upprättats runt om i landet. I samband med detta, skickades även ett antal frågor till regionerna för att förtydliga bilden av de upprättade rutinerna och hur dessa tillämpas. Totalt 17 av 21 regioner svarade på de skriftliga frågorna inom ramen för

kartläggningen. Därutöver har 3 regioner skickat sina befintliga rutiner, men inte svarat på de kompletterande frågorna.

- **Dialoger med företrädare för Polismyndigheten**

Polismyndigheten har genomfört dialogmöten med representanter för den berörda verksamheten för att korrekt kunna återge myndighetens praktiska processer och rutiner i samband med tillståndsprövningen specifikt i förhållande till läkares anmälningsskyldighet enligt 6 kap. 6 § vapenlagen. När det gäller handläggningen i tillståndsärenden och återkallelseärenden har myndigheten fört dialog med handläggare och gruppchefer samt processutvecklare med god insyn i tillståndsprocesserna. För den del i tillståndsprocessen som avser överklaganden och domstolsprocessen har myndigheten fört dialog med jurister vid Rättsavdelningen. På dialogmötena har Polismyndigheten särskilt frågat om utmaningar och goda exempel i samband med handläggningen.

- **Polismyndighetens sammanställning av statistik**

Polismyndigheten har tagit fram statistik över läkares anmälningar som rör vapeninnehav från polisens vapenregister och ärendehanteringssystem (PÄr). Statistiken ska dock beaktas med försiktighet då PÄr är föråldrat och inte utformat för närmare uppföljningar, vilket innebär vissa begränsningar i både kvalitet och kvantitet av önskade relevanta data. PÄr kommer år 2026 att ersättas med ett nytt, mer ändamålsenligt ärendehanteringssystem med utökade möjligheter till uppföljning.

För en närmare beskrivning av kartläggningens datainsamlingsmetoder och avgränsningar hänvisas till bilaga 1.

Bakgrund

Sverige är det nittonde mest vapentäta landet i världen, sett till antal skjutvapen per capita [2]. I januari 2024 fanns det runtom i landet drygt 660 000 registrerade vapeninnehavare som tillsammans innehade drygt 2 miljoner skjutvapen.¹ Legala vapen användes i 6 procent av samtliga fall av dödligt våld under perioden 2014–2021 [3]. Jämfört med incidenter av dödligt våld med illegala vapen, är det när legala vapen används vanligare att gärningspersonen är äldre, har ett skadligt bruk av alkohol, har fått vård för psykisk ohälsa, begår brottet mot ett kvinnligt brottsoffer och suiciderar i nära anslutning till brottet. Enligt en svensk studie användes legala skjutvapen i 79 procent av suicid med skjutvapen under tidsperioden 2012–2013 [4]. I samma studie anges att av alla personer som suiciderade med legala vapen hade 31 procent varit i kontakt med någon typ av specialiserad sluten- eller öppenvård under det senaste året. I cirka hälften av dessa fall hade personen ifråga haft kontakt med den specialiserade psykiatrin.

Svåra avvägningar i vapenlagstiftningen

Regleringen av vapeninnehav innebär en avvägning mellan å ena sidan samhällets allmänna intresse av att förebygga brott, olyckshändelser och suicid med skjutvapen, å andra sidan enskilda personers och organisationers behov av att inneha skjutvapen för olika ändamål. Tillgång till och användning av lagliga vapen kan ha stor betydelse för individers välbefinnande och allmäntillstånd, exempelvis då det kan bidra till rekreation, sociala sammanhang och en meningsfull fritid. Det kan även ha positiva samhällseffekter, bland annat eftersom det påverkar den nationella försvarsförmågan, möjligheterna att bedriva viltvård, förebygga viltolyckor i trafiken och bevarande av historiskt viktiga föremål.² Trots potentiella fördelar, är det utifrån ett samhällsperspektiv angeläget att säkerställa att personer som av medicinska skäl är olämpliga att inneha vapen, frångår denna möjlighet.

En återkommande invändning mot anmälningsskyldigheten är att den riskerar att leda till att personer med somatiska eller psykiatriska besvär, avhåller sig från att söka vård på grund av rädslan att anmälas och i förlängningen förlora sitt vapentillstånd. Detta perspektiv lyftes bland annat i 1995 års vapenutredning beträffande en utvidgad anmälningsskyldighet.³ I förarbetena framförde några remissinstanser liknande synpunkter. Regeringen framhöll dock att en avvägning bör göras mellan risken för att

¹ SOU 2024:31 En ändamålsenlig vapenlagstiftning, s. 224.

² SOU 2024:31 s. 35.

³ SOU 1998:44 En samlad vapenlagstiftning, s. 227.

personer avhåller sig från att söka vård på grund av rädsla för att bli av med sina tillstånd och de risker ett fortsatt innehav av vapen kan medföra, såväl för innehavaren som för omgivningen och samhället i stort. Vid en sådan avvägning är det enligt regeringen det senare intresset som måste tillmätas större vikt.⁴

Lagar och regler inom området

Socialstyrelsens föreskrifter och vägledning om läkares anmälningsskyldighet

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:21) om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen anges bland annat att vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för anmälan. Vårdgivaren får ge i uppdrag åt en eller flera verksamhetschefer att fastställa rutiner för anmälan. Det framgår även att verksamhetschefen regelbundet ska följa upp dessa rutiner och följsamheten till anmälningsplikten. Vidare innehåller föreskrifterna bestämmelser om anmälningsförfarande, patientinformation och dokumentation. I SOSFS 2008:21 angavs ursprungligen i 5 § att om en läkare vet eller misstänker att en patient innehar skjutvapen och bedömer att patienten är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl ska läkaren göra en anmälan utan en närmare prövning av om patienten har tillstånd att inneha skjutvapen eller inte. Bestämmelsen upphävdes dock av regeringen år 2012 efter begäran från Socialstyrelsen.⁵ I formuleringen fanns rekvisit som inte hade stöd i vapenlagen, och bestämmelsen bedömdes därför gå utöver Socialstyrelsens bemyndigande.

I Socialstyrelsens vägledning *Läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen – vägledning för rättstillämpning* förtydligas att läkaren *inte* ska utreda om patienten kan tänkas ha vapen eller inte. Om läkaren av något skäl bedömer att patienten är olämplig att inneha vapen ur medicinskt hänseende, är läkaren skyldig att anmäla detta till Polismyndigheten. Läkaren ska inte själv pröva om patienten får ha skjutvapen, utan detta är en polisiär angelägenhet. Det finns även vissa förtydliganden, exempelvis om läkares ansvar att informera patienten om anmälan och dokumentera skäl för anmälan i journalen. Vägledningen innehåller även information om vissa medicinska tillstånd som kan medföra att en patient bedöms vara medicinskt olämplig att inneha vapen. De tillstånd som tas upp i vägledningen är samma som anges förarbetena till vapenlagen, nämligen psykisk ohälsa, missbruk och beroende samt demens.⁶ Därutöver finns även beskrivningar som rör

⁴ Prop. 2005/06:113 Ökad kontroll av vapen, s. 37–39.

⁵ Se förordning (2012:656) om upphävande av 5 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:21) om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen.

⁶ Se prop. 2005/06:113 s. 38.

patienter med en förhöjd suicidrisk och förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård.

Polismyndighetens föreskrifter och handbok

Polismyndigheten saknar bemyndigande att meddela föreskrifter i fråga om ansökan om tillstånd att inneha skjutvapen, läkares anmälan, omhändertagande av skjutvapen med mera samt återkallelse av tillstånd.

I Rättsavdelningens handbok för handläggning av vapenärenden (RA 2024:1) beskrivs gällande rätt avseende handläggningen av ärenden enligt vapenlagstiftningen, bland annat i fråga om beslut om omhändertagande och återkallelse. Handboken är endast ett internt dokument som är avsett att ge vägledning till handläggarna utifrån vad som framgår av rättskällorna.

Frågor om vapentillstånd prövas av Polismyndigheten

Enligt vapenlagen krävs tillstånd från Polismyndigheten för att bland annat enskilda personer ska få inneha skjutvapen.⁷ Av lagen framgår att ett sådant tillstånd endast får meddelas om personen behöver vapnet för ett godtagbart ändamål.⁸ Den som ansöker om tillstånd att inneha skjutvapen ska, om inte ansökan uteslutande avser annat ändamål än skjutning, visa att hen kan handha ett sådant vapen som ansökan avser. Särskilda krav uppställs beroende på vilken typ av vapen det gäller.⁹

Det finns idag inga lagstadgade krav på att den sökande behöver inkomma med ett medicinskt utlåtande vid ansökan om tillstånd att inneha vapen. Om det redan finns indikationer på att personen skulle kunna vara olämplig ur medicinskt hänseende kan dock Polismyndigheten begära att den sökande styrker sin lämplighet genom ett läkarintyg.

Exempel på sådana fall är om det när ärendet bereds framkommer information som kan tyda på att personen skulle kunna vara olämplig, eller om personen tidigare fått sitt tillstånd återkallat på grund av en anmälan från läkare.

Sammanfattningsvis är det angeläget, för såväl individens som samhällets säkerhet, att personer som av medicinska skäl anses olämpliga inte innehar vapentillstånd. Här utgör Polismyndighetens handläggning av tillstånds-ärenden respektive ärenden om återkallelse av tillstånd en central del. De anmälningar som inkommer från läkare utgör i det sammanhanget ett betydelsefullt underlag för Polismyndigheten. Därför är det viktigt att hälso-

⁷ 2 kap. 1–3 §§ vapenlagen.

⁸ 2 kap. 4 § vapenlagen.

⁹ 2 kap. 3 § vapenförordningen (1996:70).

och sjukvårdens anmälningsskyldighet efterlevs så att Polismyndigheten kan säkerställa att inkomna anmälningar omhändertas på ett lämpligt sätt.

Bedömning av lämplighet att inneha vapen och läkares anmälan om olämplighet

Svensk vapenlagstiftning bygger på principen att endast ansvarskännande personer ska kunna betros med skjutvapen. I varje enskilt ärende ska det göras en självständig bedömning där bland annat uppkomna brister i den personliga lämpligheten att inneha vapen beaktas.¹⁰

Tillstånd att inneha skjutvapen får endast meddelas om det skäligen kan antas att vapnet inte kommer att missbrukas.¹¹ Detta innebär att tillstånd att inneha skjutvapen endast ska beviljas den som är lämplig, det vill säga den som uppfyller de krav på laglydnad, omdöme och pålitlighet som bör ställas på en innehavare av skjutvapen.

Missbruk av alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande preparat bör medföra att personen inte kan anses lämplig att inneha skjutvapen.¹²

Prövningen av den enskildes lämplighet kräver att en helhetsbedömning görs av hans eller hennes personliga förhållanden. Av lagtexten framgår att prövningen ska vara framåtsyftande, det vill säga att det ska kunna antas att skjutvapnet inte kommer att missbrukas i framtiden. I förarbetena anges att missbruk till fara för sig själv eller annan eller för allmän ordning och säkerhet eller stats- eller rättsordningen anses vara väsentligast vid prövningen.¹³

Om en person tidigare har anmälts som olämplig att inneha skjutvapen av läkare bör en fördjupad utredning göras. Det är inte möjligt att fastslå någon gräns för hur lång tid som ska ha passerat efter att en läkare har gjort anmälan för att den enskilde ska anses vara lämplig att inneha skjutvapen.¹⁴ Det är den enskilde som ska visa att förutsättningarna för tillstånd är uppfyllda och det åligger därför den enskilde att styrka att den omständighet som ledde till att läkaren gjorde en anmälan inte längre föreligger, till exempel genom att skicka in ett nytt läkarintyg.

2022 års vapenutredning föreslår i sitt slutbetänkande vissa lagändringar som innebär ett förtydligande om att prövning av personlig lämplighet ska göras vid tillståndsprövning. Förslaget motiveras utifrån att detta enbart framgår indirekt idag. Därutöver föreslås att de krav som behöver vara uppfyllda vid en sådan prövning tydliggörs i lagen på en övergripande nivå,

¹⁰ Prop. 1990/91:130 om ändring i vapenlagen (1973:1176), s. 25 f och 47.

¹¹ 2 kap. 5 § vapenlagen.

¹² Se till exempel Kammarrätten i Göteborgs dom den 1 oktober 2020 i mål nr 354-20, Kammarrätten i Sundsvalls dom den 7 december 2015 i mål nr 1926-15, Förvaltningsrätten i Linköpings domar den 27 november 2017 i mål nr 5301-17 och den 21 juli 2017 i mål nr 2475-17.

¹³ Prop. 1934:181 med förslag till vapenkungörelse, s. 25.

¹⁴ Rättsavdelningens handbok för handläggning av vapenärenden (RA 2024:1), s. 37.

och närmare specificeras i relevanta föreskrifter. Förslagen innebär alltså inte någon förändring i relation till nuvarande regelverk, utan enbart en konkretisering av lagstiftningens innebörd.¹⁵ Förslagen har ännu inte lett till lagstiftning.

Omhändertagande av skjutvapen med mera

Skjutvapen med tillhörande ammunition, ljuddämpare, vapenmagasin och tillstandsbevis kan under vissa förutsättningar omhändertas.

Polismyndigheten ska besluta om omhändertagande om det finns risk för att ett skjutvapen missbrukas eller om det är sannolikt att tillståndet att inneha vapnet kommer att återkallas och särskilda omständigheter inte talar emot ett omhändertagande.¹⁶

Det är Polismyndigheten, i egenskap av beslutande myndighet, som har det yttersta ansvaret för att underlaget i ett ärende är sådant att det leder till ett materiellt riktigt beslut.¹⁷

Kraven på omfattningen av utredningsåtgärder kan dock variera med hänsyn till ärendets karaktär.¹⁸ I detta ligger bland annat att det ställs olika krav på utredningens innehåll och omfattning beroende på om det är fråga om ett interimistiskt beslut om omhändertagande eller ett slutligt beslut om återkallelse.¹⁹

Syftet med att omhänderta skjutvapen med mera är att tillfälligt begränsa den enskildes innehav av vapen och på så sätt förhindra att vapnet missbrukas och att förebygga våldsbrott och olyckshändelser.

Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att en läkares anmälan om att en person är olämplig att inneha skjutvapen får anses utgöra ett tillräckligt underlag för ett beslut om att omhänderta skjutvapen med mera. Det gäller även om anmälan inte innehåller någon beskrivning av de omständigheter som läkaren grundar sin bedömning på.²⁰

Den återkallelsegrund som aktualiseras i detta sammanhang är att tillståndshavaren har visat sig vara olämplig att inneha skjutvapen. Denna olämplighet kan bero på flera faktorer, däribland att tillståndshavaren har dömts till ansvar för brott eller missbrukat alternativt visat oaktsamhet med skjutvapen men också på att innehavaren bedöms olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl.

¹⁵ SOU 2024:31 s. 282 f.

¹⁶ 6 kap. 4 § första stycket vapenlagen.

¹⁷ 23 § förvaltningslagen (2017:900) och HFD 2019 ref. 66, punkt 19.

¹⁸ Prop. 2016/17:180, s. 148 f och s. 308.

¹⁹ HFD 2019 ref. 66 punkt 19.

²⁰ HFD 2019 ref. 66 punkt 23.

Bedömningen att en person är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl förutsätter inte att en läkares anmälan har kommit in till Polismyndigheten. Om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda kan beslut om att omhänderta skjutvapen med mera fattas även när Polismyndigheten på annat sätt, till exempel genom uppgifter från hemtjänstpersonal eller anhöriga, fått kännedom om att en tillståndshavare är olämplig att inneha skjutvapen.

Efter beslut om omhändertagande ska frågan om återkallelse av tillståndet prövas skyndsamt.²¹

Återkallelse av tillstånd när innehavaren är olämplig

Polismyndigheten ska återkalla tillstånd att inneha skjutvapen, att föra in skjutvapen till Sverige eller att förvara skjutvapen hos någon annan bland annat om tillståndshavaren visat sig vara olämplig att inneha skjutvapen.²²

Efter att omhändertagandebeslutet har verkställts fortsätter utredningen av den enskildes lämplighet att inneha skjutvapen. Om beslutet har fattats med anledning av en läkares anmälan ska den enskilde ges tillfälle att yttra sig över uppgifterna i anmälan, och inkomma med ett nytt läkarintyg ifall denne motsätter sig återkallelse. I vissa fall kan det vara befogat att begära att den enskilde inkommer med ett läkarintyg från en specialistläkare.

Polismyndigheten behöver värdera intyget noggrant och särskilt beakta om lämpligheten är villkorad, exempelvis genom att läkare bedömer att den enskilde är lämplig att inneha skjutvapen under förutsättning att hen sköter sin medicinerings eller genomgår återkommande läkarkontroller. Detta är av särskild vikt då Polismyndigheten saknar uttryckliga rättsliga förutsättningar att villkora tillstånd att inneha skjutvapen med att tillståndshavaren till exempel genomgår läkarkontroller.²³

Återkallas inte tillståndet ska tillståndsbeviset omedelbart lämnas tillbaka.²⁴ I praktiken återlämnas också den omhändertagna egendomen i samband med detta.

Regelverket har förändrats över tid

Anmälningsskyldigheten infördes år 1980 genom en ändring av vapenkungörelsen (1974:123).²⁵ Skyldigheten avsåg vid denna tid enbart patienter som var intagna på sjukhus för vård av en psykisk sjukdom eller en annan psykisk abnormitet som inte är utvecklingsstörning. Anmälnings-

²¹ 6 kap. 4 a § vapenlagen.

²² 6 kap. 1 § vapenlagen.

²³ Se RÅ 1985 Ab 159 och Kammarrätten i Jönköpings dom den 10 november 2016 i mål nr 1716-16.

²⁴ 6 kap. 4 a § tredje stycket vapenlagen.

²⁵ Förordning (1980:912) om ändring i vapenkungörelsen (1974:123). År 1992 ändrades författningsrubriken till vapenförordningen.

skyldigheten avsåg också endast de patienter som innehade eller kunde tänkas inneha skjutvapen.²⁶

År 1992 flyttades bestämmelsen över till vapenlagen och ändrades då så att anmälningsskyldigheten avsåg den som är intagen på sjukvårdsinrättning för vård av en psykisk störning.²⁷

År 1999 ändrades bestämmelsens innebörd så att anmälningsskyldigheten även gällde patienter som vårdades inom den öppna psykiatriska vården. Den begränsning som därefter gällt, att anmälningsskyldigheten endast avsåg de patienter som innehade eller kunde tänkas inneha skjutvapen, togs bort i syfte att göra bestämmelsen lättare att tillämpa. I förarbetena påtalas att det inte ska göras någon prövning av om patienten i fråga kan tänkas inneha skjutvapen eller inte. I samband med dessa förändringar noterade regeringen att betydligt fler personer skulle omfattas av anmälningsskyldigheten än tidigare och att detta kunde ifrågasättas från integritetssynpunkt.²⁸

År 2006 ändrades bestämmelsen och anmälningsplikten utvidgades återigen till att nu avse varje patient som av medicinska skäl bedöms vara olämplig att inneha skjutvapen.²⁹

År 2013 infördes ett andra stycke i 6 kap. 6 § vapenlagen, som innebär att även personer som genomgår rättspsykiatrisk undersökning eller utredning enligt 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m., ska omfattas av bestämmelsen. Lagändringen motiverades med att dessa personer normalt sett inte ges någon vård vid undersökningen, vilket gör att de inte räknas som patienter och därför inte omfattades av anmälningsplikten.³⁰

²⁶ 55 a § vapenkungörelsen.

²⁷ Se prop. 1990/91:130.

²⁸ Prop. 1999/2000:27 s. 63 f.

²⁹ Prop. 2005/06:113 s. 37.

³⁰ Prop. 2011/12:109 Vissa åtgärder mot illegala vapen, s. 31–32.

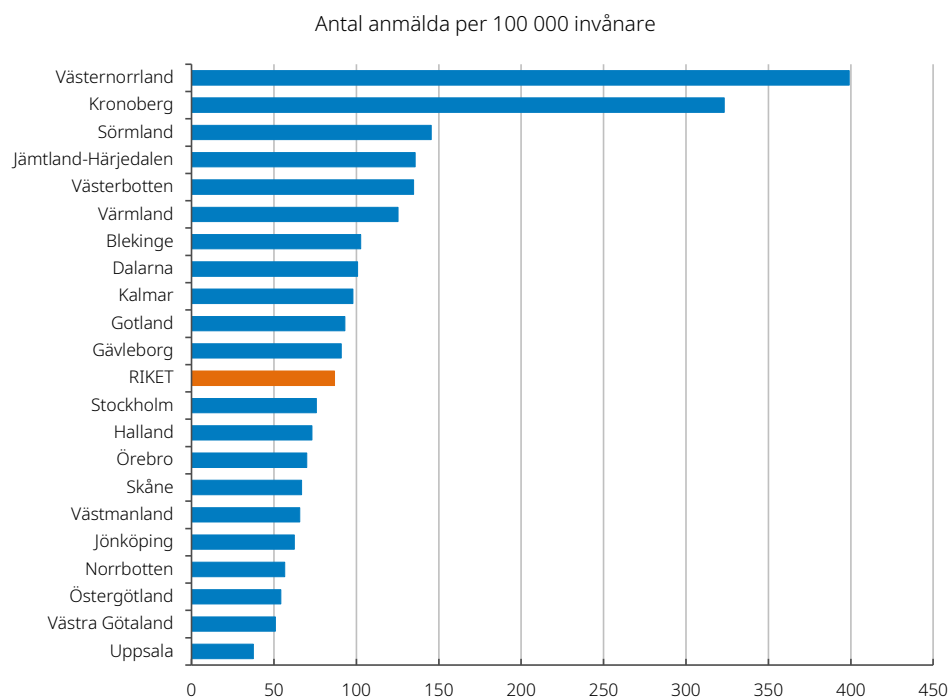
Resultat av kartläggning

Fullföljande av anmälningsskyldighet – Socialstyrelsens del av kartläggningen

Registerbaserad analys av medicinsk olämplighet att inneha skjutvapen

Under perioden 2020–2024 anmälades totalt 7 395 unika personer på grund av medicinsk olämplighet att inneha vapen. Figur 1 visar att det fanns stora regionala skillnader i andelen personer som anmälts som medicinskt olämpliga att inneha skjutvapen. Västernorrland och Kronoberg har flest anmälningar medan Uppsala och Västra Götaland har lägst, Västernorrland har drygt 10 gånger fler anmälningar än Uppsala.

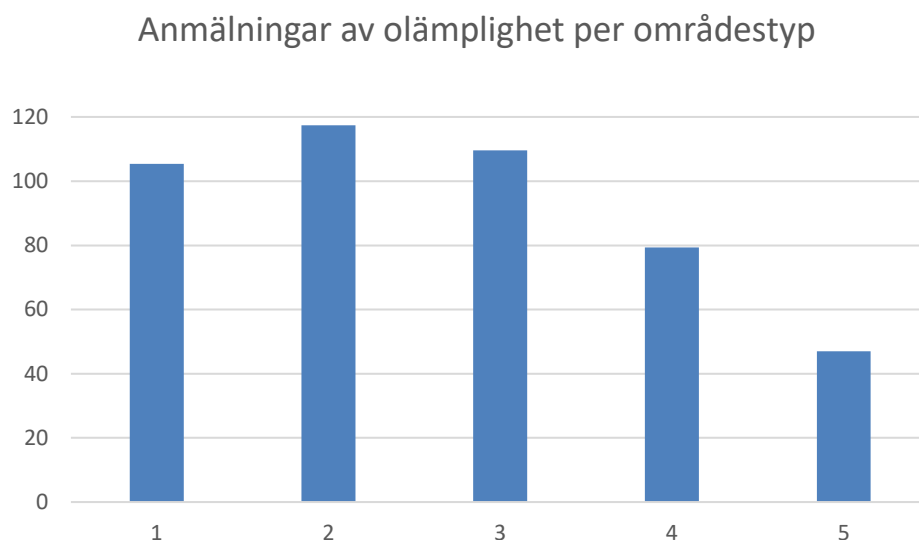
Figur 1. Regionala skillnader i andel personer som anmälts som medicinskt olämpliga att inneha skjutvapen



Figur 2 visar även andelen anmälningar om olämplighet uppdelat på områden med olika socioekonomiska förutsättningar. Områdestyp 1 och 2 har socioekonomiska utmaningar, där områdestyp 1 har stora utmaningar. Områdestyp 4 och 5 har goda eller mycket goda socioekonomiska

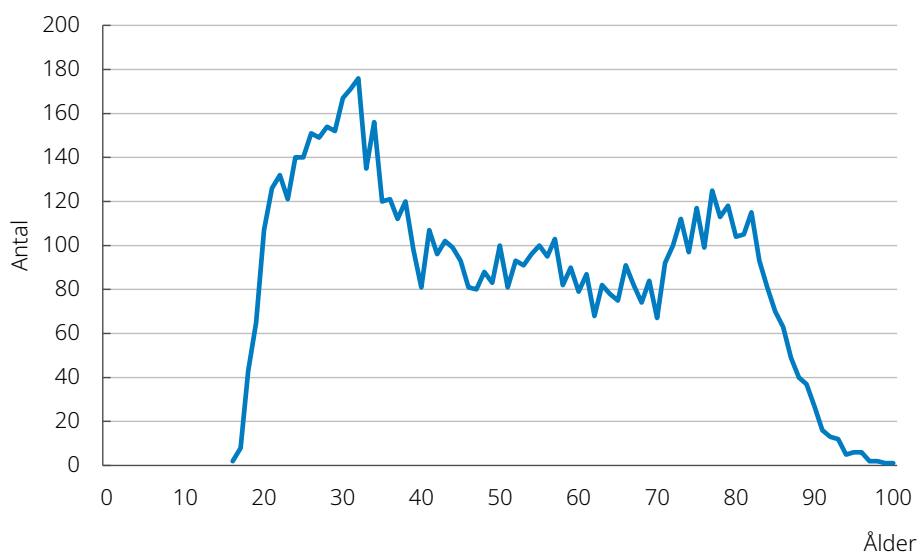
förutsättningar, medan områdestyp 3 består av socioekonomiskt blandade områden. Som framgår av figuren görs flest anmälningar om medicinsk olämplighet i områden som har socioekonomiska utmaningar eller i socioekonomiskt blandade områden.

Figur 2. Anmälda personer per områdestyp 2020–2024. Antal per hundra tusen



Figur 3 redovisar åldersfördelningen bland personer som anmäldes vara olämpliga att inneha skjutvapen, där flest anmälningar sker bland yngre personer upp till omkring 30 år.

Figur 3. Åldersfördelning bland personer som har blivit anmälda på grund av medicinsk olämplighet att inneha skjutvapen



I princip alla (nära 100 procent) anmälda personer i åldrarna 16–70 år hade haft tidigare vårdkontakter inom specialiserad vård på grund av psykiatriska

tillstånd, och drygt 30 procent hade vårdats med psykiatrisk tvångsvård. Personer 71 år eller äldre hade dock i högre utsträckning även haft vårdkontakter på grund av andra tillstånd som exempelvis demens och cerebral infarkt. Bland män 71 år och äldre hade omkring 70 procent vårdats på grund av andra sjukdomar än psykiatriska tillstånd, och andelen bland kvinnor 71 år eller äldre var omkring 35 procent.

I tabell 1 redovisas de vanligaste huvuddiagnoserna bland personer som bedömdes vara medicinskt olämpliga att inneha vapen 2020–2024. Diagnoserna kan ha ställts upp till två år innan anmälan gjordes. Vissa av tillstånden i tabell 1 kan också medföra olämplighet att inneha körkort, vilket kan få till följd att frågan om medicinsk olämplighet att inneha skjutvapen också väcks.

Tabell 1 är inte att betrakta som fullständig – andra diagnoser kan ha varit i fokus vid bedömningen av olämplighet, och även tillståndets allvarlighetsgrad saknas. Exempelvis fanns depressioner och olika ångestsyndrom bland personer som hade blivit anmälda – det är oklart hur specifikt dessa tillstånd kan utgöra grund för en anmälan jämfört med de som redovisas i tabell 1. Det beror bland annat på att samsjuklighet är vanligt mellan depressioner eller ångestsyndrom och de psykiatriska tillstånd som redovisas i tabellen. De diagnoser som redovisas i tabell 1 ger dock ett panorama över de diagnoser som tydligast framträdde bland anmälda personer.

Tabell 1. Huvuddiagnoser bland personer som har bedömts vara medicinskt olämpliga att inneha skjutvapen

Huvuddiagnoser (inkluderar här även avsiktlig självskada) bland personer 16 år eller äldre som har anmälts medicinskt olämpliga att inneha skjutvapen. Diagnoserna kan ha ställts upp till två år innan anmälan blev aktuell. Anmälningar gjorda 2020–2024.

Psykiatriska tillstånd (ICD-10)	Demens (ICD-10)	Annat (ICD-10)
Substansbruk (F1)	Alzheimers sjukdom (G30)	Parkinsons sjukdom (G20)
Psykossjukdom (F2)	Symtomatisk demens etc. (F0)	Epilepsi (G40)
Adhd (F90)		Starr (H25 och H40)
Autism (F84)		Förändringar näthinna (H35)
Avsiktlig självskada (X60-X84)		Cerebral infarkt (I63)

I åldrarna 16–70 år dominerade psykiatriska tillstånd helt. Bland exempelvis både män och kvinnor 16–39 år var andelen med psykossjukdom 30–40 procent, substansbruk 60 procent och adhd eller autism 25 procent. Hos personer 71 år och äldre minskade olämplighet på grund av ett psykiatriskt tillstånd som grund för anmälan, medan förekomsten av demens och andra tillstånd som exempelvis cerebral infarkt ökade.

Det var också vanligt med samsjuklighet mellan tillstånden. Exempelvis hade 20 procent två diagnoser, och 5–10 procent hade avsiktlig självskada jämte ett annat tillstånd.

Baserat på uppgifterna om de vanligaste diagnoserna och samsjuklighet har Socialstyrelsen närmare försökt uppskatta hur många i befolkningen som skulle kunna omfattas av en anmälan om medicinsk olämplighet. Om utgångspunkten är att en läkare har gjort en korrekt bedömning, kan det panorama av diagnoser som ligger till grund för anmälningarna ge en indikation om hur stor andel av befolkningen som skulle kunna vara medicinskt olämpliga.

Tabell 2 redovisar antalet personer i befolkningen (16 år eller äldre) som matchar panorama av diagnoser och samsjuklighet hos personer som har anmälts för medicinsk olämplighet att inneha skjutvapen 2020–2024. Exempelvis förekom bland anmälda personer 224 män och 68 kvinnor med tre eller fler diagnoser (se tabell 1 för specifika diagnoser). I befolkningen återfanns 4 819 män och 4 270 kvinnor med motsvarande panorama 2024. Bland anmälda personer som hade tre eller fler diagnoser jämte avsiktlig självskada förekom 41 män och 23 kvinnor – motsvarande i befolkningen var 258 män och 240 kvinnor. Kombinationer av specifika diagnoser (med undantag av avsiktlig självskada) har inte beaktats, men alla diagnoser (oavsett kombination) har följaktligen motiverat en anmälan utifrån de bedömningar läkare har gjort.

Tabell 2. Antal personer i befolkningen som matchar panorama av diagnoser och samsjuklighet bland personer som har blivit anmälda på grund av medicinsk olämplighet att inneha skjutvapen

Antal personer med en, två respektive tre eller fler diagnoser, samt samtidigt antal diagnoser vid avsiktlig självskada. Se tabell 1 för diagnoser som kan ha ställts två år före anmälan. Anmälningar åren 2020–2024 och panorama av diagnoser för befolkningen 2024.

	1 diagnos	2 diagnoser	3 eller fler diagnoser	Endast självskada	Självskada och 1 diagnos	Självskada och 2 diagnoser	Självskada och 3 eller fler diagnoser
Anmälda							
män	2 860	1 117	224	75	281	172	41
kvinnor	797	313	68	49	132	88	23
Befolkningen							
män	363 172	46 718	4 819	2 181	3 113	1 268	258
kvinnor	394 474	48 584	4 270	4 016	4 698	1 738	240

Suicid i befolkningen och medicinsk olämplighet att inneha skjutvapen

En aspekt av medicinsk olämplighet är frågan om huruvida läkares bedömningar av olämplighet allmänt är välgrundade eller om det finns personer som inte anmäls men där en anmälan skulle kunna vara befogad.

Socialstyrelsen har närmare undersökt suicid i befolkningen och specifikt noterat de fall där skjutvapen har använts. I analysen har suicid betraktats vara en indikation på att personen var medicinskt olämplig att inneha skjutvapen. Myndigheten har dock inte haft tillgång till Polismyndighetens uppgifter om vilka personer i befolkningen som har vapenlicens.

Tabell 3 redovisar samtliga suicid i befolkningen för åren 2020–2024 samt andelen suicid där skjutvapen användes. Bland kvinnor var det ovanligt att skjutvapen användes vid suicid. Bland män var det betydligt vanligare, i synnerhet i gruppen 71 år eller äldre där drygt 25 procent av alla suicid begicks med skjutvapen. Bland personer som specifikt har blivit anmälda på grund av medicinsk olämplighet (totalt 7 395 personer) var det 38 personer som begick suicid under perioden 2020–2024; vid inget av dessa suicid användes skjutvapen.

Tabell 3. Suicid i befolkningen där skjutvapen använts

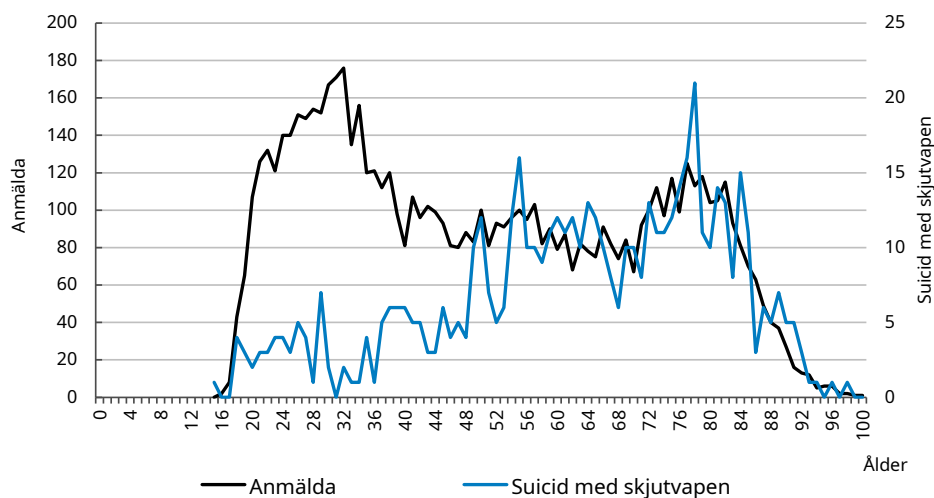
Antalet suicid i befolkningen samt andelen suicid med skjutvapen 2020–2024.

	Antal suicid	Andel suicid med skjutvapen (%)
Män ålder		
16–39	1 438	4.8
40–70	2 107	12.1
71 eller äldre	888	25.2
Kvinnor ålder		
16–39	600	0.5
40–70	853	0.8
71 eller äldre	350	0.9

I Figur 4 redovisas en jämförelse mellan ålder vid anmälan och ålder vid suicid med skjutvapen. Personer som anmäls är i huvudsak yngre än personer som suiciderar med skjutvapen.

Figur 4. Ålder för anmälan och ålder vid suicid med skjutvapen

Ålder bland personer som anmäls medicinskt olämpliga att inneha skjutvapen och ålder bland personer som suiciderar med skjutvapen. Antal men notera olika skalor på y-axel.



Socialstyrelsen kan också konstatera att 30 procent av alla i befolkningen som begick suicid med skjutvapen helt saknade vårdkontakter i specialiserad öppenvård eller heldygnsvård upp till två år före suicid. Av de 30 procent som inte förekommit i specialiserad vård hade omkring 27 procent haft psykofarmaka föreskrivit i primärvård. Analysen av de diagnoser som ställdes i specialiserad vård visar att det endast i vissa fall förekom diagnoser som överensstämde med anmälda personers diagnoser. Bland personer 16–39 år förekom exempelvis substansbruk, neuropsykiatriska tillstånd och avsiktlig självskada, men diagnoserna var inte de mest framträdande och därtill var psykossjukdom ovanligt. De vanligaste psykiatriska diagnoserna vid suicid med skjutvapen var snarare depressioner och olika ångestsyndrom.

Bland personer 40 år och äldre ökade andelen suicid med skjutvapen och i denna åldersgrupp var det ännu färre som hade någon av de huvuddiagnoser (i synnerhet psykiatriska) som personer som har bedömts medicinskt olämpliga hade. Personer i denna åldersgrupp hade i stället andra, huvudsakligen somatiska, diagnoser innan de begick suicid. Dessa somatiska diagnoser var andra än de neurologiska tillstånd som kunde förekomma bland personer som blev anmälda.

Bland exempelvis män 71 år eller äldre var prostatacancer den vanligaste diagnosen som förekom före suicid. En diagnos som också var vanlig var grön starr (glaukom). Denna diagnos var även vanlig bland medicinskt olämpliga personer (tabell 1), men diagnosen har sannolikt inte utgjort grund för anmälan om olämplighet utifrån risk specifikt för suicid.

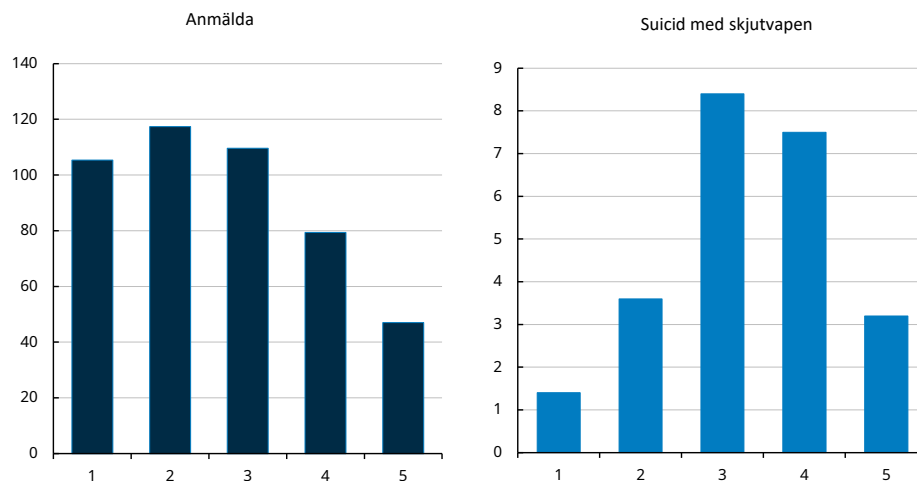
Andra vanliga diagnoser bland personer 40 år och äldre som använt skjutvapen vid suicid var förmaksflimmer och förmaksfladder, hjärtsvikt och olika typer av smärta från exempelvis bröst, strupe eller buk. Det var även

vanligt att dessa personer hade haft vårdkontakter för medicinska kontroller och bedömningar av misstänkta sjukdomstillstånd eller efter behandling av sjukdomstillstånd.

Anmälningar av medicinsk olämplighet görs främst av personer folkbokförda i områden med socioekonomiska utmaningar eller socioekonomiskt blandade områden. När det gäller andelen personer som begår suicid med skjutvapen per områdestyp avviker mönstret från faktiska anmälningar. Figur 5 visar att andelen suicid med skjutvapen var störst i områdestyp 3, där också antalet faktiska anmälningar var högt. Dock hade även områdestyp 4, som har goda socioekonomiska förutsättningar, hög andel suicid. Områdestyp 1 och 2 hade låg andel suicid med skjutvapen i förhållande till en hög andel som faktiskt anmäls.

Figur 5. Andel suicid med skjutvapen och andel anmälda på grund av medicinsk olämplighet per områdestyp

Andelen personer 16–71 år eller äldre som har begått suicid med skjutvapen och andelen personer som har anmälts medicinskt olämpliga per områdestyp 2020–2024. Antal per hundra tusen.



Fler personer kan vara aktuella att anmälas och vissa grupper riskerar att inte fångas upp

Sammanfattningsvis kan Socialstyrelsen konstatera att det är fler personer i befolkningen som skulle kunna vara aktuella att anmälas som medicinskt olämpliga om faktiska läkaranmälningar får utgöra bedömningsgrund. De stora regionala skillnaderna tyder också på att regionernas praxis vad gäller anmälningar skiljer sig väsentligt. Det kan möjligen återspegla en bristande samsyn när det gäller vad som ska ligga till grund för en anmälan.

Analysen visar även att vissa grupper som suiciderar med skjutvapen riskerar att inte fångas upp. Personer som suiciderar med skjutvapen, och som inte har anmälts som olämpliga, har ofta en annan socioekonomisk

bakgrund och i första hand andra diagnoser än personer som faktiskt blir anmälda.

Där skjutvapen har använts vid suicid förekom i större utsträckning personer som hade somatiska tillstånd, exempelvis prostatacancer eller olika typer av smärta. Dessa sjukdomar fanns inte som indikation vid anmälningarna (som snarare hade exempelvis neurologiska tillstånd som grund). Bland personer som har använt skjutvapen vid suicid var psykiatriska tillstånd som depressioner och ångestsyndrom vanligast medan anmälda personer oftare var diagnostiserade med substansbruk och psykossjukdom.

Det är också noterbart att en av tre som använt skjutvapen vid suicid inte har haft några vårdkontakter inom specialiserad vård upp till två år före suicid. Dock hade omkring 27 procent i den gruppen haft kontakt med primärvården.³¹ Registerstudien indikerar därmed att det kan finnas ett behov av att bättre fånga upp personer i alla delar av vårdsystemet, inklusive primärvården.

Statistik över rutiner

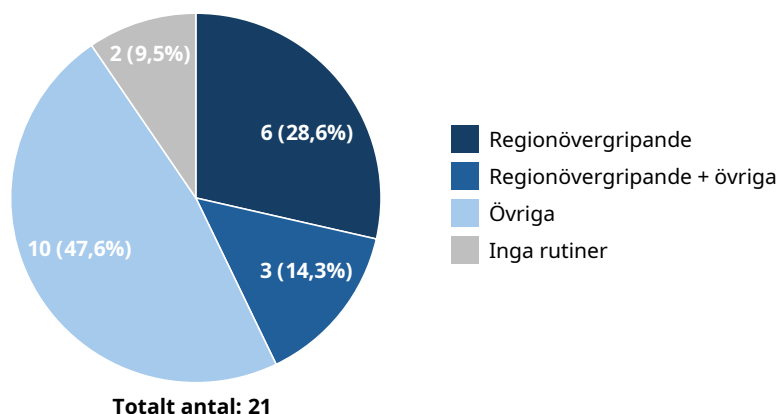
Figur 6 visar att 19 av 21 regioner har någon typ av rutin, eller annat stödjande dokument, som behandlar läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen.³² Av dessa uppger 9 regioner att de har en regionövergripande rutin eller motsvarande, som specifikt rör anmälan av patienter som av medicinska skäl bedöms vara olämpliga att inneha skjutvapen. I övriga 10 regioner med någon form av rutin samt i tre av regionerna med en regionövergripande rutin finns andra typer av stödjande underlag.

³¹ Detta baseras på uttag av psykofarmaka som har förskrivits i primärvård. Socialstyrelsen får inte diagnoser inrapporterat från primärvård. Andelen som har haft kontakt med primärvård kan således vara högre än 27 procent eftersom personer kan ha haft kontakt med primärvård utan att få läkemedel förskrivet.

³² Av de två regioner som meddelat att de inte har någon rutin, uppger den ena regionen att de håller på att ta fram en regionövergripande rutin.

Figur 6. Diagram över fördelningen av regionernas inskickade rutiner^{33, 34}

Not: Alla rutiner som inte är regionövergripande räknas som övriga. Dessa kan till exempel vara verksamhetsövergripande eller lokala.



I vissa fall finns rutiner för specifika verksamheter, såsom den specialiserade psykiatrin eller primärvården, vilket framgår av tabell 4. På några håll finns även lokala rutiner – exempelvis i Region Östergötland, där olika rutiner har tagits fram för regionens respektive psykiatriska kliniker. Kartläggningen visar även att man ibland har inkorporerat rutinen i andra vägledande dokument. Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen kan nämnas som exempel. Här har rutinen för läkares anmälningsskyldighet enligt vapenlagen inkluderats i en samlad rutin för alla lagstadgade anmälningsskyldigheter som gäller för läkare.

Tabell 4. Översikt över vilket vårdområde de övriga rutinerna gäller

Vårdområde ³⁵	Antal regioner ³⁶
Specialiserad psykiatri	10
Primärvård	5
Geriatrisk	1

Rutinernas omfattning och innehåll varierar tydligt mellan regionerna. Vissa rutiner är väldigt kortfattade och innehåller endast hänvisningar till eller tolkningar av bestämmelser i vapenlagen eller föreskrifterna. Andra rutiner innehåller mer detaljerad information, exempelvis beskrivningar av konkreta arbetssätt för anmälan och exempel på medicinska tillstånd som kan vara

³³ Notera att uppgifterna fullständigt baseras på regionernas egna svar om vilka rutiner som upprättats. En region uppger till exempel att Socialstyrelsens rättsliga vägledning motsvarar den region-övergripande rutinen.

³⁴ Uppgifterna baseras på de dokument som regionerna skickat in vid förfrågan. Det kan därmed finnas fler rutiner, som inte skickats in inom ramen för denna kartläggning.

³⁵ Rutinen kan antingen gälla för alla verksamheter inom det aktuella vårdområdet i regionen, eller endast gälla för en lokal verksamhet.

³⁶ Totalt 13 regioner har skickat in någon typ av övrig rutin. I vissa fall har en och samma region skickat in rutiner för flera olika verksamheter, varför det finns överlapp mellan kategorierna i tabellen.

aktuella för bedömning av lämplighet. I enstaka rutiner finns tydlig vägledning kring exempelvis vilka diagnoser som gör en patient olämplig för att fortsatt inneha vapen. I vissa rutiner är även ansvarsfördelningen vid anmälan tydligt utskrivna. Exempel på detta är en lokal rutin för psykiatri i Region Blekinge, där det tydligt framgår att anmälan ska göras av patient-ansvarig överläkare (PAL). Det tydliggörs även vem som är ansvarig för att anmäla eller se till att information om olämplighet framförs till PAL när patienten befinner sig i andra delar av vården. I rutinen framgår även att alla anmälningar ska rapporteras till verksamhetschefen. Detta för att det ska gå att föra statistik över anmälningsfrekvensen. I ett fåtal rutiner finns beskrivningar kring hur dokumentationen ska gå till som är mer ingående än Socialstyrelsens föreskrifter. Exempel på detta är anvisningar om vilket sökord som journalanteckningen ska göras under. Vissa rutiner innehåller även information om hur rutinen ska spridas inom regionen. I den regionövergripande rutinen för Region Gävleborg finns exempelvis en plan för kommunikation och implementering, där utsedda extrauppföljare ansvarar för att rutinen sprids till kvalitetssamordnare. Kvalitetssamordnarna ansvarar i sin tur för att informera verksamhetschefen och vårdenhetschefen inom det aktuella verksamhetsområdet. Dessa ansvarar slutligen för att rutinen tillämpas i den egna verksamheten.

Rutinerna följs upp i varierande utsträckning

Sammanfattningsvis är den övergripande bilden att regionerna tillämpar olika metoder för att mer eller mindre regelbundet följa upp och analysera upprättade rutiner. Relativt få regioner verkar ha formella processer för att detta ska ske på ett systematiskt sätt.

I såväl de skriftliga svaren som i dialogmöten med regionala företrädare framkommer att relativt få rutiner regelbundet följs upp och analyseras. Det är förhållandevis ovanligt att det av själva rutinen framgår när, hur och av vem den ska följas upp och justeras. Av de rutiner som regionerna har förmedlat, är det enbart en som innehåller specificeringar om hur rutinen ska följas upp. Totalt 7 regioner beskriver i sina skriftliga svar att det finns någon form av process för att löpande se över och uppdatera rutinerna. Ytterligare 3 regioner anger vem som ansvarar för att rutinen följs upp, men det framgår inte om detta genomförs i praktiken. I till exempel Region Dalarna ansvarar chefläkaravdelningen för att den regionövergripande rutinen uppdateras. I Region Gävleborg indikerar det regionala dokumenthanteringssystemet när giltighetstiden för den regionövergripande rutinen löper ut. Här beskrivs att synpunkter brukar inhämtas i samband med detta och att särskilda utskick görs för att uppmärksamma och påminna medarbetarna om rutinerna. 1 region beskriver att uppföljningen skiljer sig åt inom regionen, där vissa verksamhetsspecifika rutiner följs upp regelbundet medan andra rutiner inte har någon struktur för löpande uppföljning.

Få regioner analyserar följsamheten till regelverket

Resultatet från kartläggningen visar att regionerna – på en övergripande nivå – inte i särskild stor utsträckning genomför regelbundna uppföljningar av anmälningsskyldigheten, det vill säga följsamheten till lagstiftningens bestämmelser. I de skriftliga svaren från regionala företrädare uppger totalt 15 regioner uttryckligen att de antingen inte har någon bild av följsamheten till rutinerna och anmälningsskyldigheten, eller att det av olika anledningar är svårt att följa upp och klargöra i vilken utsträckning regelverket följs.

Flera företrädare konstaterar att det generellt är svårt att uttala sig om följsamheten. Detta gäller både för regionen i stort och för specifika verksamheter. Vissa företrädare beskriver att man saknar uppföljningsstrukturer och att det därför inte finns några relevanta data tillgängliga för att kunna följa upp anmälningsskyldigheten. Ett fåtal företrädare för specifika verksamheter påstår att det är otydligt vem som är ansvarig för uppföljningen. I övrigt specificeras inte närmare varför strukturer för uppföljning inte upprättats. Andra företrädare lyfter att det teoretiskt sett finns möjligheter att hämta uppgifter om antalet anmälningar, men att detta blir en alldeles för omfattande uppgift. Därutöver poängterar företrädarna att det är svårt att uttala sig om huruvida följsamheten är god eller inte. Detta eftersom det inte går att relatera utfallet till en uppskattning av hur många patienter som i realiteten borde anmälas.

Bilden av att det generellt är svårt att undersöka följsamheten bekräftas även i genomförda dialogmöten. Här beskriver vissa regionala företrädare från olika delar av hälso- och sjukvården att man överlag har en begränsad bild av följsamheten till regelverket. Andra lyfter istället att det är svårt att exakt bedöma i vilken utsträckning man följer regelverket, men att man uppfattar det som att följsamheten generellt är låg. I vissa fall resonerar man kring att följsamheten varierar mellan olika verksamheter inom sjukvården. Flera företrädare poängterar att psykiatri generellt gör fler anmälningar. Detta kopplas bland annat till att det inom denna verksamhet finns en större medvetenhet och vana av att göra denna typ av bedömningar.

Dessutom lyfter flera företrädare i sina skriftliga svar att journalsystemen inte möjliggör uppföljning av anmälningsskyldigheten på ett strukturerat och ändamålsenligt sätt.

Det finns utmaningar kopplade till anmälningsskyldigheten

Utöver svårigheter kopplade till uppföljning av rutiner och anmälningsskyldigheten, har även andra utmaningar framkommit i kartläggningen. Det handlar till exempel om bristande kunskap om anmälningsskyldigheten i

hälso- och sjukvården, men även bredare utmaningar som grundar sig i hur systemet och regelverket är utformat.

Det finns kunskapsluckor om vad lagen innebär

I regionernas skriftliga svar och i genomförda dialogmöten, blir det tydligt att kunskapen om vapenlagens bestämmelse om anmälningsskyldighet inom hälso- och sjukvården varierar. Vissa företrädare framför uttryckligen att kunskapen om lagstiftningen generellt behöver höjas bland läkarna för att skyldigheten ska få större genomslag. I andra fall framkommer det att regelverket tolkas avvikande i relation till de rättsliga stödjande underlagen.

Det lyfts till exempel fram att läkare och annan personal försöker ta reda på om patienten i fråga har vapen eller inte, innan en eventuell bedömning och anmälan görs. Detta skulle möjligtvis kunna leda till att läkare endast överväger anmälan för patienter som anger att de har vapen. I genomgången av de inkomna rutinerna bekräftas denna bild i viss mån. Vissa av regionernas rutiner innehåller exempelvis anvisningar om att läkaren ska fråga patienten om eventuellt vapeninnehav. I vissa av rutinerna kan det även finnas hänvisningar till den upphävda paragrafen i Socialstyrelsens föreskrifter, där det stod att läkaren ska göra en anmälan om att en patient bedöms som olämplig om hen *vet eller misstänker* att patienten innehar skjutvapen.

Denna anvisning går stick i stäv med lagstiftarens intentioner, där formuleringen om att patienten *innehar eller kan tänkas inneha skjutvapen* har strukits ur vapenlagen. Detta för att läkaren inte ska behöva göra en sådan bedömning inför en eventuell anmälan.³⁷ I Socialstyrelsens rättsliga vägledning förtydligas också att ansvariga läkare endast ska bedöma om patienten är olämplig ur ett medicinskt perspektiv. I detta sammanhang är det även flera företrädare som konstaterar att anvisningen om att anmälan inte behöver göras om det står klart för läkaren att patienten saknar tillstånd, blir vilseledande. De menar att formuleringen bidrar till ett alltför stort tolkningsutrymme som riskerar att leda till att läkare slentrianmässigt undersöker om patienten har vapentillstånd.

Några regionföreträdare beskriver att de har utvecklat välfungerande processer för att säkerställa tillräcklig kännedom och kunskap om anmälningsskyldigheten. Det framgår till exempel i både dialogmötena och regionernas skriftliga svar att vissa verksamheter har etablerat rutiner för att systematiskt göra anmälningar för patienter som tvångsvårdas.³⁸ Andra verksamheter har inkluderat vapeninnehav som en punkt i standardiserade checklistor – listor som bland annat

³⁷ Prop. 1999/2000:27 s. 14 och 63.

³⁸ I exempelvis rutinen för specialistpsykiatri i Kronoberg står det "Om en patient blir föremål för vård enligt LPT, uppfyller patienten som regel inte de medicinska kraven för vapeninnehav, varför anmälan bör göras."

används vid demensutredningar och inläggningsförfrågningar från beroendemottagningen.

Ett annat tema som återkommer i dialog med regionföreträdarna, är att kunskapen och insikten om Polismyndighetens rutiner och processer – efter att en anmälan skickats från sjukvården – generellt är begränsad. Företrädarna beskriver att denna okunskap på olika sätt påverkar vårdens benägenhet att anmäla. Detta beror exempelvis på att det är svårt för den enskilda läkaren att överblicka konsekvenserna av en eventuell anmälan. Vissa uppger till exempel att man känner sig osäker på hur Polismyndigheten faktiskt gör sin prövning, och hur utförlig anmälan måste vara för att detta ska kunna ske på ett ändamålsenligt och adekvat sätt. Därutöver uttrycker flera företrädare att man inte känner till om Polismyndigheten tillfälligt kan dra tillbaka ett vapentillstånd alternativt omhänderta vapnet under en avgränsad period, och hur patienten i sådana fall kan få tillbaka vapnet om det medicinska tillståndet stabiliseras. Flera beskriver dessutom att de inte vet om eller hur patienten kan få tillbaka sitt tillstånd, det vill säga när en ny prövning kan göras och hur detta ska ske. Vårdens kunskap om domstolsväsendet och de rättsliga processerna, exempelvis vad gäller prövning och överklagan av återkallelse av tillstånd, är också begränsad.

Det uppges även vara svårt att bedöma om en ny anmälan ska göras eller inte i det fall patienten tidigare har blivit anmäld. Detta eftersom man inte känner till hur länge en anmälan är aktuell.

En aktör beskriver goda exempel på hur man har initierat strukturerade samarbeten med Polismyndigheten. Inom ramen för detta har särskilda utbildnings- och informationsträffar arrangerats där vårdpersonal fått höra om Polismyndighetens rutiner och arbetssätt kopplade till tillståndsprövningen.

Ytterligare en utmaning kan vara att det inte alltid är tydligt vilken verksamhet eller funktion som har det huvudsakliga ansvaret för att göra anmälan. Detta då vissa patienter rör sig mellan och har kontakt med olika vårdinstanser. Patienter med demenssjukdom har till exempel ofta kontakter med såväl geriatriken som primärvården. Denna typ av otydlighet i ansvarsfördelning kan möjligtvis leda till att färre anmälningar görs.

Det är ibland svårt för enskilda läkare att bedöma och anmäla olämplighet

Otydlighet kring olika medicinska tillstånd försvårar bedömningar

En utmaning som framkommer i kartläggningen är att det kan vara svårt för den enskilda läkaren att göra en korrekt och tillräckligt adekvat bedömning av om en patient är olämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl. Det är till exempel, enligt regionföreträdare, otydligt hur bedömning av lämplighet ska göras för olika medicinska tillstånd. Företrädarna påpekar att det i Socialstyrelsens rättsliga stöd finns exempel på medicinska tillstånd som kan vara aktuella, men att detaljeringsgraden är alltför låg för att ge tillräcklig vägledning för den enskilda läkaren. Detta, menar regionföreträdare, riskerar att leda till att följsamheten till vapenlagen påverkas negativt. Till exempel lyfts kritik mot att ”grava synfel” nämns som exempel på ett medicinskt tillstånd som kan innebära olämplighet, medan det inte finns någon närmare beskrivning av vilka gränser för synfält och synskärpa som kan vara aktuella. Detta medför, enligt regionföreträdarna, att ögonläkare inte tillämpar anmälningsplikten i praktiken.

Flera av regionföreträdarna lyfter även att det finns en osäkerhet kring hur man ska förhålla sig till tillstånd som troligtvis är eller kan vara övergående, exempelvis depressiva tillstånd och krissituationer med övergående suicidrisk.

Det framkommer även att det är otydligt hur lämpligheten ska bedömas när ett läkarutlåtande ska lämnas för en patient som ansöker om att få tillbaka sitt vapentillstånd. Under dialogmötena lyfts till exempel att man är osäker på om patienten inte kan få tillbaka sitt vapentillstånd så länge hen står på medicinering. Det lyfts även kritik mot att ett vapentillstånd inte kan vara villkorat mot medicinering.

Regionföreträdarna lyfter att en otydlighet om hur olika medicinska tillstånd ska bedömas, kan leda till varierande lokala praxis. Dessutom lämnas ett alltför stort utrymme för läkarens individuella tolkning och tankar om lämplighet, något som riskerar att göra bedömningen både ojämlig och rättsosäker enligt företrädarna.

Erfarenhet och vana kan påverka förutsättningar för bedömningar och anmälningar

Företrädarna resonerar även kring att anmälningsskyldigheten lägger stor press på en enskild läkare. Skyldigheten att anmäla gäller samtliga läkare i hela hälso- och sjukvården, vilket innebär att ansvaret även omfattar mindre erfarna läkare och läkare som till exempel inte är vana vid att göra riskbedömningar. Företrädare menar

att det för en oerfaren läkare kan vara svårt att lyfta frågan under patientmötet, om läkaren inte har tillräcklig utbildning och erfarenhet av samtalsmetodik när det kommer till svåra frågor.

I dialogmötena framkommer även goda exempel på arbetssätt som kan underlätta för läkarna att göra adekvata bedömningar. En företrädare beskriver exempelvis att man använder strukturerade frågeformulär i samband med ett vårdbesök eller uppföljning. I formuläret inkluderas även frågor som kopplar an till bedömning av olämplighet för att inneha vapen av medicinska skäl. Detta menar man både förbättrar förutsättningarna för följsamhet till den upprättade rutinen och underlättar patientkontakten.

Flera regionföreträdare konstaterar att det generellt skulle vara värdefullt med stöd för att validera och kvalitetssäkra bedömningarna med mer seniora kollegor. Någon lyfter till exempel att det skulle vara önskvärt att formellt tillsätta en senior konsultativ funktion som kan bistå med så kallade second-opinions och stötta mer oerfarna kollegor. Vissa företrädare beskriver att de har upprättat rutiner för att kvalitetssäkra de bedömningar som görs, vilket bedöms bidra till att stärka tryggheten för den enskilde läkaren. I en region har man till exempel infört som rutin att en specialistläkare ansvarar för att göra själva anmälan. I korthet innebär detta att om en AT- eller ST-läkare träffar en patient och gör bedömningen att det finns en risk för att patienten ur ett medicinskt perspektiv är olämplig att inneha skjutvapen, konsulteras ärendet med en mer senior kollega.

Vissa regionföreträdare drar resonemanget ett steg längre och föreslår att anmälan skulle kunna ske genom en tvåläkarbedömning. Detta skulle innebära att två läkare måste godkänna att en anmälan skickas in, vilket företrädarna menar skulle skapa ökad trygghet i beslutet.

En annan utmaning som kan relateras till den enskilda läkarens kunskap och bedömning, är att kunskapen om vilka fysiska eller kognitiva förmågor som krävs för att kunna hantera ett skjutvapen troligtvis varierar inom läkarkåren. Även detta skulle kunna innebära att läkare gör olika bedömningar av lämplighet.

Sammanfattningsvis är upplevelsen att det finns gråskalor vad gäller hur olämplighet bedöms. Detta, menar deltagarna, innebär att dagens system kan bidra till rättsosäkerhet för patienterna, särskilt då en anmälan kan få stora konsekvenser på individnivå.

Anmälningar av olämplighet för vapeninnehav kan få negativa konsekvenser för patienten

I de genomförda dialogmötena och regionernas skriftliga svar framkommer att det kan finnas en rädsla hos läkare att en anmälan riskerar att skada

förtroendet i relationen patient–läkare. Det kan därför finnas ett motstånd hos enskilda läkare mot att ta upp frågan med patienten. Rent konkret beskrivs att man inte vill riskera att kränka patientens integritet eller autonomi. Dessutom framkommer att läkaren ser risker för andra negativa konsekvenser för individen med att anmäla. Exempel på risker som nämns är att patienten, genom att förlora sitt vapentillstånd, blir utesluten ur viktiga sociala gemenskaper, blir socialt stämplad som potentiellt farlig eller berövas sitt enda fritidsintresse eller sina vapen som kan vara ägodelar som har stor betydelse för individen. Detta skulle, enligt företrädarna, kunna leda till att patientens psykiska hälsa förvärras och att risken för suicid ökar. Under dialogmötena lyfts även perspektivet att suicidala patienter ofta uttrycker att de inte skulle använda sitt vapen för suicid. Läkaren kan då göra bedömningen att en anmälan inte behöver göras om tillståndet är övergående.

En annan potentiell risk som lyfts är att patienters förtroende för vården skadas. Detta skulle kunna leda till att patienter med exempelvis alkoholproblem eller depression med förhöjd suicidrisk avhåller sig från att söka vård på grund av en oro att bli av med sitt vapen- eller körkortstillstånd. Vissa regionföreträdare beskriver att denna risk innebär en svår avvägning som påverkar benägenheten att göra en anmälan.

Det framkommer under dialogmötena att läkare ibland avhåller sig från att anmäla patienter när bedömningen är att tillståndet – med rätt behandling – är övergående. Detta då det finns en rädsla för eventuella bestående negativa konsekvenser för patienten om en anmälan görs, främst en rädsla att patienten inte ska kunna få tillbaka sina vapen. I sådana situationer kan vården i förekommande fall till exempel ta hjälp av närstående med att tillfälligt göra vapnen oåtkomliga för patienten, genom att exempelvis ta hand om nycklar till vapenskåp.

En övergripande bild av problemets omfattning saknas

Flera företrädare resonerar kring att det är svårt att bedöma om tillräckligt många anmälningar görs och om man fångar upp de patienter man borde. I korthet beskrivs det som utmanande att inte kunna ställa anmälningsfrekvensen i relation till något slags referensram, och företrädarna lyfter att det vore önskvärt att ha tillgång till denna typ av uppgifter i samband med att graden av följsamhet analyseras. Mer konkret efterfrågar företrädarna data om vapentillstånd och anmälningsfrekvens på nationell och regional nivå samt mer ingående statistik om användning av tillståndsgivna skjutvapen vid våldsdåd och suicid.

Vissa administrativa hinder försvårar processen

Deltagare i dialogmötena lyfter olika typer av administrativa och tekniska hinder som försvårar eller hindrar anmälningsprocessen. I vissa regioner saknas möjlighet att på ett enkelt sätt ta reda på om tidigare anmälningar har gjorts i vårdinformationssystemen. I detta sammanhang pekar flera på vikten av ändamålsenliga journalsystem som gör att ansvarig läkare tydligt kan se om en anmälan har skickats in, och i så fall, när detta har skett.

I dialogmötena och i regionernas skriftliga svar framkommer inget annat sätt att skicka anmälningsblanketten till Polismyndigheten än via post.

Uppfattningen är att detta är ett långsamt och omständligt sätt att anmäla, och att det kan finnas risker med att skicka anmälan per post i en akut situation. I vissa av regionernas rutiner finns information om att läkaren ska meddela Polismyndigheten via telefon att en anmälan kommer att skickas in. Detta i de fall det är nödvändigt att Polismyndigheten agerar omgående.

Det finns en uppfattning om att systemet inte är ändamålsenligt

Under dialogmötena framhåller många av deltagarna att man inte bara behöver se till de utmaningar som finns inom regelverkets ramar, utan att det även finns skäl att ifrågasätta hur systemet för anmälningsskyldigheten är uppbyggt idag. Deltagarna menar att om alla läkare följde anvisningarna i vapenlagen och verkligen gjorde bedömningar av olämplighet för vapeninnehav och anmälde alla patienter som bedöms vara olämpliga, skulle detta innebära en enorm belastning på hälso- och sjukvården. Det skulle dels ta tid från själva patientmötet, dels leda till en administrativ börda att hantera en stor mängd anmälningar. Detta i ett läge där många läkare redan upplever att de lägger mycket tid på uppgifter som inte är patientnära. Regionföreträdare pekar på att detta på lång sikt skulle innebära en betydande försämring av läkares arbetsmiljö och att andra arbetsuppgifter skulle behöva skjutas upp eller bortprioriteras – något som skulle leda till en lägre läkartillgänglighet och längre väntetider för patienterna. Flera av regionföreträdarna menar att detta leder till att lagstiftningen inte följs i praktiken.

Företrädarna lyfter även att det kan vara särskilt svårt att fullfölja anmälningsskyldigheten inom vissa vårdområden, exempelvis inom den somatiska vården. Detta eftersom somatiska vårdinrättningar har ansvar för ett större antal patienter än i den specialiserade psykiatrin och att de flesta av dessa patienter uppfyller de breda kriterier som anges i vapenlagen.

Företrädarna poängterar även att den regionala kontexten har betydelse, framför allt då vapentätheten varierar mellan storstads- och glesbygdsregioner. I korthet beskriver företrädarna att det finns förhållandevis få vapeninnehavare per capita i storstadsregionerna och att sannolikheten för att en patient har vapentillstånd därmed är relativt liten.

Därutöver lyfter deltagarna att man, inom ramen för befintlig lagstiftning, missar de personer som innehar vapentillstånd men som av olika skäl inte kommer i kontakt med vården. Därför behöver det enligt företrädarna också finnas andra kontrollmekanismer i samhället som fångar upp även denna grupp.

Flera företrädare lyfter fram att det bör övervägas om lagstiftningen skulle behöva ändras med målet att förskjuta ansvaret från enskilda läkare och hälso- och sjukvården till individer som vill ansöka om vapentillstånd. Regionföreträdarna menar att om individen behövde skicka in ett läkarintyg redan vid ansökan skulle det skapa förutsättningar för att mer träffsäkert fånga upp personer som är olämpliga. Samtidigt finns även potentiella nackdelar med denna typ av upplägg. Det skulle exempelvis innebära att vården behöver utfärda ett relativt stort antal läkarintyg i samband med enskilda ansökningsärenden. Därutöver skulle anmälningar alltså behöva göras vid nytillkomna medicinska tillstånd, trots krav om läkarintyg vid ansökan. Detta skulle också kunna bidra till en ökad administrativ belastning för vården.

Utöver ovanstående, lyfter regionföreträdarna fram att det bör övervägas om krav ska införas på att regelbundet göra omprövningar utifrån ett medicinskt perspektiv. Man menar att detta skulle bidra till att fånga upp förändringar i individers medicinska tillstånd och därigenom minska risken för att olämpliga personer faller mellan stolarna. Detta skulle i förlängningen bidra till att minska risker för våldsdåd och olyckor. Region Norrbotten har exempelvis infört en anvisning om individuella uppföljningar i en lokal rutin för demens. Enligt formuleringen ska uppföljningar av lämplighet göras med regelbundna intervaller.

Prövning av medicinsk lämplighet i tillståndsärenden – Polismyndighetens del av kartläggningen

Handläggning av läkares anmälan

I detta avsnitt redogörs för Polismyndighetens hantering och rutiner för de anmälningar som kommer in till myndigheten i enlighet med 6 kap. 6 § vapenlagen, fortsättningsvis *läkares anmälan*. Texten beskriver hur processen vanligtvis går till, men avvikelser kan förekomma. Det bör även påpekas att ett ärende kan avslutas utan vidare åtgärd när som helst i processen om tillståndshavaren avyttrar samtliga sina skjutvapen. Det finns då inte längre förutsättningar för att hålla ärendet öppet.

Diarieföring

En läkares anmälan inkommer oftast som en fysisk handling via post. Det förekommer också att handlingen inkommer via fax.

När Polismyndigheten mottager en läkares anmälan diarieförs den med angivande av underkategori *Anmälan enligt 6 kap. 6 § vapenlagen*. Därefter görs omedelbart en kontroll av om personen som anmälan gäller innehar vapen. Om personen är vapeninnehavare diarieförs ett nytt ärende gällande omprövning av vapeninnehav. Ärendena relateras sedan till varandra i ärendehanteringssystemet. All handläggning sker därefter i omprövningsärendet.

Omhändertagande

Om en läkare har anmält att en person är medicinskt olämplig att inneha vapen och personen i fråga har vapen, ska Polismyndigheten besluta om att omhänderta personens samtliga vapen.³⁹ Beslutet fattas skyndsamt, oftast samma dag som anmälan inkom. Ingripandeverksamheten ansvarar sedan för att beslutet verkställs.

Beslutet verkställs i regel genom att en polispatrull besöker tillståndsinnehavaren på folkbokföringsadressen. Patrullen tar därefter med sig samtliga vapen, tillståndspliktiga vapendelar, tillhörande ammunition, ljuddämpare och vapenmagasin samt tillståndsbevis som omfattas av beslutet om omhändertagande. Innan omhändertagandet ges tillståndshavaren generellt sett möjlighet att skruva av sådana tillbehör som inte är tillståndspliktiga och därmed inte omfattas av omhändertagandet, såsom kikarsikten eller vapenremmar. Om möjligt delges tillståndshavaren beslutet personligen vid omhändertagandet. Beslutet om omhändertagande kan även skickas per post för vanlig delgivning. Det görs om polispatrullen inte har kunnat delge tillståndshavaren, exempelvis för att hen befinner sig på sjukhus. Beslutet om omhändertagande av vapen kan överklagas till den förvaltningsrätt inom vars domkrets tillståndshavaren var folkbokförd vid tidpunkten för beslutet.⁴⁰

När vapnen har omhändertagits meddelar patrullen detta till vapenhandläggare. De meddelar också var egendomen kommer att förvaras under den tid som den är i polisens förvar. Patrullen bifogar även dokumentation över vilka vapen som omhändertagits, om det finns skador på vapnen och eventuella bilder på förvaringen av vapnen. Vapnen märks därefter upp med tillståndshavarens personuppgifter.

³⁹ 6 kap. 4 § första stycket vapenlagen.

⁴⁰ 10 kap. 1 § första stycket vapenlagen.

Handläggning efter omhändertagande

Ett beslut om omhändertagande är interimistiskt. Ett sådant beslut ska fattas om det finns risk för missbruk av vapnet eller om det är sannolikt att tillståndet att inneha vapnet kommer att återkallas och särskilda omständigheter inte talar emot ett omhändertagande.⁴¹ Beslutet innebär inte per automatik att tillståndet att inneha vapen kommer att återkallas. Däremot ska Polismyndigheten skyndsamt pröva förutsättningarna för fortsatt vapeninnehav.⁴²

I samband med att Polismyndigheten överväger om beslut om återkallelse av vapentillstånd ska fattas, har tillståndshavaren möjlighet att skicka in ett läkarintyg som styrker att hen är medicinskt lämplig att inneha vapen. Polismyndigheten skickar information om detta per brev till tillståndshavarens folkbokföringsadress. Om tillståndshavaren skickar in ett nytt läkarintyg görs en bedömning i förhållande till den anmälan som inkommit och omständigheterna i övrigt. Om handläggaren bedömer att det inte finns någon grund för återkallelse ska samtliga vapen omedelbart återlämnas.⁴³

Beslut om återkallelse

Om handläggaren, efter att tidsfristen för inkommande av läkarintyg löpt ut, gör bedömningen att tillståndet att inneha vapen ska återkallas fattas ett beslut om återkallelse som skickas till tillståndshavarens folkbokföringsadress. Beslutet kan överklagas till förvaltningsrätten. Ett överklagande ska ha kommit in till Polismyndigheten inom tre veckor från den dag då den som överklagar fick del av beslutet.⁴⁴ Beslutet innehåller också information om möjligheten att avveckla vapeninnehavet genom att lämna in vapnen för skrotning eller överlåta dem till någon annan, till exempel vapenhandlare eller annan privatperson. Vid en eventuell överlåtelse söker den person som ska överta vapnen nytt tillstånd i vanlig ordning. Om ansökan bifalls hämtar den nya tillståndshavaren sedan ut vapnen på den polisstation där de är förvarade, efter att ha visat upp sitt tillstånd.

Beslut om inlösen

Skjutvapen ska lösas in av staten om vapeninnehavaren inte avvecklat sitt vapeninnehav inom tre månader från det att beslutet om återkallelse vunnit laga kraft.⁴⁵ Vapeninnehavaren kan dock ansöka om förlängning av tidsfristen med högst sex månader i taget.⁴⁶ Vapen som löses in ska ersättas med ett belopp som motsvarar marknadsvärdet.⁴⁷

⁴¹ 6 kap. 4 § första stycket vapenlagen.

⁴² 6 kap. 4 a § vapenlagen.

⁴³ 6 kap. 4 a § tredje stycket vapenlagen.

⁴⁴ 44 § förvaltningslagen.

⁴⁵ 7 kap. 1 § a) och 7 kap. 2 § b) vapenlagen.

⁴⁶ 7 kap. 2 § tredje stycket vapenlagen.

⁴⁷ 7 kap. 4 § vapenlagen.

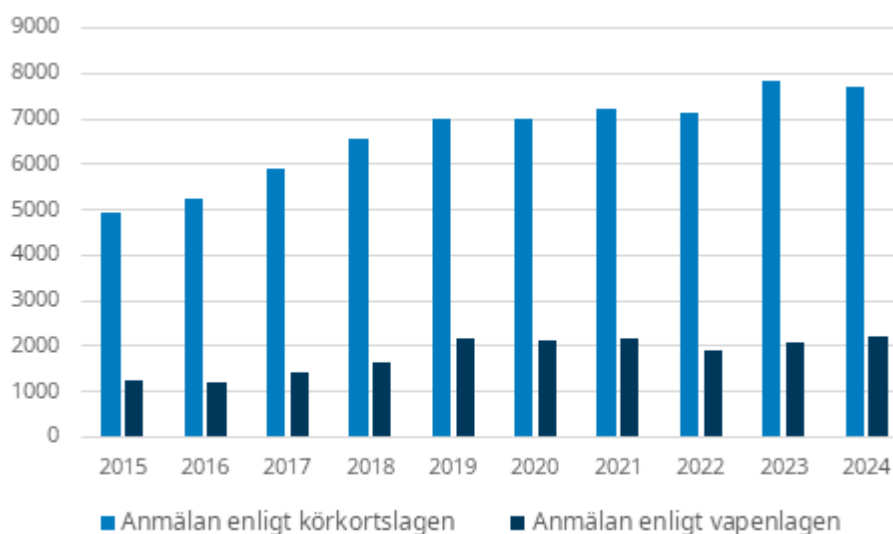
Statistik

Antal anmälningar enligt vapenlagen i förhållande till anmälningar enligt körkortslagen

Till Polismyndigheten inkom år 2024 ca 2 200 anmälningar som avser medicinsk olämplighet att inneha vapen. Den siffran har varit relativt stabil de senaste sex åren efter att gradvis ha ökat med ca 65 procent under perioden 2015–2019. Polismyndigheten har noterat en viss ökning under första halvan av år 2025, vilket skulle kunna bero på att anmälnings-skyldigheten uppmärksammades i media efter massskjutningen på Campus Risbergska i Örebro.

Figur 7 visar att det finns en betydande skillnad gällande antalet anmälningar om medicinsk olämplighet att inneha körkort jämfört med antalet anmälningar om medicinsk olämplighet att inneha vapen. Skillnaderna varierar något år till år men medianskillnaden mellan åren 2015–2024 ligger på ca 348 procent.

Figur 7. Antalet anmälningar per år enligt vapenlagen respektive körkortslagen 2015–2024

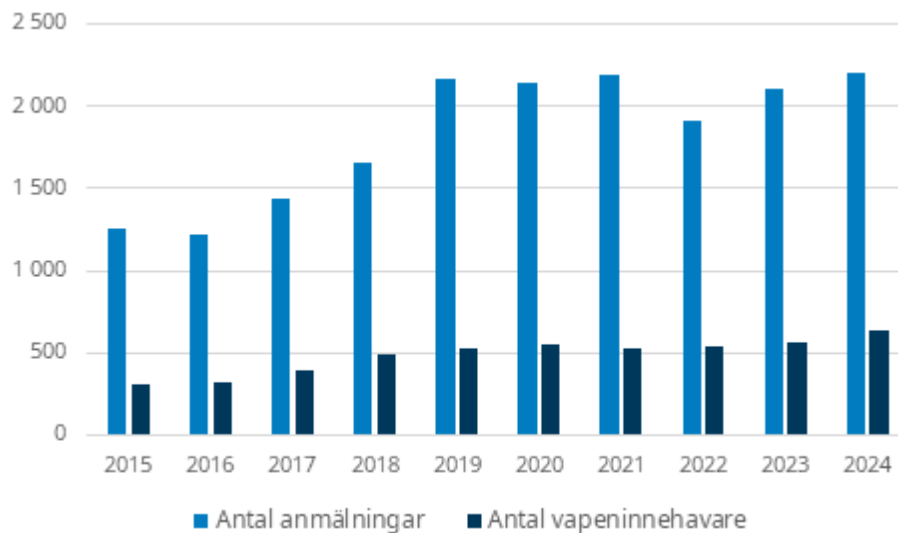


Antal vapeninnehavare i förhållande till antal anmälningar

Figur 8 visar en jämförelse mellan antal anmälningar av personer som av läkare bedömts medicinskt olämpliga och antal av dessa som efter Polismyndighetens kontroll visat sig inneha vapen. Andelen vapeninnehavare är relativt stabil på mellan ca 24–30 procent av antalet anmälningar. Dessa siffror kan eventuellt tyda på att läkare åtminstone i viss

mån känner till om patienten innehar vapen, annars borde andelen vapeninnehavare rimligen vara lägre.

Figur 8. Relation mellan anmälda patienter och antal av dessa som var vapeninnehavare vid anmälan

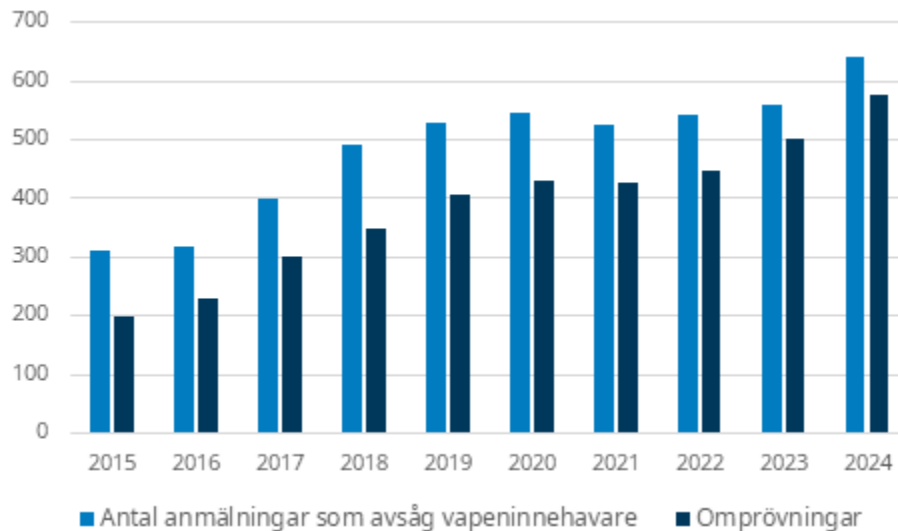


Antal omprövningar av vapeninnehav i förhållande till vapeninnehavare

Figur 9 visar hur många av vapeninnehavarna i figur 8 som fått sitt innehav omprövat, oaktat om det lett till ett omhändertagande och senare återkallelse eller om ingen åtgärd vidtagits. Statistiken visar att ungefär nio av tio vapeninnehavare som anmälts får sitt vapeninnehav omprövat.

Polismyndigheten prövar enligt rutin alla vapeninnehavare som blivit föremål för en läkares anmälan. Den sista tiondelen kan dock förklaras genom att vissa av de vapeninnehavare som omfattas av statistiken är hemvärnssoldater eller enbart förvarare av annans vapen och då inte omfattas av omprövningen. Det kan vidare röra sig om företrädare och ersättare i vapenhandel som inte heller prövas enligt denna ordning. Det förekommer också att personer redan är avlidna då anmälan inkommer, till exempel vid suicid.

Figur 9. Antal omprövningar av vapeninnehav med anledning av en anmälan



Utmaningar som Polismyndigheten identifierat

Polismyndigheten har intervjuat företrädare för vapenhandläggare, jurister och processutvecklare i vapenfrågor på den egna myndigheten. Vid intervjuerna har det framkommit ett antal områden där Polismyndigheten ser att det finns utmaningar kopplade till processen vid läkares anmälan.

- den tid det tar innan en anmälan når handläggaren
- det låga antalet anmälningar generellt
- brister i kunskapen om anmälningsplikten inom vården
- de stora skillnaderna i rutiner mellan olika vårdinrättningar
- bristen på underlag för bedömning av återkallelse av vapentillstånd
- endast läkare har anmälningsskyldighet

Den tid det tar innan en anmälan når handläggaren

Handläggare som hanterar inkomna anmälningar enligt 6 kap. 6 § vapenlagen vill uppmärksamma risker kopplade till den tid det tar för en anmälan att nå handläggaren. De intervjuade lyfter behovet av att kunna få in en anmälan digitalt, snabbt och säkert direkt in i handläggarssystemet. De lyfter bland annat att om en anmälan skickas med post får man räkna med ett antal dagars postgång. Det har också förekommit att en anmälan kommit in till Polismyndigheten flera veckor efter att den daterats, på grund av att den inte har skickats iväg med posten. Om en handling i stället kommer in via fax kan detta också innebära problem eftersom vapenhandläggarna inte har några egna faxmaskiner kopplade till verksamheten. Det finns exempel på att anmälningar som inkommit via fax kommit på avvägar inom Polismyndigheten och inte nått vapenhandläggare tillräckligt fort.

Mot bakgrund av denna problematik uttrycks önskemål från både handläggare och jurister att vården på ett skyndsamt och säkert sätt ska kunna skicka en anmälan digitalt och att anmälan automatiskt ska kunna diarieföras i Polismyndighetens ärendehanteringssystem.

Det låga antalet anmälningar generellt

Som framgår av statistiken är antalet anmälningar från vården om medicinsk olämplighet att inneha vapen lågt i förhållande till antalet anmälningar om medicinsk olämplighet att inneha körkort. Även den allmänna uppfattningen bland handläggare och jurister är att antalet anmälningar anmärkningsvärt lågt, särskilt mot bakgrund av att anmälningsplikten i 6 kap. 6 § vapenlagen råder oavsett om personen är vapeninnehavare eller inte. Handläggare berättar att det har förekommit att läkare, till exempel inom specialpsykiatri, uttalat att om de skulle följa anmälningsskyldigheten skulle de inte ha tid att utföra några andra arbetsuppgifter. Handläggare uppger även att de har noterat att vissa regioner anmäler i betydligt större utsträckning än andra. Företrädare för vapentillståndsverksamheten ger förslag på åtgärder för att öka anmälningsbenägenheten generellt, till exempel nationella utbildningsinsatser samt tydligare föreskrifter och rutiner inom vården.

Brister i kunskapen om anmälningsplikten inom vården

Enligt företrädare för både vapenhandläggare och jurister vid Polismyndigheten finns det betydande brister som rör vårdens kunskap om anmälningsskyldigheten och vapenlagstiftningen.

Anhöriga ombeds att förvara vapen

Vapenhandläggare uppgav att det i flera fall har förekommit att läkare undviker att lämna in en anmälan, till exempel av rädsla för att patienten stigmatiseras eller blir av med sina vapen permanent, och istället vidtar andra åtgärder som rör patientens vapeninnehav. Bland annat har det förekommit att läkare rekommenderat anhöriga till patienten att ta hand om dennes vapen eller nyckeln till vapenskåpet utan att patienten ansöker om tillstånd till förvaring hos annan. Detta har uppdagats av handläggarna när anhöriga har kontaktat Polismyndigheten. Ett sådant förfarande innebär emellertid att tillståndshavaren och den som förvarar vapen potentiellt gör sig skyldiga till brott mot vapenlagen. Läkarnas ambition att förenkla för patienten kan alltså i praktiken resultera i att patienten, och den som eventuellt förvarar hans vapen utan tillstånd, gör sig skyldiga till brott.

Underlåtelse att anmäla suicidrisk

Vidare uttrycker företrädare för jurister och processutvecklare vid Polismyndigheten oro över att det ibland förekommer att läkare missuppfattar det juridiska utrymmet för bedömning av medicinsk

olämplighet, och att vårdens tillämpning av lagstiftningen sträcker sig längre än lagstiftaren avsett. Det uttrycks specifikt farhågor över att en del läkare väger in risken för suicid som ett skäl att *inte* anmäla en person som medicinskt olämplig att inneha vapen. Läkare har motiverat sådana beslut att inte anmäla med att suicidrisken skulle kunna öka om patienten frånges sina vapen. Företrädarna påpekar att detta dock är en avvägning som inte tar hänsyn till risken för att omgivningen, såsom anhöriga eller samhället i stort, blir utsatta för brott om personen får behålla sina vapen. De understryker att det enbart är Polismyndigheten som ska bedöma om vapen ska omhändertas och eventuellt återkallas när en person bedömts som medicinskt olämplig. Företrädarna ser risker med att en alltför extensiv tolkning av läkares bedömningsutrymme kan få oåterkalleliga konsekvenser. Det föreslås därför tydligare formuleringar i föreskrifter och vägledning som betonar risken för omgivningen och samhället i stort om en anmälan inte görs.

Brist på underlag för bedömning av en läkares anmälan och sekretessproblematik

Vidare lyfts särskilt från jurister och processutvecklare på Polismyndigheten den återkommande problematiken med bristen på underlag vid en läkares anmälan. På den blankett som fastställts av Socialstyrelsen saknas fält för att ange patientens hälsotillstånd och varför patienten bedöms vara olämplig att inneha skjutvapen. Det framgår inte heller om det medicinska tillstånd som ligger till grund för anmälan är av tillfällig eller permanent natur. Historiskt sett har handläggare därför begärt in komplettering i form av skäl för anmälan för att kunna bedöma om vapentillstånden ska återkallas.

Även i de fall då Polismyndigheten på annat sätt än genom anmälan från läkare får indikationer om att en person som innehar vapen är medicinskt olämplig har rutin tillämpats att i de fall en vårdgivare är känd kontakta denne för att uppmärksamma behovet av att göra en bedömning.

Sekretessen gällande uppgifter om enskildas hälsa och vapenstatus är emellertid stark, menar jurister. Det finns en utbredd osäkerhet dels om vilka uppgifter vården kan ge till Polismyndigheten, dels om vad vapenhandläggare får informera vården om.

Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att det är tillräckligt med en läkares anmälan för att omhänderta den berördes vapen, trots att skälen för anmälan inte anges.⁴⁸ Det krävs emellertid mer omfattande utredning för en återkallelse.

Handläggare berättar att vårdgivare efter domen oftare åberopar sekretess för att inte behöva ange skäl för anmälan om medicinsk olämplighet. På grund av denna sekretessproblematik upprättade Polismyndigheten en ny

⁴⁸ HFD 2019 ref. 66.

rutin som innebär att vapeninnehavaren i stället ges möjlighet att skicka in ett läkarintyg när myndigheten ska bedöma om ett vapentillstånd ska återkallas. Konsekvensen av denna rutin är dock att Polismyndigheten inte sällan måste fatta beslut på otillräckligt underlag, vilket i sin tur kan leda till oriktiga beslut i förvaltningsdomstolarna om beslutet överklagas.

I de fall ett läkarintyg kommer in får Polismyndigheten problem med värderingen av läkarintyget. Det är till exempel svårt att veta om den läkare som skrivit det nya intyget är medveten om att en anmälan kommit in till Polismyndigheten tidigare och om hen känner till skälen för anmälan. Polismyndigheten kan heller inte bestämma att läkarintyget ska avse någon specifik uppgift om vapeninnehavarens hälsa eftersom anledningen till den ursprungliga anmälan är okänd. Slutligen måste Polismyndigheten utgå från att olämpligheten är av permanent natur om inget annat anges, vilket i vissa fall skulle kunna vara till nackdel för den enskilde.

Uppgifter om det medicinska tillstånd som ligger till grund för anmälan kan också vara betydelsefullt i samband med verkställande av ett omhändertagande, så patrullen ges möjlighet att anpassa verkställigheten så den inte blir mer ingripande gentemot den enskilde än vad situationen kräver.

Jurister och processutvecklare på Polismyndigheten uttrycker därmed ett stort behov av att skälen för läkarens anmälan redovisas i samband med att anmälan görs. Så sker när en läkare gör en anmälan till Transportstyrelsen enligt körkortslagen. Anledningen till detta är att det framgår av Transportstyrelsens föreskrifter på området att uppgifter om patientens hälsotillstånd som har betydelse för frågan om innehav ska anges vid anmälan.⁴⁹

En liknande lösning borde, enligt jurister och processutvecklare, kunna tas fram även gällande anmälningsskyldigheten enligt vapenlagen.

Övriga sekretesshinder

När Polismyndigheten och Socialstyrelsen genomförde den gemensamma kartläggningen visade det sig att sekretessen mellan myndigheterna utgjorde ett betydande hinder för att ta fram relevant statistik.

Processutvecklare vid Polismyndigheten anser att det idag saknas rättsliga förutsättningar för att Polismyndigheten ska kunna dela uppgifter med andra myndigheter på ett sådant sätt som krävs för en tillfredsställande uppföljning och analys av anmälningsskyldigheten.

⁴⁹ 1 kap. 10 § Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2010:125) om medicinska krav för innehav av körkort m.m.

Kan anmälningsskyldigheten utvidgas till att omfatta fler kategorier inom vården?

I dialoger lyfter jurister och processutvecklare på Polismyndigheten frågan om behovet av en eventuell utvidgning av anmälningsskyldigheten. Anmälningsskyldigheten i 6 kap. 6 § vapenlagen gäller uttryckligen enbart läkare. Samtidigt förekommer allt oftare att personer med till exempel psykisk ohälsa har kontakt med andra personalkategorier vid vården, såsom psykologer, kuratorer eller sjuksköterskor. Det finns inga nationella riktlinjer eller rutiner som anger att en annan personalkategori ska uppmärksamma läkare på att en viss patient är medicinskt olämplig att inneha vapen. Det finns därför en risk att en person med psykisk ohälsa inte blir föremål för anmälan. En parallell kan här dras till äldrevården – enskilda på vårdboenden har inte heller regelbunden kontakt med läkare och inte sällan hör hemtjänstpersonal av sig till handläggare på Polismyndigheten och uttrycker oro för att en vårdtagare har vapen på boendet. Möjligen skulle fler personer som är olämpliga att inneha vapen kunna fångas upp om anmälningsskyldigheten utvidgades till att även omfatta andra kategorier inom vården.

Bristen på konsekvenser för läkare som inte iakttar anmälningsskyldigheten

Vidare har jurister och processutvecklare på Polismyndigheten i dialoger uttryckt frustration över den låga anmälningsbenägenheten vid vissa vårdinrättningar. Även om en polisanmälan om tjänstefel bör göras i de fall en läkare medvetet underlåter att fullfölja anmälningsplikten, är detta något som sällan görs. Flera företrädare ställer sig frågande till varför det förhåller sig så.

Goda exempel

Informationsinsatser till vården

Det finns flera exempel på punktinsatser där Polismyndigheten på lokal eller regional nivå bjudits in till vårdinrättningar för att informera om reglerna runt anmälningsskyldigheten samt hur Polismyndigheten handlägger ärenden efter att en läkares anmälan kommit in. Efter att myndigheten genomfört en sådan informationsinsats vidtagits noteras ofta att anmälningsbenägenheten, åtminstone tillfälligt, ökar i det området.

Ny handbok

I april 2024 beslutade Polismyndigheten om en handbok för handläggning av vapenärenden. Handboken innehåller en sammanställning av praxis och förarbetsuttalanden och tar bland annat upp hur bedömningen av den

personliga lämpligheten samt omhändertagande- och återkallelsefrågorna ska göras. Handboken har bidragit till att rutinerna gällande handläggning av ärenden som rör tillståndsprövning blivit mer enhetliga.

Samverkansforum

Polismyndigheten har inrättat ett samverkansforum där vissa utsedda handläggare från hela landet träffas och diskuterar uppkomna frågor. Syftet med detta forum är främst att verka för en enhetlig tillämpning av regelverket. Forumet har varit mycket uppskattat bland handläggare och gruppchefer och bidragit till att reda ut frågor som rör tillämpningen av lagstiftning och praxis på området.

Skyndsam handläggning efter anmälan

När en läkares anmälan väl kommit en handläggare tillhanda genomförs den utredning som behövs i regel mycket snabbt varpå beslut om omhändertagande fattas och verkställs.

Under 2021 genomförde Justitiekanslern en granskning av dåvarande rättsenhet Bergslagens handläggning av ärenden om omhändertagande av vapen och återkallelse av vapentillstånd.⁵⁰

I fråga om omhändertagande på grund av läkares anmälan slog Justitiekanslern fast att Polismyndigheten har agerat omedelbart i de fall ett ärende avsåg akuta förhållanden såsom suicidtankar, ångestattacker, psykosor eller demensrelaterade kognitiva förändringar.

⁵⁰ Justitiekanslerns beslut av den 13 april 2022 i ärende med diarienummer 2021/5609.

Fortsatt arbete med regeringsuppdraget

Åtgärder som Socialstyrelsen avser att arbeta vidare med

Uppdatering av Socialstyrelsens föreskrifter och rättslig vägledning

Under arbetet med kartläggningen har såväl regionföreträdare som Polismyndigheten uppmärksammat att det behöver göras en del ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter och den rättsliga vägledningen.

I nästa del av uppdraget kommer Socialstyrelsen därför utreda möjligheterna att revidera föreskrifterna samt se över innehållet i den rättsliga vägledningen och i vilken form som informationen bör ges. I det kommande arbetet kommer Socialstyrelsen att beakta de identifierade behoven. Socialstyrelsen ser även att det behövs informationsinsatser till vårdgivare om det nuvarande regelverket.

Framtagande av kunskapsstöd och kunskaps- höjande insatser

Kartläggningen har tydligt visat att det finns behov av stöd för läkare att bedöma medicinsk olämplighet. Bedömningar av olämpligheten handlar om risken att en person till följd av ett medicinskt tillstånd inte har förutsättningar att hantera ett vapen på ett säkert sätt, med risk för olycksfall, eller att vapen inte förvaras på ett korrekt sätt eller tappas bort.

Det handlar även om risken att personen använder vapnet för att skada sig själv eller andra. I dessa fall är det suicid med vapen som är den dominerande typen av händelse. En annan typ av händelse som förekommer är så kallat utvidgat suicid där personen också dödar andra, ofta familjemedlemmar, i anslutning till suicid. Risken för att en person använder vapen för att skada sig själv eller andra bedöms kunna minskas genom att vården lägger ett större fokus på suicidprevention när de bedömer om en patient kan vara olämplig att inneha vapen. Socialstyrelsen bedömer att kunskapsstöd till läkare för bedömning av olämplighet att inneha vapen i relation till suicidrisk behöver utgå från mer övergripande frågor om och stöd för suicidprevention. Ett sådant kunskapsstöd behöver adressera både

bedömning av risk för suicid med vapen eller andra medel och bedömning av potentiella negativa konsekvenser för patienten vid förlorad vapenlicens.

Socialstyrelsen kommer att utreda möjligheterna att

- ta fram kunskapsstöd om fysiska och kognitiva krav för praktiskt handhavande av vapen och fysiska och kognitiva krav för att kunna hantera vapen på ett säkert sätt
- ta fram metodstöd och andra stödjande underlag med fokus på bemötande och kommunikation i patientmötet i känsliga frågor om vapen och anmälan om olämplighet att inneha vapen.
- ta fram stöd för suicidpreventiva samtal där vapenfrågan finns med
- ta fram kunskapsstöd och metodstöd för bedömningar av olämplighet att inneha vapen i relation till suicidrisk
- ta fram stöd för ledning och styrning för att organisera arbetet med vapenfrågor – till exempel genom kollegiala samråd eller centrala funktioner för bedömning, rådgivning och genomförande av så kallade ”second opinions”
- inrätta en nationell kunskapsbank med beskrivningar av fall som tidigare prövats i domstol och som rör olika aspekter av medicinsk lämplighet att inneha vapen, som både kan fungera som ett stöd vid läkarbedömningar och som ett diskussionsunderlag när regionala rutiner ska utformas
- inrätta och stödja ett nationellt eller regionala forum för ömsesidigt lärande samt kunskaps- och erfarenhetsutbyte, exempelvis om framgångsrika och välfungerande arbetssätt.

Stöd för uppföljning genom att sammanställa och regelbundet publicera relevanta data

Utifrån de inkomna synpunkterna samt Socialstyrelsens bedömning finns behov av att löpande nationell och regional statistik för uppföljning tillgängliggörs. Socialstyrelsen kommer därför att utreda möjligheterna att ta fram följande

- Regelbundna sammanställningar och publicering av relevanta data på nationell nivå, till exempel med fokus på antal suicid och andra incidenter med vapen med kopplingar till olika medicinska tillstånd. Även årlig anmälningsfrekvens för olika medicinska tillstånd skulle vara av värde att sammanställa, men sådan sammanställning förutsätter att information om anmälningar samlas in i Socialstyrelsens register, vilket inte är fallet idag. Möjligheter att samla in information om vapenanmälningar i Socialstyrelsens nationella register behöver därför utredas.
- Metodstöd för uppföljning av vapenanmälningar på regional nivå.
- Metodstöd till regionerna för att löpande genomföra strukturerade avvikelse- och händelseanalyser av oönskade incidenter med legala vapen.

Stöd riktat till allmänhet och civilsamhälle

En utmaning för samhället är att fånga upp personer som innehar vapen och har suicidrisk innan dessa personer begår suicidhandlingar. Registerdata indikerar att vissa grupper riskeras att inte fångas upp av vården. Att involvera jakt- och skytteorganisationerna i det suicidpreventiva arbetet kan vara en väg att nå ut med vård och förebyggande insatser till fler.

Socialstyrelsen bedömer att samarbete mellan vården, polisen och civilsamhället behöver stödjas. Information behöver också riktas till allmänheten och till jakt- och skytteorganisationerna om hur vården och polisen handlägger frågor om vapen, till exempel för vilka typer av tillstånd och situationer det kan vara aktuellt med en anmälan om olämplighet att inneha vapen, eller ett beslut om att omhänderta vapen. Här kan också jakt- och skytteorganisationerna informeras om hur de kan stödja personer som drabbas av psykisk ohälsa eller som tillhör riskgrupper för suicid.

Socialstyrelsen kommer att utreda möjligheterna att

- ta fram stöd för lokala och regionala samarbeten mellan vården, polisen och jakt- och skytteorganisationerna för att utveckla det suicidpreventiva arbetet
- ta fram informationsmaterial riktat till allmänheten om risker med vapen och hur vården handlägger vapenfrågor i relation till medicinska tillstånd, psykisk ohälsa och suicidrisk.

Behov av systemförändringar

Många regionföreträdare ser behov av mer omfattande systemförändringar när det kommer till frågan om bedömning och anmälan av olämplighet att inneha vapen ur ett medicinskt perspektiv. Socialstyrelsen bedömer att vidare utredning om mer övergripande förändringar av system och regelverk för vapenansmälningar inte kommer rymmas inom det aktuella uppdraget. Inte heller utmaningar kopplade till journalsystem kommer att adresseras vidare i uppdraget.

Åtgärder som Polismyndigheten avser att arbeta vidare med

Ta fram digital lösning för läkares anmälan enligt vapenlagen

En läkares anmälan inkommer idag oftast som en fysisk handling via brev. Det förekommer också att handlingen inkommer via fax, även om detta har blivit mindre vanligt. Om handlingen kommer in per post får man räkna med ett antal dagars postgång. Av vapenlagen framgår att en läkares anmälan ska göras omedelbart, och det ligger i ärendenas natur att anmälningarna om medicinsk olämplighet att inneha vapen måste nå handläggarna vid Polismyndigheten så skyndsamt som möjligt. Polismyndigheten avser att förenkla och effektivisera anmälningsförfarandet för hälso- och sjukvården och för att säkerställa att anmälningarna kommer in till Polismyndigheten så skyndsamt som möjligt. Myndigheten kommer därför att utveckla en lösning för att vårdgivare ska kunna skicka in anmälningar digitalt på ett säkert sätt. Digitala lösningar på både kort och lång sikt kommer att ses över.

Den långsiktiga lösningen förutsätter anslutningar till Säker Digital Kommunikation (SDK) för Polismyndigheten likväl som regionerna samt vidare utveckling av det nya ärendehanteringssystemet för att kunna ta emot anmälningar via SDK.

Tillhandahålla information som beskriver tillstånds- och överklagandeprocessen

Det har framkommit i kartläggningen att vårdgivarna anser att det finns ett stort behov av en informationsinsats som beskriver Polismyndighetens handlägningsprocess. Polismyndigheten föreslår att detta kan ske genom information på polisen.se som kompletteras med inspelade digitala föreläsningar, s.k. webinarier.

Behov av ändring i vapenlagstiftningen avseende skäl för anmälan och personuppgiftsbehandling

Som redovisats i avsnittet om utmaningar ovan behöver Polismyndigheten få tillräckligt underlag för att kunna bedöma om en person är medicinskt olämplig att inneha vapen. Det är svårt för Polismyndigheten att värdera inskickade läkarintyg, när myndigheten inte i anmälan har fått information om skälet till varför vapeninnehavaren har bedömts som medicinskt

olämplig samt information om tillståndet är av tillfällig eller varaktig natur. Vidare kan det även ur den enskildes perspektiv vara viktigt att Polismyndigheten har information om det medicinska tillstånd som ligger till grund för anmälan i samband med att ett omhändertagande ska verkställas, eftersom det kan påverka hur omhändertagandet ska genomföras.

Polismyndigheten avser att utreda hur detta kan uppnås. Utredningen ska avse hur en reglering ska utformas som löser ovanstående problematik. Utredningen ska också säkerställa att Polismyndigheten har rätt att hantera personuppgifter i den utsträckning som krävs.

Utreda behov av ändringar i tillståndsprövningen

Det ingår i uppdraget att särskilt analysera vilket underlag Polismyndigheten regelmässigt har tillgång till vid lämplighetsbedömningen och hur eventuella brister kan åtgärdas. Polismyndigheten har i syfte att dra lärdom och tillvarata de erfarenheter som andra länder har, kontaktat polismyndigheterna i Finland respektive Norge för att diskutera tillståndsprövningen för innehav av vapen. Den finska polisen berättade att man där vidtagit åtgärder såsom krav på läkarintyg och intervjuer med förstagångssökande. Polismyndigheten avser att närmare analysera om det finns behov av sådana, eller andra, åtgärder i Sverige.

Vidare avser Polismyndigheten att föra dialog med jakt- och skytteorganisationer om hur samverkan med dessa kan förbättras för att säkerställa att personer som av medicinska skäl är olämpliga att inneha vapen inte har vapentillstånd.

Skapa bättre förutsättningar för statistik på nationell nivå

Polismyndigheten avser att se över och eventuellt föreslå hur de identifierade hindren i sekretesslagstiftningen kan tas bort för att skapa bättre förutsättningar för uppföljning och statistik på nationell nivå.

Ändringar i kunskapsstöd

Polismyndigheten avser att bevaka eventuella ändringar i Socialstyrelsens föreskrifter om läkares anmälningsskyldighet och vid behov uppdatera relevanta kunskapsstöd för handläggare.

Undersöka behov av utvidgning av 6 kap. 6 § vapenlagen avseende personalkategorier

Polismyndigheten överväger att undersöka om det finns skäl att föreslå att bestämmelsen i 6 kap. 6 § vapenlagen bör utvidgas till att även omfatta andra personalkategorier inom hälso- och sjukvården (till exempel psykologer och sjuksköterskor) för att fånga upp fler personer som är olämpliga att inneha skjutvapen av medicinska skäl.

Tidplan för arbetet framåt

Tidsperiod	Aktivitet	Ansvarig myndighet
oktober 2025 – november 2026	Ta fram kunskapsstöd och kunskapshöjande insatser	Socialstyrelsen
oktober 2025 – november 2026	Revidera föreskrifter och rättsligt stöddokument	Socialstyrelsen
oktober 2025 – november 2026	Upprätta digitala kanaler för anmälan	Polismyndigheten
oktober 2025 – mars 2026	Informationsinsats som beskriver Polismyndighetens handlägningsprocess	Polismyndigheten
november 2025 – oktober 2026	Utreda behov av ändring i vapenlagstiftningen avseende skäl för anmälan och personuppgifts-behandling	Polismyndigheten
oktober 2025 – maj 2026	Utreda behov av ändringar i tillståndsprövningen	Polismyndigheten
oktober 2025 – september 2026	Verka för bättre förutsättningar för uppföljning på nationell nivå	Polismyndigheten
november 2025 – oktober 2026	Ändringar i kunskapsstöd	Polismyndigheten
november 2025 – maj 2026	Föra dialog med jakt- och skytteorganisationer	Polismyndigheten
oktober 2025 – oktober 2026	Se över behovet av utökad anmälningsskyldighet för vissa personalkategorier	Polismyndigheten

Referenser

1. Regeringsuppdrag Ju2025/00426. *Uppdrag till Polismyndigheten och Socialstyrelsen att stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen*. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2025/02/uppdrag-till-polismyndigheten-och-socialstyrelsen-att-starka-och-utveckla-arbetet-med-tillstandsprovning-for-skjutvapen/>.
2. Karp, A. (2018). *Estimating Global Civilian-Held Firearms Numbers*. Small Arms Survey. Hämtad från: <https://www.smallarmssurvey.org/sites/default/files/resources/SAS-BP-Civilian-Firearms-Numbers.pdf>.
3. Brottsförebyggande rådet (2025). *Dödligt våld med legala skjutvapen*. Hämtad från: <https://bra.se/nyheter/arkiv/2025-03-10-dodligt-vald-med-legala-skjutvapen>.
4. M. Junuzovic, (2018). *Firearm deaths in Sweden: epidemiology with emphasis on accidental deaths and prevention*. The European Journal of Public Health, Vol. 29, No. 2, 351–358.

Bilaga 1. Metod och angreppssätt

Socialstyrelsens del av kartläggningen bygger på en kombination av metoder

För att kartlägga hälso- och sjukvårdens följsamhet till vapenlagens bestämmelser samt för att identifiera utmaningar, goda exempel och stödbehov, har såväl kvalitativa som kvantitativa metoder använts. Nedan redovisas använda tillvägagångssätt och gjorda avgränsningar.

Registerbaserade analyser har gjorts

Socialstyrelsen har haft tillgång till Polismyndighetens uppgifter om läkares anmälningar av personer som har bedömts vara olämpliga att inneha vapen. Dessa individuppgifter, som baseras på anmälningar under åren 2020–2024, har samkörts med uppgifter i Socialstyrelsens olika nationella register som patientregistret och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen har inom ramen för den här kartläggningen inte haft tillgång till polisens uppgifter över vilka som har vapentillstånd i befolkningen. Utökade analyser där sådana uppgifter kan inkluderas och kopplas ihop med exempelvis anmälningar av olämplighet skulle bidra till en ytterligare ökad kunskap inom området.

Regionala och verksamhetsnära rutiner har samlats in och sammanställts

Socialstyrelsen bad samtliga regioner att redovisa rutiner för anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen. Syftet med detta var att få en bred uppfattning om vilka rutiner kopplade till anmälningsskyldigheten som har upprättats runt om i landet. I samband med detta, skickades även ett antal frågor till regionerna för att förtydliga bilden av de upprättade rutinerna och hur dessa tillämpas. Frågor ställdes till exempel om följsamhet till rutinerna, hur rutinerna följs upp⁵¹ och vem som ansvarar för detta samt vilka eventuella utmaningar och stödbehov som identifierats.

⁵¹ Uppföljning av rutinerna innebär i detta sammanhang att själva dokumentet granskas och uppdateras. Detta är skilt från uppföljning av följsamheten till rutinerna, vilket exempelvis kan vara att sammanställa statistik över anmälningsfrekvensen.

Totalt 17 av 21 regioner svarade på de skriftliga frågorna inom ramen för kartläggningen. Därutöver har 3 regioner skickat sina befintliga rutiner, men inte svarat på de kompletterande frågorna. 1 region har inte återkommit med någon återkoppling. Företrädare för denna region deltog emellertid i dialogmöten och beskrev då muntligt hur deras rutiner är utformade. Deltagarna förmedlade även aktuella rutiner i anslutning till mötena.

De skriftliga frågorna besvarades av olika funktioner inom regionerna. Det vanligaste var att företrädare för specifika verksamheter, exempelvis psykiatri, primärvården eller geriatriken, besvarade frågorna. I andra fall svarade en central regional funktion, såsom chefläkare eller regionjurist.

Fyra dialogmöten med regionala företrädare anordnades

Parallellt med insamlingen av regionala rutiner genomfördes fyra dialogmöten med företrädare för totalt 9 regioner.⁵² Dialogmötena syftade till att bidra till en mer fördjupad förståelse för hur följsamheten till rutinerna ser ut och vilka utmaningar vården möter när det kommer till anmälningsskyldigheten. Dialogmötena fokuserade på att identifiera såväl utmaningar som goda exempel, samt på vilka stödbehov som noterats.

Inbjudan ställdes till regionala primärvårdschefer, psykiatrichefer och chefläkare, men deltagarna ombads även förmedla inbjudan till andra företrädare med insyn i frågan. Ett urval av regioner valdes ut för dialogmöten. Två möten med företrädare för storstadsregioner respektive två dialogmöten med mindre eller medelstora regioner (sett till befolkningsmängd) genomfördes. Vid urvalet togs även hänsyn till demografisk sammansättning, geografisk spridning och vapentäthet i den aktuella regionen. Sammanfattningsvis deltog företrädare från följande regioner i dialogmötena:

⁵² En kort uppföljande intervju genomfördes för att inhämta kompletterande uppgifter från en av regionerna som deltog under dialogmötena.

Tabell 5. Regioner som var representerade i dialogmötena

Storstadsregioner	Region Stockholm
	Västra Götalandsregionen
	Region Skåne
Medelstora/mindre regioner	Region Jämtland Härjedalen
	Region Norrbotten
	Region Dalarna
	Region Värmland
	Region Örebro
	Region Jönköping

Avgränsningar och metodologiska begränsningar

Ett antal medvetna avgränsningar har gjorts, framför allt med hänsyn till en relativt snäv tidsram för arbetet. Först och främst bjöds enbart ett urval av regionala företrädare in till dialogmöten. Detta medför en risk för att vissa perspektiv exkluderats i analyserna. Samtidigt var nästan hälften av alla 21 regioner representerade och bedömningen är att urvalet var tillräckligt brett för att fånga generella mönster. Därutöver har samtliga regioner – via registrator – fått möjlighet att besvara centrala frågor, vilket också bidragit till att klargöra bilden av vilka rutiner som finns, hur dessa fungerar och hur följsamheten ser ut på en övergripande nivå.

Eftersom kartläggningen främst fokuserat på hälso- och sjukvård i regional regi, har perspektiv från privata vårdgivare inte inhämtats inom ramen för arbetet. Eftersom kartläggningen har gjorts med målet att framför allt identifiera generella mönster och gemensamma utmaningar är bedömningen att resultaten som framkommer är relevanta för och applicerbara även på hälso- och sjukvård som utförs i privat regi.

Beskrivning av hur Polismyndighetens del av kartläggningen är gjord

Av uppdraget framgår att Polismyndigheten ska kartlägga och redovisa hur prövningen av medicinsk lämplighet inom ramen för tillståndsärenden går till. Polismyndigheten har i sin redovisning utgått från aktuell lagstiftning, förarbeten, rättspraxis samt myndighetens handbok i syfte att återge gällande rätt, rättstolkningar och styrning inom verksamhetsområdet.

Polismyndigheten har vidare tagit del av olika nyhetsmedier, såsom nyhetsartiklar, debattartiklar och radioreportage, i syfte att få en helhetsbild över händelser som påverkat allmänheten i samband med tillämpningen av handläggningen rörande läkares anmälan.

Dialoger med verksamheten

Polismyndigheten har genomfört dialogmöten med verksamheten för att korrekt kunna återge myndighetens praktiska processer och rutiner i samband med tillståndsprövningen specifikt i förhållande till läkares anmälningsskyldighet enligt 6 kap. 6 § vapenlagen. När det gäller handläggningen i tillståndsärenden och återkallelseärenden har myndigheten fört dialog med handläggare och gruppchefer samt processutvecklare med god insyn i tillståndprocesserna. För den del i tillståndprocessen som avser överklaganden och domstolsprocessen har myndigheten fört dialog med jurister vid Rättsavdelningen. På dialogmötena har Polismyndigheten särskilt frågat om utmaningar och goda exempel i samband med handläggningen.

Sammanställning av statistik

Polismyndigheten har tagit fram statistik över läkares anmälningar enligt vapenlagen från polisens vapenregister och ärendehanteringssystem (PÄr). Statistiken ska dock beaktas med försiktighet då PÄr är föråldrat och inte utformat för närmare uppföljningar, vilket innebär vissa begränsningar i både kvalitet och kvantitet av önskade relevanta data. PÄr kommer år 2026 att ersättas med ett nytt, mer ändamålsenligt ärendehanteringssystem med utökade möjligheter till uppföljning.

Att stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen



Att stärka och utveckla arbetet med tillståndsprövning för skjutvapen
(artikelnr 2025-9-9746) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.