

# En lob i mål?

Uppföljning av satsningen för  
ett förbättrat omhändertagande  
av berusade personer



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.varदानalys.se](http://www.varदानalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm  
**Omslagsbild:** Gettyimages  
**Tryck:** ÄTTA.45 Tryckeri  
ISBN 978-91-87213-83-0



## **En lob i mål?**

Uppföljning av satsningen för  
ett förbättrat omhändertagande  
av berusade personer



# Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Analytikern Linda Hörnqvist har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Marianne Svensson och analyschefen Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2018-02-20

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Karin Tengvald  
*Vice styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Håkan Ceder  
*Styrelseledamot*

Karin Nylén  
*Vikarierande generaldirektör*

Linda Hörnqvist  
*Föredragande*





## Förord

År 1976 började lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) att gälla. Än i dag förs flertalet av de omhändertagna till arrest – ett omhändertagande som både kan begränsa den medicinska säkerheten och möjligheten att fånga upp de personer som behöver fortsatt stöd för att komma ur ett missbruk eller ett beroende. Regeringen tog därför 2014 initiativ till en treårig satsning med syftet öka den medicinska säkerheten och förbättra omvårdnaden om de personer som omhändertas.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag av regeringen att följa upp denna satsning. Vi har haft flera frågor att besvara, till exempel vilka insatser har påbörjats inom satsningen? Kan vi se några förändringar i antalet omhändertaganden som förs till arrest och vård? Vilka är vårdens förutsättningar att ta om de personer som polisen för till dem? Den här rapporten är vårt svar på dessa frågor. Vår förhoppning är att rapporten ska utgöra ett underlag i det fortsatta utvecklingsarbetet och på så sätt bidra till förbättringar för de personer som lagen ytterst är till för – de omhändertagna och deras barn och familjer.

Arbetet har letts av Linda Hörnqvist. I projektgruppen har också Martina Vallin och Karin Kai-Larsen ingått. Vi vill rikta ett varmt tack till alla de personer från kommuner, landsting, Polisen, Kriminalvården och brukarorganisationer som vi har intervjuat och som på andra sätt bidragit till vårt arbete. Vi vill särskilt tacka dem som delat med sig av egna erfarenheter av att omhändertas enligt LOB.

Vi vill också tacka de personer som har lämnat värdefulla synpunkter på analyser och texter: Patrik Thunholm (Totalförsvarets forskningsinstitut), Gunborg Brännström (senior rådgivare), Christina Källgren Pettersson

Förord

och Marianne Salamon Borg (Kriminalvården), Claudia Fahlke (Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende, CERA), Mona-Marie Arvidsdotter, Lena Byström och Anders Wike (Nationella operativa avdelningen, NOA).

Stockholm i mars 2018

Karin Nylén

*Vikarierande generaldirektör*







## Sammanfattning

Varje år omhändertar Polisen drygt 60 000 berusade personer enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB). De omhändertas eftersom de inte kan ta hand om sig själva, eller för att de är en fara för sig själva eller andra. En övervägande majoritet av dem (86 procent 2014) förs till arrest. Flera tidigare statliga utredningar har pekat på att tillnyktring i arrest begränsar både den medicinska säkerheten och möjligheten att fånga upp de personer som behöver fortsatt stöd för att komma ur ett missbruk eller ett beroende.

Regeringen beslutade 2014 om en treårig satsning för att förbättra den medicinska säkerheten och omvårdnaden i samband med ett omhändertagande enligt LOB. Syftet var att stimulera landstingen, kommunerna och Polisen att gemensamt utveckla alternativa lösningar till att föra omhändertagna till arrest, i synnerhet när det gäller personer yngre än 18. Målet var att ändra praxis så att färre skulle föras till arrest och i stället tas om hand på något annat sätt. Tanken var också att underlätta fortsatt stöd till och behandling av de omhändertagna. Satsningen omfattade 35 miljoner kronor per år under perioden 2014 till 2016.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har haft i uppdrag av regeringen att följa upp den treåriga satsningen för förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande enligt LOB (S2017/00357/FS). I vårt uppdrag har det ingått att bedöma satsningens effekt, beskriva arbetsätt och metoder som kan användas för att fortsätta att sprida kunskap och utbyta erfarenheter samt att besvara ett antal specifika frågor.

Vi har använt både kvalitativa och kvantitativa metoder för att följa upp satsningen. Vi har kartlagt och analyserat dokument, genomfört ett sjuttioal intervjuer och analyserat statistik. Vi har lagt stor vikt vid intervjustudien,

bland annat eftersom det till stora delar saknas kvantitativ data för att analysera satsningens resultat.

## RESULTAT UTIFRÅN UPPDRAGETS FRÅGOR

Vårt uppdrag har varit att besvara ett antal frågor. Vi besvarar dem under respektive rubrik nedan.

### **Vilka är vårdgivarnas förutsättningar för och erfarenheter av att ta hand om de personer som polisen för till en vårdinrättning?**

Hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att ta hand om de personer som polisen för till dem varierar både mellan och inom landstingen. Skillnaderna beror bland annat på vilka typer av vårdmottagningar som finns, men också på tillgången till resurser såsom till vårdplatser, tid och kompetens. Hälso- och sjukvården har generellt begränsade möjligheter att ta emot omhändertagna personer som är utåtagerande eller som inte frivilligt stannar inom vården.

Det finns också olika uppfattningar inom hälso- och sjukvården om vilket ansvar vården har för att ta hand om de omhändertagna personer som polisen för till dem. Vårdpersonal anser att det är svårt att identifiera de berusades vårdbehov och vilken typ av vård och tillsyn de behöver.

Avståndet till både vård och arrest påverkar polisens beslut om vart de ska föra en omhändertagen person, eftersom långa avstånd kan innebära att transporterna blir resurskrävande för polisen. Tillgången till lämplig hälso- och sjukvård för bedömning av hälsotillstånd och alternativ för tillnyktring är en central faktor för att polisen ska kunna föra omhändertagna till vård. Polisen för mer sällan en omhändertagen till vård om de bedömer att hen kan komma att lämna vårdmottagningen eller om hen är utåtagerande.

På de flesta håll i landet är akutmottagningar den vårdinstans som finns tillgänglig för medicinsk bedömning och tillnyktring för både vuxna och unga. Även om det finns särskilda tillnyktringsenheter är dessa inte alltid anpassade för barn och unga. Bristen på lämplig vård för barn och unga kan därför påverka polisens beslut att föra unga till vård.

### **Vilka är förutsättningarna för att fånga upp personer med behov av fortsatta stöd- eller vårdinsatser, med särskild analys av arbetet med barn och unga?**

Ett omhändertagande ger i regel små möjligheter att fånga upp personer med behov av fortsatta insatser.

Samordningen av insatser brister, både inom vården och mellan vården och socialtjänsten. Det påverkar möjligheterna att fånga upp personer som behöver fortsatta insatser. Vårdens möjligheter att motivera en omhändertagen person till fortsatta stöd- eller vårdinsatser beror bland annat på typen av vårdmottagning samt på tid och kompetens.

Polisen har små möjligheter att bedöma om den omhändertagna behöver fortsatta insatser. Deras rutiner för att underrätta socialtjänsten skiljer sig också betydligt åt mellan olika lokalpolisområden.

Socialtjänsten beskriver också att ett omhändertagande sällan leder direkt till aktiva insatser från dem. Deras insatser är sällan tillräckligt riktade eller anpassade för att kunna fånga upp och motivera personer som varit omhändertagna att ta emot stöd och hjälp.

Företrädare för polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten uppfattar att fortsatta insatser för barn och unga fungerar relativt väl. Orosanmälan till socialtjänsten görs i varierande grad av både polis och hälso- och sjukvård, och socialtjänsten gör mer aktiva insatser om en ung person omhändertagits. Vi ser samtidigt att mer återstår att göra. Fortfarande förs 30 procent av unga under 18 år till arrest. Minderåriga barn till vuxna som omhändertas är också en viktig grupp att fånga upp för såväl akut som fortsatt stöd. Medvetenheten om och rutinerna för att identifiera denna grupp varierar och behöver utvecklas. Brister i samordningen av insatser mellan huvudmännen och mellan socialtjänstens vuxen-, barn- och ungdomsverksamheter försvårar också möjligheterna att fånga upp behovet av stöd till dessa barn och deras familjer.

## **Har Polisen, landstingen och kommunerna utvecklat ett fungerande samarbete genom lokala överenskommelser?**

Femton län har tagit fram överenskommelser inom satsningen. De flesta överenskommelserna gäller mellan Polisen, landstingen och kommunerna. Kommunernas deltagande varierar.

Det finns en samsyn bland företrädare om att överenskommelserna, tillsammans med andra insatser inom ramen för satsningen, har bidragit till påbörjat och utvecklat samarbete mellan parterna. I flera län har satsningen inneburit att polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten för första gången samarbetar med varandra när det gäller omhändertaganden enligt LOB. Parterna anser också att överenskommelserna har tydliggjort brister i rutiner, gett dem möjligheter att utbyta erfarenheter och förstå varandras perspektiv samt att diskutera ansvarsfördelningen kring tillnyktring.



Vi ser också att det finns utmaningar i hur parterna ska samverka i praktiken, och i hur samverkan ska fortgå efter satsningen. Till exempel saknar flera län samordnande strukturer och funktioner, vilket gör det svårt att dels förankra, driva och utveckla arbetet i verksamheterna, dels att kunna upprätthålla samarbetet mellan parterna på längre sikt. En annan utmaning är att komma överens om vilken part som ska ansvara för vad i praktiken.

### **Vilka insatser har genomförts i de landsting och kommuner som har ingått överenskommelser?**

I de 15 län som hade ingått överenskommelser hade sammanlagt 53 insatser påbörjats i oktober 2017. Av dem hade cirka 60 procent (34 insatser) genomförts och 20 procent (11 insatser) var fortfarande i planeringsfas.

De påbörjade insatserna spänner över hela processen från omhändertagandet till fortsatta insatser samt uppföljning. En stor del av insatserna berör ett begränsat antal kommuner, en del av ett landsting eller lokalpolisområden. De har också till viss del utförts som pilotprojekt eller punktinsatser. Vi har identifierat sex olika teman för insatserna:

1. bedömning av vårdbehov
2. alternativ till arrest för tillnyktring
3. medicinsk säkerhet i arrest
4. förebyggande och fortsatta insatser
5. uppföljning
6. rutiner och samverkan mellan och inom huvudmän.

De flesta insatserna syftar till att stärka övergripande rutiner och samverkan mellan och inom huvudmän. Minst antal insatser har inriktats på att utveckla rutiner för bedömning av vårdbehov och uppföljning.

Det saknas resultatsammanställningar och utvärderingar av de insatser som gjorts inom satsningen. Vi kan därför inte ge exempel på arbetssätt och metoder som kan användas för kunskapsspridning och lärande. Vi kan inte heller dra slutsatser om vilka insatser som kan bidra till förbättringar för de personer som omhändertas.

## **Har antalet personer som förs till arrest respektive tillnyktringsenhet eller annan vårdinrättning förändrats, med särskild analys av antalet barn och unga?**

Antalet omhändertaganden har varit i stort sett oförändrat sedan 2007. Däremot har antalet omhändertaganden av personer under 18 år minskat med cirka 65 procent sedan 2007, vilket innebär en minskning med cirka 2 000 omhändertaganden.

Andelen som förs till vård och arrest har varit i stort sett oförändrat under de senaste tio åren. År 2015 fördes omkring 6 300 (10 procent) av de omhändertagna till vård och cirka 55 000 (88 procent) fördes till arrest. Det finns stora skillnader i vart de omhändertagna vuxna respektive unga förs. Personer under 18 år förs ofta till en anhörig – drygt hälften av de unga fördes till anhöriga år 2015. Det är också vanligare att unga förs till vård, 16 procent år 2015 jämfört med 10 procent av de vuxna. Mellan år 2013 och 2015 har andelen unga som förts till vård varit i stort sett oförändrad. Däremot har andelen unga som förs till arrest ökat något – från 23 procent år 2013 till 30 procent år 2015. Förändringen motsvarar få omhändertaganden, och ska därför tolkas med försiktighet. I takt med att det totala antalet omhändertaganden av unga har minskat förs färre unga till både arrest, vård och anhöriga.

Det finns geografiska skillnader, både sett till hur många som omhändertas och till hur stor andel som förs till vård. Majoriteten av omhändertaganden sker i storstadslänen, men i förhållande till befolkningsmängden sker flest omhändertaganden i andra län.

## **Har aktörerna skapat förutsättningar för att fortsätta följa utvecklingen på lokal nivå?**

Ett grundläggande hinder för att kunna följa utvecklingen på lokal nivå är att det saknas ändamålsenlig och tillgänglig information om omhändertagandena, vilka insatser som görs i samband med ett omhändertagande och om de svarar mot den vård och omsorg som personen behöver. Trots det är det endast tre län som inom satsningen har arbetat med att utveckla möjligheterna till uppföljning.

Förutsättningarna för uppföljning är bristfälliga på lokal nivå inom såväl polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det saknas i stor utsträckning sammanställd information om omhändertagna. Det innebär



att det i regel krävs manuella bearbetningar av uppgifter för att kunna göra uppföljningar. Polisen har inte ansvar att registrera, sammanställa och följa upp omhändertaganden enligt LOB. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten dokumenterar sällan om en patient eller brukare blivit omhändertagen. I de fall det sker, görs det sällan på ett sådant sätt att det systematiskt kan användas för uppföljning.

## SLUTSATSER OCH SAMMANFATTANDE BEDÖMNING AV SATSNINGEN

### Satsningen har satt frågan på agendan

Vår slutsats är att satsningen har inneburit att flera steg har tagits i rätt riktning för att hantera de utmaningar som finns inom området. Satsningen har framför allt bidragit till att sätta frågan på agendan. Den har också bidragit till vissa andra positiva effekter. Effekterna handlar framför allt om att de olika organisationernas verksamheter och processer har utvecklats. Brister och behov av förändringar har identifierats, medvetenheten om utvecklingsbehoven har ökat samtidigt som kunskapsnivån på området har höjts lokalt. Alternativ till arrest för tillnyktring har börjat utvecklas på en del platser och på vissa håll har förändringar av rutiner och processer skett. Satsningen har också bidragit till att lägga en grund för en påbörjad eller utvecklad samverkan mellan Polisen, landsting och kommuner. Däremot kan vi inte se några förändringar i antalet eller andelen som förs till vård eller arrest på nationell nivå. Andelen omhändertagna som förs till vård har varit i stort sett oförändrad de senaste tio åren.

#### ► *Möjligheterna att följa upp satsningen brister och det är därför svårt att avgöra om satsningen har uppnått sina mål*

Vi kan inte dra några slutsatser kring om satsningens mål har uppnåtts. Det beror på att satsningen av flera skäl är svår att följa upp. Till exempel saknas mätbara mål och tidpunkter för när målen skulle vara uppfyllda. Dessutom täcker den nationella statistiken enbart ett av flera delmål. Länens kartläggningar är inte heller jämförbara och resultatrapporteringar från olika insatser saknas.

Det finns för lite kunskap om hur de omhändertagnas behov ser ut, och om behoven tillgodoses genom de insatser som i dag görs. Vi kan därför inte dra några slutsatser kring om de insatser som genomförts inom satsningen har lett till förbättringar för de personer som omhändertas. Men vi kan inte utesluta att satsningens effekter på sikt kan innebära förbättringar. Samtidigt är förutsättningarna för bestående och långsiktiga effekter osäkra i flera län.



► *Förutsättningarna för bestående och långsiktiga effekter är osäkra*

Det är osäkert om satsningen kommer att leda till mer omfattande, bestående och långsiktiga effekter som kan ge förbättringar för de omhändertagna på längre sikt. Vår studie visar, liksom andra studier tidigare gjort, att det finns begränsningar i projektsatsningars möjligheter att bidra till detta. Samtidigt gäller det att ha rimliga förväntningar på vad en treårig satsning som denna kan uppnå. Vår slutsats är att det krävs fortsatta och mer långsiktiga åtaganden från huvudmännen för att kunna uppnå bestående, mer omfattande och långsiktiga effekter.

De insatser som har genomförts har i många fall utförts i begränsade geografiska områden eller som punktinsatser. En stor del av insatserna är fortfarande under planering eller genomförande, och de genomförda insatserna är i liten utsträckning del av en ordinarie verksamhet. Det är också osäkert om parterna har de förutsättningar som behövs för att ta tillvara och förvalta de effekter som satsningen har åstadkommit. Vår uppföljning visar att flera faktorer kan ha betydelse för bestående effekter på lång sikt. Det handlar till exempel om ansvaret för och finansieringen av transporter av omhändertagna, tillgången till hälso- och sjukvård för medicinska bedömningar samt alternativ till arrest för tillnyktring anpassade efter lokala förutsättningar och behov.

## **Vården och omsorgen behöver förbättras i samband med ett omhändertagande**

Det är angeläget att fortsätta att förbättra den medicinska säkerheten, vården och omsorgen vid omhändertaganden. Endast var tionde omhändertagen förs i dag till vård. Vår uppföljning visar också att det finns stora variationer i landet som påverkar möjligheterna att få vård och omsorg i samband med ett omhändertagande. För att uppnå en mer jämlik tillgång till vård och omsorg är det viktigt med en fortsatt utveckling över hela landet. Olika typer av insatser och lösningar behövs, beroende på varierande individuella behov och geografiska förutsättningar. Personer som omhändertas enligt LOB är en heterogen grupp med olika behov. Därför är det särskilt viktigt att kunna identifiera vad varje enskild person behöver och erbjuda lämpliga och ändamålsenliga insatser utifrån det. Dessa möjligheter brister till stor del i dag.

► *Det behövs kvalificerad medicinsk bedömning av hälsotillstånd*

I det akuta skedet är kvalificerade medicinska bedömningar viktiga för att stärka den medicinska säkerheten för personer som omhändertas, oavsett



vilket fortsatt behov av vård och omsorg en person har. Olika lösningar för medicinska bedömningar behövs beroende på varierande behov och lokala förutsättningar. Vi ser att polisen i dag har begränsade möjligheter att bedöma en omhändertagen persons hälsotillstånd och behov av vård. Men också vården uppfattar att det kan vara svårt att bedöma tillstånd och behov. Möjligheten att få medicinska bedömningar av hälso- och sjukvården i samband med ett omhändertagande varierar över landet. Även hälso- och sjukvårdens organisering varierar, liksom personalens tid och kompetens för att ta emot de personer som polisen för till dem. Vi ser att vården generellt har bristande förutsättningar att ta emot personer som är utåtagerande eller inte frivilligt vill stanna kvar inom vården. Även dessa kan behöva medicinska bedömningar vid omhändertagandet och återkommande bedömning av hälsotillståndet under tillnyktringen.

► *Det behövs utveckling av alternativ för tillnyktring i hela landet*

Att det saknas alternativ till arrest för tillnyktring inom ett nära avstånd är en huvudanledning till att polisen för personer till arrest för tillnyktring. Alternativ för tillnyktring behöver utvecklas för att öka den medicinska säkerheten såväl som möjligheterna till en god omvårdnad och fortsatta stöd- och behandlingsinsatser. Det behövs olika lösningar som är anpassade efter både de omhändertagnas skiftande behov och de lokala förutsättningarna. Det är viktigt för en jämlik vård och omsorg över hela landet i samband med omhändertaganden.

► *Personer med behov av fortsatta insatser behöver fångas upp*

Vår uppföljning visar att omhändertagandet sällan leder direkt till fortsatta insatser. Samtidigt är möjligheterna att fånga upp personer som behöver fortsatta insatser efter ett omhändertagande begränsade. Därför behöver ändamålsenliga rutiner inom polis, hälso- och sjukvård och socialtjänst utvecklas för att systematiskt kunna identifiera behov och fånga upp personer som behöver fortsatt stöd. Rutiner för att uppmärksamma minderåriga barn till personer som omhändertas behöver särskilt stärkas.

Insatserna behöver också vara utformade på ett sätt som motiverar de omhändertagna att ta emot stöd och hjälp. De behöver också komma i ett tidigt skede. Samordnade insatser ökar förutsättningarna för att omhändertagandet blir början på den vårdkedja som förarbetena till lagen avsåg.

## Kunskapsstödet på området behöver utvecklas

Vi kan konstatera att kunskapsstödet på området brister och behöver utvecklas. Det saknas i stor utsträckning kunskapsstöd för bedömningen av både akuta och fortsatta medicinska och sociala behoven hos en omhändertagen person. Tillgången till kunskapsstöd är viktig eftersom gruppen som omhändertas är en heterogen grupp med varierande behov. Det saknas sammanställda uppgifter om vilken vård och omsorg de omhändertagna behöver och i vilken omfattning de får denna vård och omsorg. Det gör att det är svårt att skatta behoven och bedöma vilka insatser som fungerar bra och vilka som fungerar mindre bra för olika grupper med skilda behov. Därmed blir det också svårt att dra slutsatser om hur vården och omsorgen i samband med ett omhändertagande ska organiseras för att fungera så bra som möjligt för dem som omhändertas. Det hindrar möjligheterna till lärande och utveckling i verksamheterna på längre sikt.

## VÅRDANALYS REKOMMENDATIONER

Det är fortfarande få av de omhändertagna som förs till och tas om hand av hälso- och sjukvården och socialtjänsten, trots att det nu är 40 år sedan lagen om omhändertagna av berusade personer började gälla. Dagens strukturer för omhändertagandet och hur det sker i praktiken har utvecklats under lång tid. Det gäller därför att ha rimliga förväntningar på hur långt en treårig satsning kan nå för att stärka det medicinska omhändertagandet och förbättra omvårdnaden om personerna. Vår uppföljning visar att det ur den omhändertagnas perspektiv är fortsatt angeläget att förbättra vården och omsorgen i samband med ett omhändertagande. Därför lämnar vi följande samlade rekommendationer till regeringen, landstingen och kommunerna i det fortsatta arbetet.

### ► *Regeringen, landstingen och kommunerna bör stärka kunskapsstödet inom området*

Vården och omsorgen i samband med omhändertagande behöver förbättras. Därför bedömer vi att regeringen behöver stärka kunskapsutvecklingen och kunskapsstödet inom området. Ett utvecklat kunskapsstöd för att bedöma akuta och fortsatta medicinska och sociala behov hos den omhändertagna är till exempel grunden för att polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna erbjuda lämpliga och ändamålsenliga insatser. Det är särskilt viktigt ur den omhändertagnas



perspektiv. Det behövs därför mer sammanställd kunskap om vilka behov de omhändertagna har och vilka insatser som fungerar bra respektive mindre bra för dem. Detta gäller både i samband med omhändertagandet och i de fortsatta insatser som ges av kommuner och landsting. Det handlar också om tillgång till ändamålsenlig statistik som gör det möjligt att följa upp gruppernas behov och utveckling över tid på nationell, regional och lokal nivå. Till exempel behövs tillgång till statistik som gör det möjligt att följa antalet personer som omhändertas, vilka insatser som ges i samband med ett omhändertagande och hur den medicinska säkerheten utvecklas.

Kommuner och landsting bör se till att ta tillvara den kunskap som har genererats inom satsningen. Till exempel behöver möjligheterna till dokumentation och uppföljning stärkas för att se om insatserna leder till förbättringar för de omhändertagna. Verksamheterna behöver också få förutsättningar att prioritera organisatoriska funktioner som förvaltar kunskapen samt driver och samordnar arbetet mellan huvudmännen och mellan olika verksamheter. Kommuner och landsting behöver även ta del av den kunskap som byggts upp hos Polisen genom satsningen, samt fortsätta dialogen med Polisen om hur kunskapen bäst kan tas tillvara.

- ▶ *Regeringen, landstingen och kommunerna bör säkerställa att kunskaper och erfarenheter från patienter och brukare tas tillvara*  
Det är viktigt att utvecklingen av kunskapsstöd baseras på de omhändertagnas egna erfarenheter, behov och förutsättningar. Att ta tillvara de omhändertagnas och deras anhörigas erfarenheter och perspektiv är ett sätt att på sikt stärka kvaliteten i omhändertagandet. Därför är det viktigt att patienter och brukare kommer till tals och deltar i att utforma styrningen och utvecklingsarbetet inom området.
- ▶ *Regeringen, landstingen och kommunerna bör överväga hur ansvaret för tillsyn vid tillnyktring kan tydliggöras*  
Huvudmännen upplever att ansvaret för omhändertagna personers tillnyktring är otydligt och svårt att enas kring i praktiken. Den uppfattade otydligheten står i vägen för utvecklingen och riskerar att få konsekvenser för dem som omhändertas. Även tidigare utredningar har pekat på behovet av att tydliggöra ansvarsfördelningen.  
Vi bedömer därför att det är viktigt att huvudmännen kommer överens om hur ansvarsfördelningen för tillnyktring ska förtydligas och fungera i praktiken. Först då kan långsiktiga förbättringar för personer

som omhändertas ske. Regeringen bör samtidigt överväga hur de från nationellt håll bäst kan stötta huvudmännen i att tydliggöra ansvaret. Det är viktigt att det nationella arbetet även fortsättningsvis utgår ifrån och anpassas till de lokala och regionala förutsättningarna.

För att kunna utforma och tydliggöra ansvaret i praktiken behövs mer kunskap om vilka behov de omhändertagna har och vilka insatser som fungerar bra respektive mindre bra för dem. Vår rekommendation om att utveckla kunskapsstödet är därför en central förutsättning för att tydliggöra ansvarsfördelningen i praktiken.











# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>29</b>
1.1	Vårdanalys uppdrag .....	29
1.2	Avgränsningar .....	30
1.3	Analytiskt ramverk och teori .....	31
1.4	Så har vi gått till väga .....	34
1.5	Definitioner och begrepp.....	36
1.6	Rapportens disposition .....	36
<b>2</b>	<b>Så organiseras omhändertagande, tillnyktring och missbruks- och beroendevård .....</b>	<b>41</b>
2.1	Från ett ordningshållande till ett mer omvårdande synsätt .....	41
2.2	Polisens uppdrag vid ett omhändertagande .....	42
2.3	Polisens och kriminalvårdens tillsynsansvar .....	44
2.4	Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för tillnyktring, vård och omsorg.....	45
2.5	Brister i samband med ett omhändertagande .....	47
2.6	De omhändertagnas egna ord om bristerna .....	49
2.7	Tidigare förslag på förbättringar .....	52
<b>3</b>	<b>Hur många och vilka personer omhändertas och vart förs de? ...</b>	<b>57</b>
3.1	Antalet omhändertaganden är oförändrat men har minskat bland unga....	58
3.2	Alkohol i majoriteten av omhändertagandena.....	59
3.3	Män i majoritet .....	59
3.4	Geografiska skillnader i antalet omhändertagna .....	60
3.5	Var tionde förs till vård men det finns geografiska skillnader .....	62



3.6	Personer som omhändertas är en bred grupp.....	63
3.7	Mer än hälften kan ha ett behov av vård.....	65
3.8	Mindre än hälften uppskattas vara utåtagerande.....	66
3.9	Var femte person omhändertas mer än en gång .....	66
<b>4</b>	<b>Förutsättningar för att ta hand om omhändertagna som förs till vården .....</b>	<b>71</b>
4.1	Vad påverkar polisens beslut om att föra omhändertagna till vård? .....	72
4.2	Vårdens förutsättningar att ta emot omhändertagna varierar .....	75
4.3	Personer som inte frivilligt stannar i vården är en utmaning .....	78
4.4	Utåtagerande personer förs sällan till vård .....	79
<b>5</b>	<b>Förutsättningar för att fånga upp personer med behov av fortsatta insatser .....</b>	<b>83</b>
5.1	Hälso- och sjukvården har varierande förutsättningar.....	84
5.2	Polisens förutsättningar för att fånga upp personer är begränsade.....	87
5.3	Socialtjänsten har bättre förutsättningar att bedöma behov men saknar ändamålsenliga rutiner .....	90
<b>6</b>	<b>Ett barnperspektiv på omhändertagande och fortsatta insatser .....</b>	<b>97</b>
6.1	Antalet unga som omhändertas har minskat.....	98
6.2	Barn och unga förs ofta hem, ibland utan att lob tillämpas .....	98
6.3	Färre än var femte omhändertagen ung förs till vård .....	99
6.4	Stora geografiska skillnader i vart unga förs .....	99
6.5	Unga förs till arrest i vissa situationer.....	100
6.6	Fortsatta insatser för barn och unga uppfattas fungera relativt väl – men brister finns.....	101
6.7	Barn till personer som omhändertas är en viktig grupp att uppmärksamma .....	102
<b>7</b>	<b>Så var satsningen utformad.....</b>	<b>109</b>
7.1	Satsningens mål är ökad medicinsk säkerhet och förbättrad omvårdnad om omhändertagna .....	109
7.2	Variationer i kriterier under satsningen.....	110
7.3	Så har medlen fördelats och använts .....	112
7.4	Arbetet i länen har organiserats på olika sätt.....	114

<b>8</b>	<b>Vilka insatser har genomförts inom satsningen? .....</b>	<b>117</b>
8.1	De flesta län tog fram kartläggningar 2014 .....	118
8.2	Överenskommelser togs fram av 15 län .....	118
8.3	Ett femtiotal insatser har påbörjats inom satsningen .....	120
<b>9</b>	<b>Faktorer som har påverkat satsningens genomförande.....</b>	<b>127</b>
9.1	Finns behov av förändring?.....	128
9.2	Är satsningens utformning ändamålsenlig? .....	129
9.3	Har parterna haft förutsättningar att genomföra satsningen? .....	131
9.4	Går satsningen att följa upp?.....	136
<b>10</b>	<b>Förutsättningar för att följa utvecklingen på lokal nivå .....</b>	<b>141</b>
10.1	Polisen för inte statistik över omhändertaganden.....	142
10.2	Vården dokumenterar sällan om en patient blivit omhändertagen .....	142
10.3	Socialtjänstens uppföljningsmöjligheter brister.....	143
10.4	Länen har inte påbörjat sitt planerade arbete med uppföljningar av insatser .....	144
10.5	Få insatser inom satsningen har riktats mot utveckling av uppföljning....	144
<b>11</b>	<b>Har satsningen lett till effekter så att fler förs till vård? .....</b>	<b>147</b>
11.1	Antalet som förs till vård är oförändrat.....	148
11.2	Färre unga omhändertas men andelen som förs till vård och arrest är relativt oförändrad.....	150
11.3	Fortsatt stor geografisk variation .....	151
11.4	Ett fåtal län har visat att fler förs till vård .....	152
<b>12</b>	<b>Har satsningen lett till andra lokala och regionala effekter?.....</b>	<b>155</b>
12.1	Satsningen har satt frågan på agendan.....	156
12.2	Kartläggningar har identifierat behov och gett stöd i fortsatt arbete .....	156
12.3	Överenskommelser och andra insatser har bidragit till stärkta förutsättningar för samarbete mellan parterna .....	157
12.4	En ökad medvetenhet och samsyn mellan parter.....	158
12.5	Utbildningsinsatser har lett till höjd kunskapsnivå men med osäker kontinuitet.....	158
12.6	Tillnyktringsenheter uppfattas kunna ge effekter på sikt .....	159
12.7	Förändrade rutiner inom polis och socialtjänst .....	159



12.8 Barnperspektivet har lyfts men med oklar effekt .....	160
12.9 Förutsättningarna för mer omfattande, långsiktiga och bestående effekter är osäkra .....	160
12.10 Faktorer som är kritiska i det fortsatta arbetet .....	162
<b>13 Slutsatser och rekommendationer.....</b>	<b>167</b>
13.1 Satsningen har satt frågan på agendan .....	167
13.2 Vården och omsorgen i samband med omhändertaganden behöver förbättras .....	171
13.3 Kunskapsstödet på området behöver utvecklas.....	173
<b>14 Referenser .....</b>	<b>179</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>185</b>
Bilaga 1 – Metod .....	185
Bilaga 2 – Intervjuade personer .....	188
Bilaga 3 – Fördjupad beskrivning av insatser i tre län .....	191
Bilaga 4 – Utbetalda, återbetalda och förbrukade medel .....	194





## Inledning

Regeringen tog 2014 initiativ till en treårig satsning i syfte att öka den medicinska säkerheten och förbättra omvårdnaden om de personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB). Målet med satsningen var ”att få till stånd en tydlig och varaktig praxisförändring så att betydligt färre personer förs till arresten jämfört med i dag. I stället ska personerna omhändertas på annat sätt så att fler kan fångas upp för fortsatta stöd- och behandlingsinsatser.” (S2014/2933/FST). Bakgrunden till satsningen var bland annat Missbruksutredningens slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk och beroende* (SOU 2011:35). Betänkandet visade att den utveckling som lagstiftaren tänkt sig inte hade skett, det vill säga en utveckling mot ett större inslag av vårdinriktade alternativ vid omhändertagandet. Majoriteten (86 procent) av de omhändertagna fördes till arrest under 2014, trots att det är närmare 40 år sedan lagen började gälla. Flera tidigare utredningar har pekat på att tillnyktring i arrest begränsar både den medicinska säkerheten och möjligheten att fånga upp de personer som behöver fortsatt stöd för att komma ur ett missbruk eller ett beroende. Personer som vid en första bedömning inte har ett akut medicinskt behov, men som trots det kan befinna sig i ett risktillstånd riskerar särskilt att inte få den tillsyn, vård och omsorg de behöver (SOU 1968:55, Ds 2011:31, SOU 2011:35).

### 1.1 VÅRDANALYS UPPDRAG

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har regeringens uppdrag att följa upp resultatet av den treåriga satsningen för förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande av berusade personer



enligt LOB (S2017/00357/FS). I vårt uppdrag ingår att ge en sammantagen bedömning av satsningens resultat och beskriva arbetssätt eller metoder som kan användas för att fortsätta sprida kunskap och utbyta erfarenheter inom området. I vårt uppdrag ingår också att besvara följande frågor:

1. Vilka är vårdgivarnas erfarenheter av att ta hand om de personer som polisen för till en vårdinrättning?
2. Vilka är förutsättningar för att fånga upp personer med behov av fortsatta stöd- eller vårdinsatser med särskild analys av arbetet med barn och unga?
3. Vilka insatser har genomförts i de landsting och kommuner som har ingått överenskommelser?
4. I vilken mån har de berörda aktörerna skapat förutsättningar för att fortsätta följa utvecklingen på lokal nivå?
5. Har det skett en förändring i antalet personer som förs till arrest respektive tillnyktringsenhet eller annan vårdinrättning, med särskild analys av antalet barn och unga?
6. Har polisen, landsting och kommuner utvecklat ett fungerande samarbete genom lokala överenskommelser?

Förutom dessa frågor har vi lagt till ytterligare två frågor för att bättre kunna svara mot uppdraget. Dessa är:

7. Hur många och vilka personer omhändertas enligt LOB?
8. Vilka är polisens förutsättningar att föra omhändertagna till vård?

## 1.2 AVGRÄNSNINGAR

Uppdragets formulering innebär att vi fokuserar på vård- och omsorgs- aspekter av ett omhändertagande i vår utvärdering. Vi analyserar inte LOB eller annan lagstiftning ur ett juridiskt perspektiv. Vi studerar framför allt praktiska förutsättningar hos polis, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vi utgår från att verksamheternas förutsättningar bland annat beror på tillämpningen av lag, men också på andra faktorer. En annan avgränsning är att vi inte ger goda exempel på arbetssätt och metoder som kan användas för kunskapsspridning och lärande. Det beror på att det saknas resultatrapporteringar av de insatser som gjorts inom länen, vilket innebär att vi saknar kunskap om vilka insatser som kan bidra till förbättringar för de personer som omhändertas.



### 1.3 ANALYTISKT RAMVERK OCH TEORI

I utvärderingen har vi utgått från ett analytiskt ramverk som baseras på en programteoretisk ansats. Det innebär att vi schematiskt beskriver hur satsningen är tänkt att fungera och vilka samband som finns mellan utgångsläge, resurser, insatser, effekter och mål (Vedung 2009, Lindgren 2006). Vi utgår från att olika faktorer påverkar möjligheterna att uppfylla målen under hela kedjan (ESV 2016, Lundqvist 1987, McLaughlin och Jordan 1999, Sannerstedt 2001). Vi har kompletterat ramverket med en aktörsfokuserad ansats. Med aktörer menar vi dem som involverats eller som berörs av satsningen, såsom företrädare för Polisen, kommuner och landsting samt personer som omhändertas. Nedan sammanfattar vi våra utgångspunkter. Sist i detta avsnitt beskriver vi hur vi använt ramverket och den aktörsfokuserade ansatsen i vår rapport.

#### 1.3.1 En aktörsfokuserad ansats

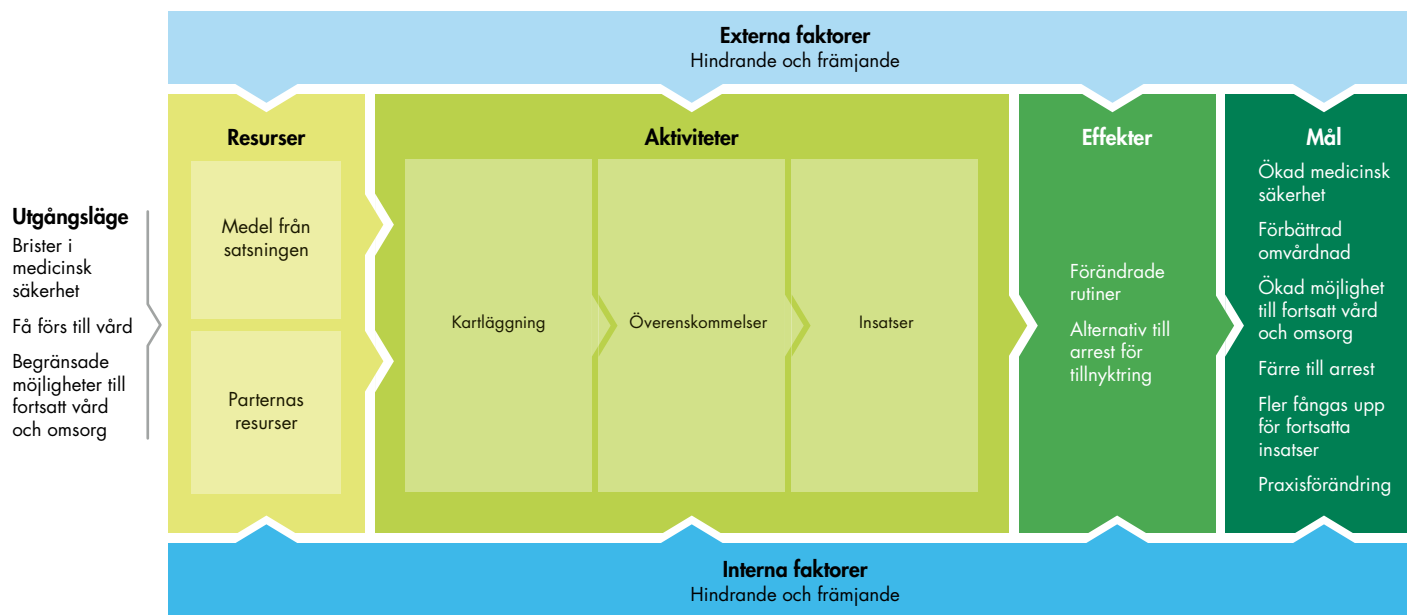
Vi har valt att komplettera ramverket med en aktörsfokuserad ansats. Det gör vi eftersom det analytiska ramverket utgår från enklare samband för hur satsningen *är tänkt* att fungera. Men de verksamheter som satsningen är riktad mot präglas av flera inblandade aktörer och komplexa faktorer som påverkar möjligheterna att genomföra satsningen. Det innebär också att det kan vara svårt att belägga samband mellan en insats och en effekt (Forss 2007). En aktörsfokuserad ansats innebär att vi har lagt stor vikt vid att beskriva förutsättningar ur aktörernas perspektiv. Vi utgår också från att aktörerna kan ha olika perspektiv och förutsättningar och att det är viktigt att synliggöra eventuella skillnader. Det kan göra det lättare att förstå vilka möjligheter satsningen har att uppnå effekter i praktiken. På så sätt identifierar vi också faktorer som påverkar satsningens genomförande och förutsättningar att uppnå effekter och mål (Eriksson-Zetterquist 2009, Sandberg och Faugert 2007).

#### 1.3.2 Ramverket utgör en röd tråd genom hela rapporten

Vi utgår från ramverket och den aktörsfokuserade ansatsen i rapportdispositionen, i bedömningen och i analysen av satsningen. Nedan framgår var i rapporten som vi beskriver ramverkets olika delar.



**Figur 1.** Analytiskt ramverk för utvärderingen.



**Utgångsläget** är de utmaningar som låg till grund för satsningen.

**Resurser** är dels de resurser som satsningen tillförde, dels huvudmännens egna resurser.

**Aktiviteterna** är de *insatser* som genomförts inom ramarna för satsningen.

**Effekter** är förändringar som blir följden av insatserna som genomförts.

**Mål** är de mål som beskrivs i regeringens satsning.

**Interna och externa faktorer** är de faktorer som främjar eller hindrar möjligheterna att genomföra satsningen och uppnå målen.

Källa: Vedung 2009, Lindgren 2006, ESV 2016, Vårdanalys bearbetning.

### *Utgångsläget för satsningen*

Kapitel 2 beskriver det utgångsläge och de brister som låg till grund för regeringens satsning. Vi identifierar också utgångsläge och utmaningar utifrån de olika aktörernas perspektiv i kapitel 3 till 6.

### *Resurser*

De resurser som tillförs för att genomföra olika aktiviteter och insatser, är dels de avsatta nationella resurserna, dels de lokalt avsatta resurserna i form av pengar, personal, tid och lokaler. I kapitel 7 och 9 beskriver vi hur nationella medel utbetalats och hur lokala och regionala resurser har påverkat förutsättningarna för att genomföra insatser och uppnå effekter.

### *Aktiviteter och insatser*

Aktiviteter är de insatser som genomförts inom ramarna för satsningen: kartläggningar, överenskommelser och efterföljande insatser. Vi beskriver de insatser som planerats, påbörjats och genomförts i kapitel 8.

### *Interna och externa faktorer som påverkar genomförandet av satsningen*

I kapitel 9 identifierar vi interna och externa faktorer som har främjat eller hindrat satsningens implementering, det vill säga genomförande och förutsättningar att uppnå effekter. Vi utgår från faktorer som enligt forskning kan påverka möjligheter till implementering. En faktor som kan främja implementering är att aktörerna är *engagerade och upplever att det finns ett behov av förändring*. *Styrningens utformning* kan också påverka genomförandet. Det är till exempel viktigt att parterna förstår vad som ska genomföras. Vi utgår från att aktörernas förutsättningar i hög grad påverkar genomförandet. Förutsättningar kan till exempel vara resurser och organisatoriska strukturer men även incitament och juridiska förutsättningar. En annan faktor som kan främja implementering är att det går att *följa upp* implementeringen (Lundqvist 1987, McLaughlin och Jordan 1999, Sannerstedt 2001, Socialstyrelsen 2017b).

### *Effekter av satsningen*

Med effekter menar vi de förändringar som uppstår till följd av de insatser som genomförts. Effekterna kan se olika ut för olika målgrupper, och kan också uppkomma på olika lång sikt. Satsningen är direkt riktad till Polisen, landsting och kommuner men den slutliga målgruppen för satsningen är de personer som omhändertas. De effekter som kan förväntas uppstå på kort



sikt berör därför polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten och deras verksamheter. Exempel på en effekt kan vara att en ny rutin har etablerats, eller att kunskapsnivån har ökat. Vi beskriver eventuella effekter i kapitel 11 och 12.

### *Satsningens målpuppfyllelse*

Syftet med satsningen var att öka den medicinska säkerheten och förbättra omvårdnaden om de personer som omhändertas. Målen var också ”att få till stånd en tydlig och varaktig praxisförändring så att betydligt färre personer förs till arresten jämfört med i dag. I stället ska personerna omhändertas på annat sätt så att fler kan fångas upp för fortsatta stöd- och behandlingsinsatser” (S2014/2933/FST). Målen är utformade på övergripande nivå, vilket innebär att det är svårt att urskilja vad som är en avsedd effekt och vad som är mål. Att fler av de omhändertagna förs till vård kan vara ett mål i sig, men det kan också vara ett medel eller en avsedd effekt som i sin tur förväntas leda till att satsningens övergripande syfte uppnås. I kapitel 11 till 13 studerar vi eventuella effekter och om målen med satsningen uppfyllts eller kan förväntas uppnås på längre sikt.

## **1.4 SÅ HAR VI GÅTT TILL VÄGA**

För att besvara frågorna i vårt uppdrag har vi använt både kvalitativ och kvantitativ metod. Vi har kartlagt och analyserat dokument, genomfört intervjuer och analyserat statistik. Vi har lagt stor vikt vid den kvalitativa intervjustudien, eftersom det till stora delar saknas tillgång till kvantitativ data för att analysera satsningens resultat. Valet av kvalitativ metod baseras också på karaktären på de frågor vi ska besvara, och vår aktörsfokuserade ansats.

Under våren och hösten 2017 intervjuade vi 66 personer inom kommuner, landsting, Polisen, Kriminalvården och brukarorganisationer. Vi har intervjuat företrädare för samtliga län, oavsett om de deltagit i satsningen eller inte. Fördjupade intervjuer har gjorts i ett urval av fem landsting och fem kommuner, samt nio lokalpolisområden. Inom dessa har såväl högre chefer och tjänstemän som verksamhetsnära chefer och professioner intervjuats. Vi har även intervjuat fem brukarrepresentanter som har egen erfarenhet av att omhändertas enligt LOB. I rapportens bilaga 1 beskriver vi närmare hur vi gått till väga, och i bilaga 2 listar vi samtliga personer vi intervjuat.

Vi har också gjort en dokumentanalys genom att samla in, kartlägga och analysera kartläggningar, återrapporteringar och överenskommelser från samtliga län som ingått i satsningen. Uppgifterna i kartläggningarna kommer framför allt från manuella sammanställningar av polisens så kallade LOB protokoll, som innehåller uppgifter om den omhändertagna. Kartläggningarna utformas på olika sätt, och har undersökt olika målgrupper, områden och tidsperioder som definierats och avgränsats på olika sätt. Det innebär att kartläggningarna i liten utsträckning är jämförbara med varandra.

### 1.4.1 Flera begränsningar i statistiken

Vi har också sammanställt, bearbetat och analyserat statistik om omhändertaganden. Statistiken som presenteras kommer dels från Transportstyrelsen, dels från länens kartläggningar av omhändertagna. Det finns ett visst bortfall i Transportstyrelsens statistik. Bortfallet är dock relativt litet (se bilaga 1). Det finns en del andra begränsningar i Transportstyrelsens statistik. Det handlar bland annat om följande:

1. När denna uppföljning gjordes fanns endast statistik fram till och med oktober 2016. Vi utgår därför primärt från uppgifter från 2015, som är det senaste året med helårsstatistik.
2. Statistiken täcker endast antalet *omhändertaganden* och inte antalet *enskilda personer* som omhändertagits. Det innebär också att det saknas uppgifter om hur många gånger en person har omhändertagits.
3. Av statistiken framgår *antal överlämnade till vård*. Men statistiken beskriver inte vilken *typ av vård* de har fått, om de har fått en *medicinsk bedömning* eller vilken *typ av vårdinrättning* de har förts till.
4. Det finns bara uppgifter om antalet omhändertaganden per *län* till och med 2014. Från 2015 och framåt redovisas och sammanställs uppgifterna per *polisregion*. Polisregionerna består i de flesta fall av flera län. Det innebär att vi har begränsade möjligheter att jämföra olika delar av landet över tid. En jämförelse mellan polisregioner ger en mer begränsad bild av de regionala och lokala skillnaderna. Därför använder vi oss av uppgifter för både län och polisregioner när vi undersöker geografiska skillnader i antalet omhändertaganden. Vi har grupperat län efter vilken polisregion de tillhör i dag för att kunna göra jämförelser mellan polisregioner 2015 med uppgifter från åren före 2015 i antalet omhändertaganden.



## 1.5 DEFINITIONER OCH BEGREPP

Vi använder begreppen *samverkan* och *samarbete* synonymt i betydelsen ”övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte” (Socialstyrelsen 2011). Om inget annat anges använder vi begreppet *omhändertagen* för *omhändertagen enligt LOB*. Vi kallar regeringssatsningen för *satsningen*.

### Geografiska och organisatoriska begrepp

**Län:** Begreppet *län* och *länsnivå* avser både det geografiska området och den regionala nivå där samverkan skett mellan Polis, kommuner och landsting. *Länsföreträdare* är de företrädare som haft en samordnande och projektledande roll inom länen. De är i regel anställda av kommuner eller landsting.

**Landsting:** Vi använder begreppet *landsting*, och avser både det geografiska området och organisationen. Landstinget är huvudmän för hälso- och sjukvården. Vi använder begreppet *landsting* även för de *landsting* som är regioner.

**Kommuner:** Vi använder begreppet *kommuner*, och avser både det geografiska området och organisationen. Kommuner är huvudmän för socialtjänsten.

**Polisen:** Med begreppet *Polisen* menar vi Polismyndigheten som organisation. Begreppet *polisen* avser funktioner inom Polisen. Med begreppen *polis* och *poliser* avser vi enskilda poliser. Polismyndigheten består av cirka 90 lokalpolisområden, 30 polisområden och 7 polisregioner. Ett *polisområde* omfattar i de flesta fall ett län och ett *lokalpolisområde* är de mindre områden som ett polisområde är indelat i.

## 1.6 RAPPORTENS DISPOSITION

Rapporten är indelad i 13 kapitel. I kapitel 2 ger vi en bakgrund till uppdraget genom en kort historisk tillbakablick och en beskrivning av hur omhändertagande, tillnyktring och missbruks- och beroendevård organiseras och regleras. Vi beskriver också de brister i omhändertagande som tidigare identifierats och några förslag på förändringar som tidigare framförts. I kapitel 3 redovisar vi hur många som omhändertas, hur många som fördes till vård innan satsningen genomfördes samt vilka grupper av personer det är som omhändertas. I kapitel 4 och framåt besvarar vi uppdragets frågor. I kapitel 4 beskriver vi polisens förutsättningar att föra personer till vård, samt vårdens förutsättningar att ta emot de personer som polisen för till dem. I kapitel 5 studerar vi polisens, hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens förutsättningar att fånga upp personer med behov av fortsatta insatser. Vi beskriver omhändertagande och fortsatta insatser ur ett barnperspektiv

i kapitel 6. I kapitel 7 till 12 fokuserar vi på satsningen. Kapitel 7 beskriver satsningens utformning och kapitel 8 de insatser som påbörjats och genomförts. Vi beskriver faktorer som påverkar satsningens genomförande i kapitel 9. I kapitel 10 belyser vi lokala uppföljningsmöjligheter. Kapitel 11 redogör för om satsningen bidragit till effekter så att fler förs till vård, och kapitel 12 för om andra lokala och regionala effekter har uppnåtts. I kapitel 13 sammanfattar vi våra slutsatser och vår bedömning av satsningen. Vi lämnar också rekommendationer till regeringen samt till landsting och kommuner.











## Så organiseras omhändertagande, tillnyktring och missbruks- och beroendevård

Vi inleder kapitlet med att beskriva hur synen på omhändertagande av berusade personer har förändrats över tid. Därefter beskriver vi hur omhändertagande, tillnyktring och fortsatta stöd- och behandlingsinsatser inom missbruks- och beroendevård organiseras och regleras. Vi beskriver därefter några av de brister i omhändertagandet och tillnyktringen som tidigare utredningar har konstaterat. Vi återger också beskrivningar av brister med omhändertagnas egna ord. Slutligen beskriver vi ett antal tidigare förslag för att förbättra vården och omsorgen i samband med ett omhändertagande. Kapitlet baseras på lagstiftning, förarbeten och intervjuer med företrädare för Polisen, Kriminalvården, socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt personer med egen erfarenhet av att omhändertas.

### 2.1 FRÅN ETT ORDNINGSHÅLLANDE TILL ETT MER OMVÅRDANDE SYNSÄTT

Synen på hur berusade personer bör tas om hand har förändrats under de senaste hundra åren, från ett ordningshållande perspektiv till att personens behov av vård vägts in (Ds 2001:31, Thunholm 2011). Före 1977 var fylleri straffbelagt. En person som påträffades berusad på offentlig plats kunde därför omhändertas och placeras i häkte. Utvecklingen mot ett mer vårdinriktat synsätt började genom Fylleristrafutredningen år 1963. I betänkandet *Bot eller böter* (SOU 1968:55) föreslogs att fylleristrafvet skulle



avskaffas och att en ny lag skulle införas om omhändertagande av berusade personer. Utredningen föreslog att berusade personer skulle kunna föras till särskilda vårdinrättningar eller tillnyktringsenheter i stället för att placeras i arrest. På så sätt skulle omhändertagandet vara en del i en vårdkedja som också skulle kunna fånga upp personer med missbruk, menade utredningen.

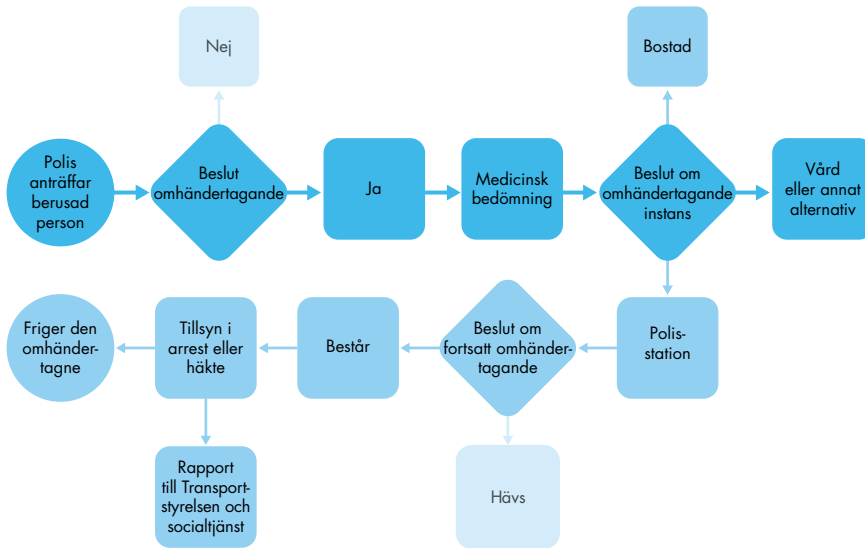
Men endast vissa av Fylleristrafutredningens förslag togs vidare i det fortsatta lagstiftningsarbetet. Utredningens förslag om vård för samtliga personer som var akut berusade togs till exempel inte vidare. Propositionen *Om ändring i Brottsbalken m.m.* (prop. 1975/76:113) föreslog att fylleri skulle avkriminaliseras. Propositionen föreslog också att en ny lag om omhändertagande av berusade personer skulle inrättas. Den nya lagen skulle fortsätta utvecklingen mot adekvata vårdformer för akut berusade personer, men förslagen var delvis andra än Fylleristrafutredningens förslag. I propositionen framhölls att det vid omhändertagandet främst skulle fästas vikt vid *berusningstillståndet och vårdbehovet* när beslut om omhändertagande fattas, snarare än om personen uppträtt *ordningsstörande*. Utöver förslaget att inrätta LOB, föreslogs även att de arrestlokaler som användes för att omhänderta berusade personer i viss mån skulle rustas upp. I propositionen förordades också försöksverksamheter, bland annat med vårdpersonal som skulle se till de omhändertagna i arresten. Lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB) började gälla 1977. Samtidigt avkriminaliserades fylleri.

## 2.2 POLISENS UPPDRAG VID ETT OMHÄNDERTAGANDE

Ett av Polisens kärnuppdrag är att förebygga, förhindra och upptäcka brottslig verksamhet samt upprätthålla allmän ordning och säkerhet (1–2 §§ polislagen). I uppdraget ingår också att omhänderta berusade personer enligt LOB. Bestämmelserna ger den enskilde polisen ett visst handlingsutrymme att göra bedömningar och fatta beslut. Det innebär att även andra faktorer kan påverka hur omhändertagandet utförs i praktiken. Vi beskriver här Polisens uppdrag vid ett omhändertagande enligt lagstiftning och andra bestämmelser (figur 2).

Enligt LOB får Polisen omhänderta en person som är så berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel att hen inte kan ta hand om sig själv eller annars är en fara för sig själv eller för någon annan (1 § LOB). Ordningstvakter har också rätt att omhänderta en person enligt LOB. Om en ordningstvakt har omhändertagit någon ska den omhändertagne så snart

**Figur 2.** Huvudsakliga steg i Polisens process vid omhändertagande enligt LOB.



som möjligt överlämnas till polis (10 § LOB). Polisen får inte omhänderta någon enligt LOB om personen är i sin egen bostad eller i någon annans bostad (1 § LOB).

### 2.2.1 Polisen ska bedöma om den omhändertagne behöver vård

Polisen ska bedöma om den omhändertagne på grund av en skada eller av någon annan orsak behöver omedelbar läkarvård (3 kap. 1 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1, 3 § LOB). I vissa fall ska den omhändertagna alltid undersökas av läkare (3 kap. 2 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1). Detta gäller om

- 1 hens tillstånd kan misstänkas vara förorsakat av sjukdom
- 2 hen har en inte obetydlig kroppsskada eller kan befaras ha fått inre skador eller skallskador
- 3 berusningen medför eller närmar sig medvetslöshet, påverkar andningen eller medför motorisk oro, rastlöshet eller svettning eller är förenad med anmärkningsvärda eller svårförståeliga psykiska symptom.



### **2.2.2 Den omhändertagna ska om möjligt få vård**

Den omhändertagna ska om möjligt få vård inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, till exempel vid en tillnyktringsenhet (4 kap. 1 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1). Polisen bör ha kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten och därigenom hålla sig informerad om möjligheterna att överlämna en berusad person till vård, särskilt om hen är yngre än 15 år (allmänt råd till 4 kap. 1 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1). Polisen ska så skyndsamt som möjligt anmäla åtgärden till sin förman, i allmänhet det inre polisbefälet. Förmannen ska omedelbart pröva om åtgärden skall bestå, så kallad förmansprövning (5 § LOB). Vid behov kan förmansprövning på distans göras. Förmansprövning på distans innebär att förmannen efter föredragning per telefon kan fatta beslut om att ett omhändertagande enligt LOB skall bestå (RPSFS 2000:22). Polisen får hålla kvar en omhändertagen person som inte får vård, inte kan tas om hand på något annat sätt och som inte heller kan frigges. Den omhändertagna kan då tas i förvar hos polisen, det vill säga i polisarrest. Omhändertagna kan också tas i förvar inom Kriminalvården. Den som är omhändertagen ska löpande ses till av arrestant- eller häktesvakter (4 § LOB). Den som är kraftigt berusad ska ses till med högst 15 minuters mellanrum (5 kap. 1 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1). Om det behövs ska hen föras till sjukhus eller så ska läkare tillkallas så snart som möjligt (6 § LOB).

### **2.2.3 Polisen ska ge råd och stöd om det behövs och är lämpligt**

Den omhändertagna ska så snart det är möjligt få veta varför hen har blivit omhändertagen, och ska också frigges så snart det kan ske och när det inte längre finns anledning för omhändertagandet. Men den omhändertagna ska aldrig hållas kvar längre än åtta timmar efter omhändertagandet om det inte är av egenintresse för den omhändertagna att stanna ytterligare en kort tid (7 § LOB). Om den omhändertagna behöver hjälp eller stöd från samhällets sida ska Polisen ge råd och upplysningar innan omhändertagandet upphör (7 § LOB). Om det är lämpligt ska Polisen även samråda med till exempel vården eller socialtjänsten (7 § LOB). Polisen bör också enligt ett allmänt råd skicka protokollet till socialnämnden i den omhändertagnas hemort (allmänt råd till 6 kap. 2 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1).

## **2.3 POLISENS OCH KRIMINALVÅRDENS TILLSYNSANSVAR**

Om en omhändertagen person inte kan få vård, inte kan tas om hand på något annat sätt och inte heller kan frigges kan den omhändertagna tas i förvar i

polisarrest eller inom Kriminalvården. Polisen har tillsynsansvaret om den omhändertagne förvaras i polisarrest, och Kriminalvården om hen förvaras i häkte (4 § LOB).

Polisen har ansvar för arrestverksamheter på ett 130-tal platser i landet. Arrestantvakter sköter den löpande tillsynen av de omhändertagna i arresterna. Arrestantvakterna kan vara civilanställd personal, väktare från ett inhyrt vaktbolag och på vissa håll rings arrestantvakter in vid behov, visar våra intervjuer. Arrestantvakternas utbildning varierar från några veckor till några timmar, och inkluderar sällan sjukvårdande insatser. Polisens arrester saknar i allmänhet direkt tillgång till personal med utbildning i hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal i anslutning till arrest, eller mer avancerad medicinsk utrustning för att till exempel övervaka hälsotillstånd, visar vår studie.

Kriminalvården är en myndighet med ansvar för häkten, fängelser och frivård. Kriminalvården bedriver också arrestverksamhet utifrån överenskommelser med Polisen på fem platser i landet. Tre arrester bedrivs i polisens lokaler och två på Kriminalvårdens häkten. Fyra arrestverksamheter har platser för omhändertagna enligt LOB. Kriminalvården hade i oktober 2017 platser för omhändertagna på Kronobergshäktet, häktet i Uppsala, Karlstad och Halmstad. Kronobergshäktet är störst med ett 20-tal platser för omhändertagna. Till skillnad från Polisen har Kriminalvården i regel egenanställd personal som sköter tillsynen i häktet. Kriminalvårdarna har också längre utbildning, cirka 20 veckors utbildning som omfattar bland annat akut sjukvårdsutbildning, hjärt- och lungräddning och läkemedels-hantering, och de har därutöver återkommande praktik. Kriminalvården har vanligtvis tillgång till sjukvårdspersonal i anslutning till häktet. Till exempel har Kronobergshäktet egenanställda sjuksköterskor och inhyrda läkare vissa tider i veckan.

## **2.4 KOMMUNER OCH LANDSTING HAR ETT GEMENSAMT ANSVAR FÖR TILLYKTRING, VÅRD OCH OMSORG**

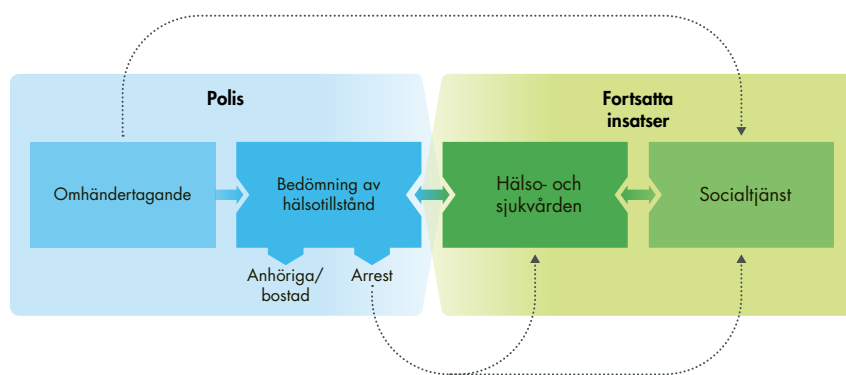
Ansvar för vård och omsorg av personer med missbruk och beroende delas av kommuner och landsting. Kommuner och landsting har också ett gemensamt ansvar för tillnyktringsverksamhet (8 kap. 1 § och 16 kap. 3 § HSL samt 2 kap. 1 §, 3 kap. 7 § och 5 kap. 9–9 a §§ SoL). I SoL och HSL är inte ansvaret för tillnyktringsverksamhet närmare reglerat. Det finns inte heller någon enhetlig definition av vad tillnyktringsverksamhet är. Enligt Missbruksutredningen är tillnyktringsverksamheter i regel en plats där



alkohol- och drogpåverkade personer under en kortare tid kan nyktra till. Tillnyktringsverksamhet kan också vara en ingång i en vårdprocess, för de personer som behöver till exempel abstinensvård och fortsatt behandling av ett missbruk och beroende, menar utredningen (SOU 2011:35).

I figur 3 sammanfattar vi schematiskt hur omhändertagande, tillnyktring och fortsatta stöd- och behandlingsinsatser vid ett missbruk och beroende hänger samman.

**Figur 3.** Sammanfattning av kedjan från ett omhändertagande till tillnyktring och till fortsatta insatser.



Landstingens hälso- och sjukvård ansvarar för åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, vilket omfattar medicinsk behandling av sjukdomstillstånd orsakade av missbruk (2 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvård behandlar allt oftare missbruk och beroende, bland annat som en följd av att allt fler beroendetillstånd går att behandla med läkemedel (SOU 2011:35).

Kommunen ansvarar för socialtjänsten som har i uppgift bland annat att förebygga och motverka missbruk, erbjuda den enskilde den hjälp och det stöd hen behöver för att komma ifrån missbruket och bistå med sociala insatser som boende, sysselsättning och ekonomisk stöd (3 kap. 7 §, 5 kap. 9 § och 4 kap 1 § SoL).

## 2.4.1 Tillnyktringsverksamhet utformas på olika sätt

Det kommunala självstyret och lagstiftningen ger kommuner och landsting möjligheter att i stora delar själva bestämma över hur de ska utforma både missbruks- och beroendevård samt tillnyktringsverksamhet. Det innebär



att verksamheterna utformas, finansieras och organiseras på olika sätt över landet. I praktiken råder det ofta oklarhet om vilken huvudman som har eller bör ha ansvaret för att erbjuda tillnyktringsverksamhet, menar Missbruksutredningen (SOU 2011:35).

Tillnyktringsverksamhet drivs i de flesta fall av landstinget men finansieras ofta av både landsting och kommuner. Det förekommer också att landsting respektive kommun både driver och finansierar verksamheten. Tillnyktringsverksamhet drivs också i vissa fall av ideella organisationer (Ds 2001:31). Exempelvis har Västra Götaland tillnyktringsverksamhet som bedrivs av ideella organisationer och Gotland har ett härbärge som tar emot personer för tillnyktring, visar vår uppföljning. Det innebär att tillgången till medicinska insatser varierar, liksom tillgången till medicinskt utbildad personal, medicinteknisk utrustning och anpassade lokaler.

Enligt vår studie bedrivs tillnyktringsverksamheter i flera landsting inom ramen för någon annan verksamhet, till exempel akutsjukvård, primärvård eller beroendevård. Det är ofta akutmottagningar som finns tillgängliga de tider på dygnet då en stor del av omhändertagandena sker, sena kvällar och nätter, eftersom andra vårdmottagningar då i regel är stängda. Tillnyktring kan också ske på vårdavdelningar, till exempel på en avdelning för abstinensvård eller genom så kallade flexibla vårdplatser. Flexibla vårdplatser innebär att vårdplatserna kan användas till patienter som behöver tillnyktring, men även till andra patientgrupper, exempelvis patienter inom psykiatri.

I vissa län organiseras tillnyktringsverksamhet som särskilda tillnyktringsenheter (TNE). Enligt en nationell kartläggning från Polisen hade sex län en TNE våren 2017, med sammanlagt cirka 100 vårdplatser. De län som hade en TNE var Jämtland, Stockholm, Västerbotten, Västra Götaland, Örebro och Östergötland.

## 2.5 BRISTER I SAMBAND MED ETT OMHÄNDERTAGANDE

Brister i den medicinska säkerheten, vården och omsorgen i samband med ett omhändertagande enligt LOB har konstaterats under en längre tid. Redan betänkandet *Bot eller böter* (SOU 1968:55) påtalade att Polisens arrester inte är lämpliga för omvårdnad. Andra brister som lyftes var polisens möjligheter att bedöma de omhändertagnas hälsotillstånd, bland annat för att poliser inte är utbildade för detta. Enligt betänkandet minskade också möjligheterna att erbjuda fortsatt vård och omsorg i samband med ett omhändertagande när de omhändertagna fördes till arrest (SOU 1968:55). Betänkandet beskriver



också att placeringen av de omhändertagna i arresten var inhuman. Liknande brister konstaterades också i *Omhändertagande av berusade personer enligt LOB* (Ds 2001:31). Utredningen beskriver att vissa arrestlokaler enbart var utrustade med en madrass på golvet och att det saknades möjlighet för den omhändertagna att få mat, tvätta kläder eller duscha.

Missbruksutredningen slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskapen och ansvaret* (SOU 2011:35) konstaterar att en majoritet av de omhändertagna fortfarande fördes till arrest 2011. Omkring 9 procent av dem som omhändertogs fördes till sjukvården, och en majoritet, 87 procent, placerades i polisarrest (SOU 2011:35). Utredningen konstaterar, liksom tidigare utredningar, att placeringen av omhändertagna i arrest är omgärdad av brister som kan drabba den omhändertagna personen. Till exempel är det ofta svårt att tillgodose behovet av medicinsk bedömning och övervakning i arresten. Möjligheterna till fortsatt behandling av missbruket eller beroendet minskar i regel också, och ur ett omvårdnadsperspektiv är arrestens lokaler inte anpassade för omvårdnad. Utredningen pekar också på brister i samordningen av fortsatta insatserna vid ett missbruk och beroende som socialtjänstens och hälso- och sjukvården ansvarar för (SOU 2011:35). Brister i samordningen kan drabba en person med missbruk och beroende och anhöriga på olika sätt.

### 2.5.1 Vår uppföljningar visar på samma brister som tidigare

Vår uppföljning visar på samma brister som tidigare statliga utredningar också påpekat – polisens möjligheter att bedöma de omhändertagnas hälsotillstånd är begränsade, bland annat för att poliser inte är utbildade för detta. Poliser och arrestantvakter vi intervjuat upplever också att de inte har försättningar för att kunna ge en medicinskt säker tillnyktring eller en god omvårdnad i arresterna. Möjligheterna att fånga upp personer för fortsatta insatser är också begränsade när en person förs till arrest (kapitel 5).

Enligt lagen ska en omhändertagen person föras till sjukhus eller så ska läkare tillkallas om det behövs (6 § LOB). Det sker också i praktiken, visar vår studie – den omhändertagne transporteras till sjukvård. Men det kan vara svårt för såväl poliser som arrestantvakterna att bedöma hälsotillståndet. Poliser och arrestantvakter i polisens arrester har inte utbildning i hälso- och sjukvård och det finns sällan tillgång till sjukvårdsutrustning för att till exempel övervaka hälsotillstånd. Polisens arrester saknar ofta direkt tillgång till personal med utbildning i hälso- och sjukvård eller hälso- och

sjukvårdspersonal i anslutning till arrest, enligt vår studie. Enligt våra intervjuer med poliser gör arrestantvakterna vanligtvis okulära bedömningar av den omhändertagne för att bedöma hälsotillståndet, ofta genom fönstret till arrestrummet. Vakterna tittar bland annat på hur den omhändertagne ligger, om hen sover, ändrar ställning eller snarkar. Snarkningen kan vara ett tecken på ett risktillstånd, påpekar arrestantvakter. Andra menar att de främst tittar efter att den omhändertagne andas.

Möjligheterna att ge en god omvårdnad är också bristfällig, menar de poliser vi intervjuat. Till exempel är arrestrummet där den omhändertagna placeras ofta utrustat med enbart en plastmadrass på golvet, vilket även andra utredningar beskrivit (Ds 2001:31).

### **2.5.2 Dödsfall i samband med omhändertaganden**

Varje år dör personer i samband med att de omhändertagits enligt LOB. Vi kan inte dra några slutsatser om hur många som avlidit eller vad dödsfallen orsakades av. Det beror bland annat på att det saknas uppgifter om personer som avlidit inom vården i samband med ett omhändertagande. De uppgifter om dödsfall som går att koppla till ett omhändertagande är Polisens uppgifter. Enligt dem har totalt 12 personer avlidit i arrest i samband med ett omhändertagande under perioden 2012 till oktober 2017. Det har skett dödsfall i arresten i samband med omhändertaganden varje år sedan 2012. År 2016 var dödsfallen fler än tidigare år. Åldersfördelningen hos de avlidna är 20 till 64 år och medelåldern är 40 år. Fler män än kvinnor omhändertas, och de flesta av de avlidna är också män. Dödsfallen har skett i samtliga av de nuvarande 7 polisregionerna utom Stockholm. Företrädare för vården menar att dödsfall även förekommer inom vården bland patienter som omhändertagits enligt LOB. De framhåller att dödsfallen inte alltid är kopplade till berusning utan kan ha andra orsaker, såsom somatiska sjukdomar.

## **2.6 DE OMHÄNDERTAGNAS EGNA ORD OM BRISTERNA**

Under hösten 2017 bad vi personer med egna erfarenheter av att omhändertas enligt LOB att beskriva sina erfarenheter. Deras beskrivningar är relativt samstämmiga och de redogör för liknande brister som de vi nämner ovan. Citaten är hämtade från dessa intervjuer.



Det borde vara standard att göra socker och puls kontroll. Diabetes och alkohol är en farlig kombination. Och Polis borde få göra utandningsprov. Jag tror ingen missbrukare skulle uppleva det kränkande att få blåsa, det är ju mindre kränkande än att omhändertas och sättas i arrest. Att få blåsa, det skulle man ju i stället uppfatta som att nån bryr sig om oss, att de visar mänsklighet och vill hjälpa oss, inte bara låsa in oss.

Det finns ju ingen vård för berusade. De som är medvetlösa hamnar ju på akuten. Men man måste vara självmordsbenägen eller psykiskt sjuk för att komma in på psyket. Om man varken är medvetlös eller självmordsbenägen utan bara berusad, då får man ju inte plats någonstans. Då för polisen en till arrest.

Jag har varit alkoholist i 33 år och omhändertagits enligt LOB 65 gånger men bara blivit kallad till socialtjänsten efter en LOB en gång. Man kan ju få indraget körkort om man lobbats, men man får ingen vård för missbruket. Socialtjänsten har inte lagt sig i om jag inte bett om hjälp.

En gång tvingades jag skriva under ett papper på att jag var berusad innan jag fick gå, fast jag inte var det. Jag kanske hade varit lite stökig och skrikig, och de visste ju vem jag var, men jag var inte full. Jag hade inte druckit en droppe då. Men de lobbade mig ändå.

XX (vårdmottagning) var bra, där fick jag nyktra till och sedan få vård på en abstinensmottagning. De har sjukvårdspersonal, de pratar om uppföljning, hur man mår, om man behöver beroendebehandling. Tillnyktringsenheten i XX (landsting) var också bra. De tar hand om både psykiska och fysiska behov. De tvättade kläder, man fick mat och sjuksystrar kollade puls.



Det är fruktansvärt att hamna i arresten. Jag har adhd så jag får panik av att vara i en cell. De tog mina glasögon så jag såg ingenting och jag var väldigt dålig. Jag hade sån panik och abstinens att jag bara låg och skakade på plastmadrassen.

Det är olika i olika arrester men man får ju oftast ligga på golvet och kräkas i en golvbrunn. I arresten i XX, där kan det vara 15 grader i cellen på vintern, men man får ingen filt ens. Man ligger och fryser. Men en del poliser är snälla. Jag har fått specialbehandling i fyllecellen ibland, en polis gav mig en riktig säng med kudde och täcke, i hemlighet, för det fick han ju egentligen inte.

Det borde finnas en ambulans som kan psykvård som kan åka runt och ta hand om berusade. De ska vara utbildade i psykiatri och vara bra på bemötande. Uniformerade poliser upplevs provocerande, och är inte alltid så smidiga. Vårdpersonal är bättre på att bemöta stökiga och rädda personer.

Kommunerna och vården måste följa upp och ta tag i de bakomliggande orsakerna. Det kanske är en social problematik som orsakar missbruket, då måste det lösas. Bostadssituationen måste fungera, är man hemlös är man chanslös att ta sig ur ett missbruk. Men också relationer och sysselsättning måste fungera. Man måste ha ett helhetsperspektiv på individen.



## 2.7 TIDIGARE FÖRSLAG PÅ FÖRBÄTTRINGAR

Det har genom åren lagts fram flera olika förslag för att åtgärda brister i omhändertagandet enligt LOB. I det här avsnittet sammanfattar vi några av de förslag som presenterats sedan mitten av 1970-talet.

Redan 1975 förordade regeringen försöksverksamheter för att stärka den medicinska säkerheten vid omhändertagandet. Dessa försöksverksamheter skulle bestå av dels tillnyktringsenheter dit de omhändertagna kunde föras i stället för till polisarrest, dels sjukvårdspersonal som skulle delta i tillsynen av de omhändertagna i arresten (prop. 1975/76:113). Försöksverksamheter med tillnyktringsenheter inleddes samtidigt som LOB trädde i kraft 1977 och pågick till 1982 på tio platser i landet. De olika försöken bedrevs på olika sätt med olika resurser och huvudmannaskap. Gemensamt var att de gav ett medicinskt och socialt omhändertagande av berusade personer. Utvärderingar visade att dessa TNE kunde erbjuda en säkrare medicinsk bedömning och en mera ändamålsenlig vård än polisarrest, samt förbättrade möjligheter till fortsatta insatser (Ds 2001:31). Samtidigt visade utvärderingar att en utbyggnad av tillnyktringsenheter över hela landet skulle medföra betydande kostnader. Regeringen föreslog därför att andra försöksmodeller skulle utvecklas, till exempel sjuk- och socialvårdspersonal i anslutning till polisarrest och modeller som ökar möjligheterna till samverkan mellan polis, sjukvårdspersonal och socialtjänst. Andra försöksverksamheter bedrevs också under 1980-talet. Exempelvis pågick en försöksverksamhet med sjukvårdsutbildad personal i anslutning till arrest. Några utvärderingar av dessa försöksverksamheter har inte gjorts så vitt vi känner till (Ds 2001:31).

*Omhändertagande av berusade personer enligt LOB* (Ds 2001:31) föreslog att polisens möjligheter att göra bedömningar av hälsotillstånd skulle stärkas genom att polisen skulle få be den omhändertagna om ett alkoholutandningsprov om det behövdes. Utredningens förslag var också att öka antalet tillnyktringsenheter för att på sikt föra över ansvaret för tillnyktringen från polisen till kommunerna. Regeringen gick inte vidare med något av dessa förslag så vitt vi känner till.

Tio år senare föreslog Missbruksutredningen (SOU 2011:35) att huvudansvaret för tillnyktringen och för att finansiera tillnyktringsverksamhet skulle ligga hos landstinget. På så sätt avsågs omvårdnaden och det medicinska omhändertagandet förbättras, och de hälsomässiga riskerna minska. Polisen skulle ansvara för själva omhändertagandet och för att transportera en omhändertagen person till vård, menade utredningen. Personer med våldsamt uppträdande föreslogs även fortsättningsvis föras till

arrest för tillnyktring, men landstinget skulle se till att det fanns tillgång till medicinsk bedömning i anslutning till arrest, föreslog utredningen.

Regeringen gick inte vidare med dessa förslag, eftersom man såg en risk för att nya gränsdragningsproblem skulle uppstå om ansvarsfördelningen renodlades. Regeringen bedömde i stället att kommuner och landsting behövde fortsätta att gemensamt ta ansvar både för missbruks- och beroendevården samt för tillnyktring (prop. 2012/13:77). Men ansvaret borde tydliggöras och förutsättningarna för samverkan mellan landsting och kommuner stärkas, framhöll regeringen. Nya bestämmelser infördes år 2013 om att landsting och kommuner måste ingå överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk och beroende (16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL).











## Hur många och vilka personer omhändertas och vart förs de?

I det här kapitlet beskriver vi hur många som omhändertagits varje år mellan 2007 och 2015. Vi beskriver också hur antalet omhändertaganden varierar över landet och mellan olika åldersgrupper och kön samt vilka substanser de omhändertagna har brukat. Vi undersöker också vilka behov av vård och omsorg de som omhändertas har.

Vi har utgått från statistik från Transportstyrelsen, intervjuer samt länens kartläggningar. Det saknas nationellt sammanställda uppgifter om omhändertagna och deras behov av vård och omsorg. Vi har därför utgått från intervjuer med poliser samt företrädare för hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att ta del av deras erfarenheter av vilka det är som omhändertas och vilka behov av vård och omsorg de har. Sammanfattningsvis kan vi konstatera följande:

- Antalet omhändertaganden har varit i stort sett oförändrat de senaste tio åren. År 2015 var antalet drygt 63 000. Antalet omhändertaganden av personer under 18 år har minskat med cirka 65 procent sedan 2007.
- Det finns stora geografiska skillnader i hur många som omhändertas. De flesta omhändertaganden sker i storstadslänen men i förhållande till befolkningsmängden sker flest omhändertaganden i andra län.
- Personer som omhändertas är en grupp med skiftande behov av vård, omsorg och tillsyn såväl under tillnyktring som i efterföljande skeden. Mer än hälften av de omhändertagna har behov av vård eller tillnyktring inom vård, mindre än hälften av de omhändertagna är utåtagerande och var femte person har omhändertagits mer än en gång, enligt kartläggningar från länen.



### 3.1 ANTALET OMHÄNDERTAGANDEN ÄR OFÖRÄNDRAT MEN HAR MINSKAT BLAND UNGA

Antalet omhändertaganden enligt LOB har i stort sett varit oförändrat mellan 2007 och 2015. I genomsnitt har antalet omhändertaganden varit cirka 64 000 per år under perioden. De flesta av de som omhändertas är vuxna, det vill säga 18 år eller äldre (figur 4).

År 2015 rapporterades cirka 63 000 omhändertaganden. Av dessa var cirka 55 300 18 år eller äldre. Det motsvarar knappt 90 procent av samtliga omhändertaganden. Personer mellan 18 och 25 år utgör den största delen av alla omhändertagna, cirka 30 procent.

Antalet omhändertaganden av personer under 18 år har minskat med cirka 2 000 omhändertaganden mellan år 2007 och år 2015, från cirka 3 000 till 1 000 omhändertaganden per år. Det motsvarar en minskning med cirka 65 procent (figur 5). Under samma period har antalet vuxna som omhändertagits ökat med cirka 10 procent.

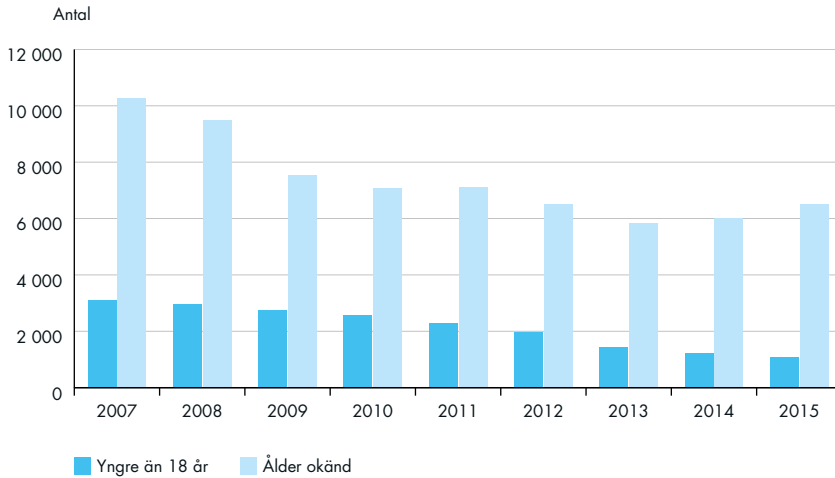
Antalet personer med okänd ålder har också minskat de senaste tio åren, från drygt 10 000 år 2007 till 6 500 år 2015 (figur 5). Att personer med okänd ålder förekommer i statistiken beror på att polisen har begränsade möjligheter och skyldigheter att vidta åtgärder för att identifiera en omhändertagen person som inte vill identifiera sig. Polisen har heller ingen tydlig skyldighet att rapportera in oidentifierade personer till Transportstyrelsen. Det innebär att polisen i varierande utsträckning rapporterar oidentifierade personer till Transportstyrelsen. Vi beskriver det närmare i bilaga 1.

**Figur 4.** Antal omhändertaganden, totalt samt 18 år eller äldre, 2007 till 2015.



Källa: Transportstyrelsen, Vårdanalys bearbetning.

**Figur 5.** Antal omhändertaganden, yngre än 18 år samt ålder okänd, 2007 till 2015.



Källa: Transportstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

### 3.2 ALKOHOL I MAJORITETEN AV OMHÄNDERTAGANDENA

De flesta som omhändertas enligt LOB är alkoholberusade – 96 procent år 2016. Eftersom narkotikabruk är olagligt kan det finnas skäl för den omhändertagna att inte uppge andra berusningsmedel än alkohol. Uppgifterna om berusningsmedel måste därför tolkas med försiktighet. Andelen omhändertagna där personen uppgav sig vara påverkad av något annat än alkohol har ökat de senaste åren, från 1 procent år 2012 till 4 procent 2016.

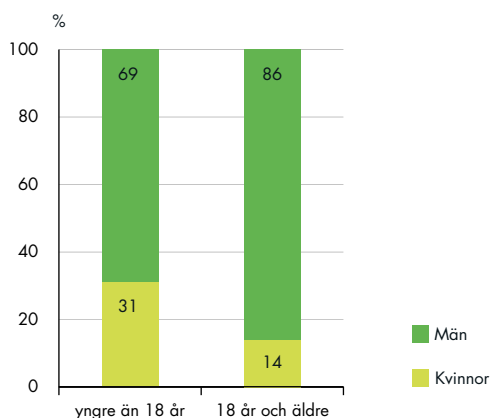
### 3.3 MÄN I MAJORITET

De flesta som omhändertas är män. Ungefär 9 av 10 personer över 18 år som omhändertas är män, och 7 av 10 personer under 18 år som omhändertas är män. Unga kvinnor omhändertas i större utsträckning än vuxna kvinnor (figur 6).



Hur många och vilka personer omhändertas och vart förs de?

**Figur 6.** Könsfördelning bland omhändertagna yngre än 18 år och 18 år och äldre, år 2015.



Källa: Transportstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

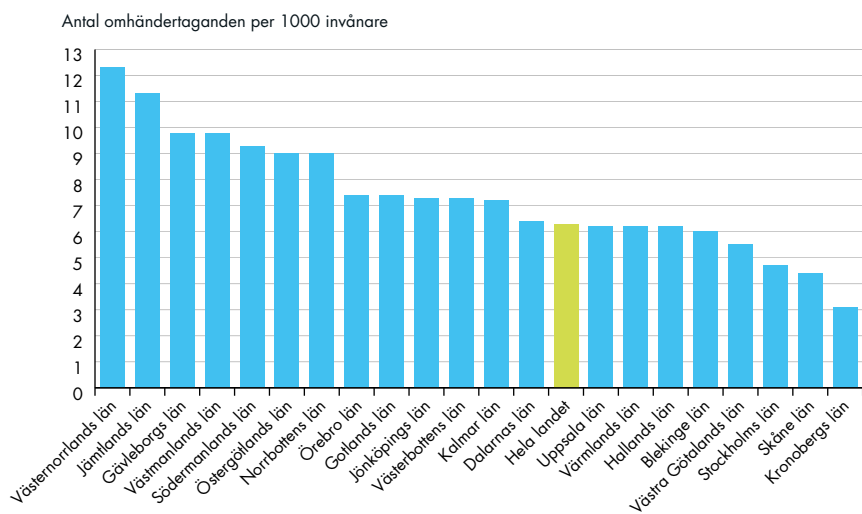
### 3.4 GEOGRAFISKA SKILLNADER I ANTALET OMHÄNDERTAGNA

Det finns geografiska skillnader i hur många som omhändertas. Vi beskriver först antalet omhändertaganden på länsnivå, för att därefter studera förändring över tid på polisregionnivå.

De flesta omhändertaganden sker i storstadslänen. Stockholms län, Västra Götalands län och Skånes län stod tillsammans för över 40 procent av det totala antalet omhändertaganden i landet år 2014. Men i förhållande till befolkningens mängd sker färre omhändertaganden i storstadslänen jämfört med i många andra län. Västernorrlands län har flest antal omhändertaganden och Kronoberg har lägst antal omhändertaganden i förhållande till befolkningen (figur 7).

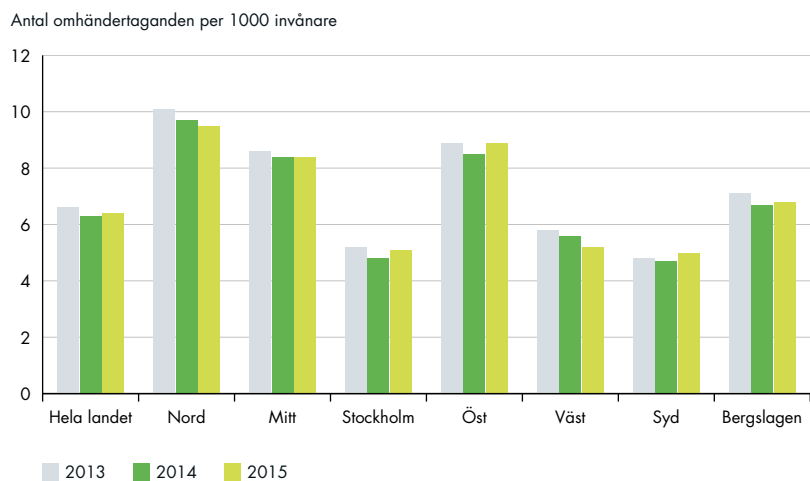
De geografiska skillnaderna i antalet omhändertaganden är tydliga även när vi utgår från polisregionerna. Vi kan också konstatera att polisregionerna Nord och Väst har haft en nedgång av antal omhändertaganden i förhållande till befolkningen mellan 2013 och 2015 medan polisregion Syd har haft en marginell uppgång. Antalet omhändertaganden per invånare i hela landet har också minskat något under perioden (figur 8).

**Figur 7.** Antal omhändertaganden per invånare, per län, 2014.



Källa: Transportstyrelsen 2017, Befolkningsuppgifter från SCB, Vårdanalys bearbetning.

**Figur 8.** Antal omhändertaganden per invånare, per polisregion, 2013 till 2015.



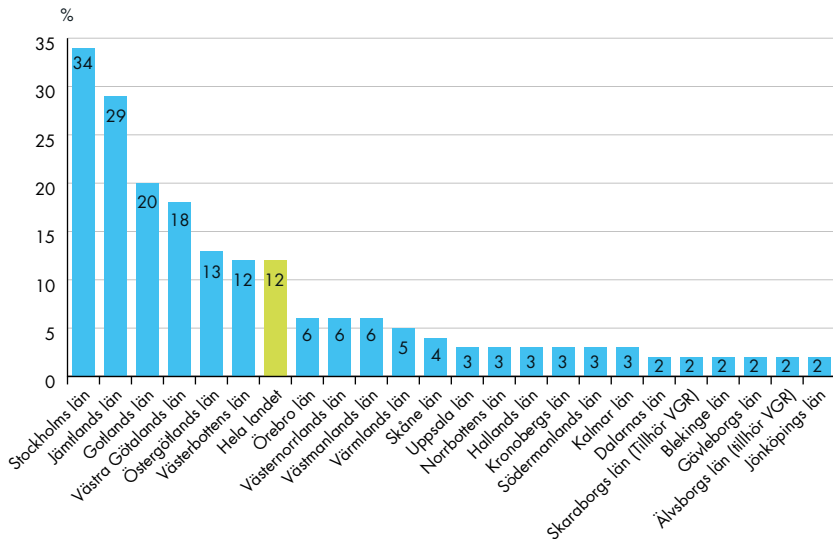
Källa: Transportstyrelsen 2017, Befolkningsuppgifter från SCB, Vårdanalys bearbetning.

### 3.5 VAR TIONDE FÖRS TILL VÅRD MEN DET FINNS GEOGRAFISKA SKILLNADER

De flesta som omhändertas placeras i arrest och var tionde förs till vård, har tidigare studier visat (SOU 2011:35). Så var utgångsläget också när satsningen inleddes visar vår sammanställning av statistik – år 2014 fördes 12 procent av samtliga omhändertagna till vård.

Det finns stora skillnader i vart personer över och under 18 år förs. Unga förs i stor utsträckning till anhöriga och i något större utsträckning till vård jämfört med vuxna. Av de omhändertagna under 18 år fördes 17 procent till vård, 23 procent till arrest och 61 procent till anhöriga år 2014. Vi tittar närmare på vart barn och unga förs i kapitel 6 och 11.

**Figur 9.** Andel omhändertaganden förda till vård av totala omhändertaganden för hela riket och per län, år 2014, andelar (procent).



Not: Antalet omhändertaganden fördelat på länsnivå saknas för 2015 och 2016.

Källa: Transportstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

Det finns också geografiska variationer i vart de omhändertagna förs. Skillnaderna gäller i synnerhet hur stor del av de omhändertagna som förs till vård. I mer än hälften av länen fördes endast 2 till 3 procent till vård (figur 9). Denna geografiska variation kan troligen förklaras av olika förutsättningar inom länen. Till exempel finns en TNE eller annan specifik



tillnyktringsverksamhet i flera av de län där omhändertagna i större utsträckning förs till vård. Men det finns också län där relativt få förs till vård trots att länet har en TNE.

### 3.6 PERSONER SOM OMHÄNDERTAS ÄR EN BRED GRUPP

Det finns en samsyn bland de företrädare för Polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten vi intervjuat: Gruppen som omhändertas enligt LOB är en bred grupp med skiftande behov av vård, omsorg och tillsyn såväl under tillnyktring som i efterföljande skeden. Gruppen omfattar både personer utan någon egentlig missbruksproblematik och personer med olika grader av riskbruk, missbruk och beroende. Personer med missbruk och beroende är i sin tur en heterogen grupp. Vissa personer med missbruk och beroende har omfattande sociala problem, medan andra har en fungerande social och ekonomisk situation. Det är också vanligt att personer med missbruk och beroende har både somatiska och psykiatriska sjukdomar (SOU 2011:35, Vårdanalys 2016).

Enligt Missbruksutredningen är det inte alla av dem som omhändertas som behöver fortsatt behandling för ett missbruk eller beroende (SOU 2011:35). Det påpekar också de vi intervjuat. Till exempel finns bland dem som omhändertas personer som framför allt är utåtagerande, enligt intervjuer med både poliser och vårdföreträdare. (Vi använder *utåtagerande* som ett samlingsbegrepp för *ordningsstörande*, *stökig*, *hotfull* eller *aggressiv*, som är de begrepp som används av poliser och vårdföreträdare för att beskriva gruppen). Dessa personer kan också ha ett behov av en medicinsk bedömning och tillnyktring under tillsyn, påpekar både poliser och vårdföreträdare.

Graden av och typen av berusning kan också variera inom gruppen. Bruket av andra substanser än alkohol har också ökat hos de omhändertagna, menar polis och vårdföreträdare. Det kan medföra nya och andra risker och behov.

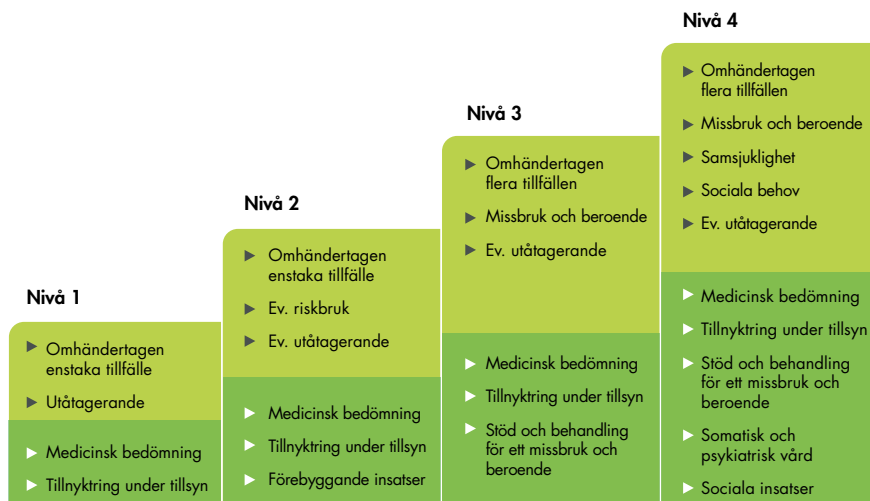
Figurerna 10 till 12 nedan är schematiska översikter av de skilda och komplexa behov som kännetecknar gruppen som omhändertas. Figurerna baseras på uppgifter från arbeten som gjorts av Stockholms läns landsting inom ramarna för satsningen samt på intervjuer med företrädare för brukare, polis, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vi vill betona att grupperna i verkligheten är mer komplexa än bilderna visar. Det saknas också uppgifter som skulle kunna ligga till grund för att uppskatta hur många omhändertagna som tillhör respektive grupp och vilka insatser



Hur många och vilka personer omhändertas och vart förs de?

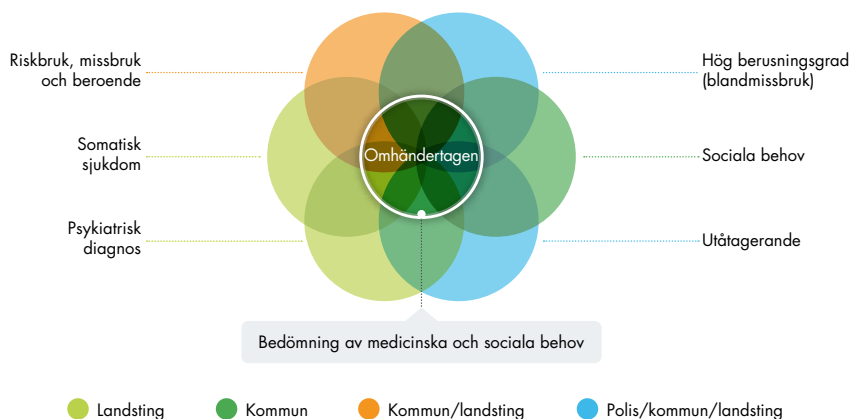
de omhändertagna behöver. De varierande behoven innebär att olika typer av insatser behövs av både polisen, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Parterna behöver därför ofta samordna sina insatser kring den omhändertagne för att svara mot behoven.

**Figur 10.** Schematisk översikt av de varierande behov som kännetecknar personer som omhändertas.

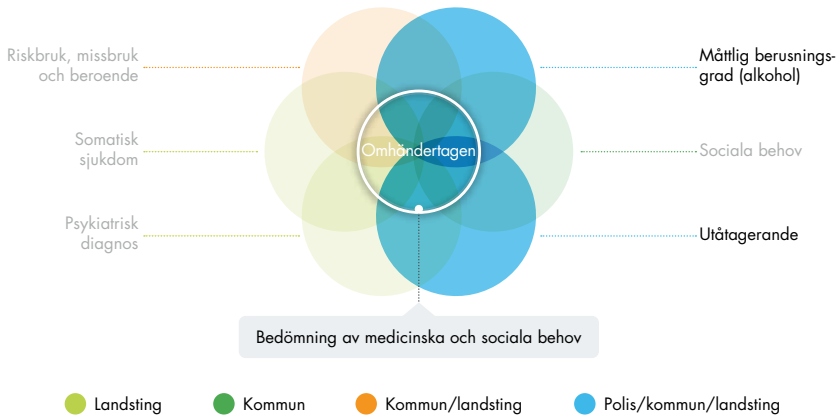


Källa: Uppgifter från Capire och SopraSteria och Stockholms läns landsting, intervjuer med företrädare för brukare, polis, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vårdanalys bearbetning.

**Figur 11.** Behov hos en utåtagerande person med hög berusningsgrad, blandmissbruk, samsjuklighet och social problematik.



**Figur 12.** Behov hos en utåtagerande person med måttlig berusning på alkohol, utan missbruksproblematik.



De varierande och komplexa behoven innebär att det är viktigt att kunna identifiera vad varje person behöver för att därefter erbjuda lämpliga insatser – både i det akuta skedet och i det fortsatta omhändertagandet.

### 3.7 MER ÄN HÄLFTEN KAN HA ETT BEHOV AV VÅRD

Mellan 40 och 80 procent av de omhändertagna behöver någon form av vård eller tillnyktring inom vård, enligt uppskattningar som fyra län gjort (tabell 1). Uppskattningarna av behov har inte gjorts av sjukvårdspersonal utan av poliser.

Att det uppskattade behovet av vård varierar kan ha flera förklaringar. En anledning kan vara att olika sätt att definiera och mäta ”vårdbehov” har legat till grund för bedömningarna. Bedömningar har också gjorts i olika geografiska områden och under olika tidsperioder. Uppgifterna är därför inte jämförbara mellan länen.



Hur många och vilka personer omhändertas och vart förs de?

**Tabell 1.** Omhändertagna som behöver vård, olika tidsperioder och definitioner av vårdbehov.

Län	Andel i behov av vård	Frågeställning	Mätperiod
Örebro län	80 %	Hur många fler skulle ni vilja köra till TNE?	2015
Uppsala län	72 %	Andel som är över 18 år och ej aggressiva och kan komma till TNE?	2014
Södermalm i Stockholms län	68 %	Är omhändertagen i behov av beroendevård eller akutmottagning?	mars till april 2017
Södertälje i Stockholms län	51 %	Är omhändertagen i behov av beroendevård eller akutmottagning?	mars till april 2017
Jönköpings län	55 %	Omhändertagna vuxna bedömda utifrån behov av placering på TNE-enhet?	1 okt 2014 till 15 nov 2015
Västmanlands län	40–45 %	Är den omhändertagna ett ärende för en tillnyktringsenhet (TNE) eller inte?	vår och höst 2014

Källa: Länens kartläggningar inom satsningen.

### 3.8 MINDRE ÄN HÄLFTEN UPPSKATTAS VARA UTÅTAGERANDE

Personer som är utåtagerande förs i mindre utsträckning till vård för medicinsk bedömning och tillsyn, visar både tidigare utredningar (Ds 2001:31), länens kartläggningar och våra intervjuer. Men bilden av hur stor del av de omhändertagna som är utåtagerande går isär. Enligt kartläggningar som sju län gjort, baserade på polisens bedömningar, uppskattades mindre än hälften av de omhändertagna vara utåtagerande. Spridningen i länens uppgifter är också stor – mellan 15 och 45 procent uppskattades vara utåtagerande. Enligt tidigare studier har mellan 15 och 20 procent av de omhändertagna uppskattats vara ”aggressiva, våldsamma eller hotfulla vid omhändertagandet” (Ds 2001:31). Poliser vi intervjuat ger också en varierande bild: i vissa lokalpolisområden uppfattar poliser att en stor andel av dem som omhändertas är utåtagerande, medan poliser i andra lokalpolisområden menar att utåtagerande personer utgör en minoritet.

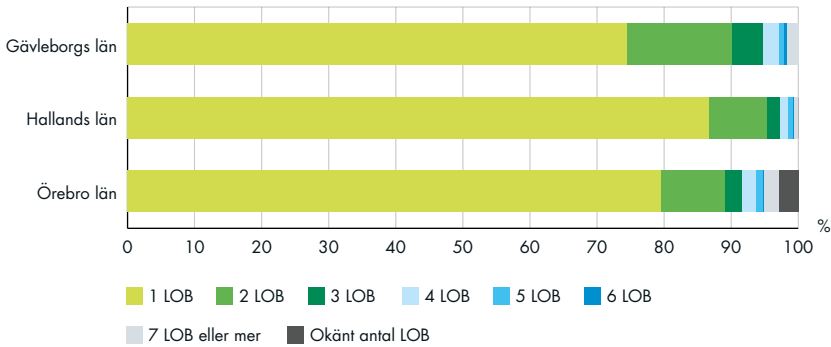
### 3.9 VAR FEMTE PERSON OMHÄNDERTAS MER ÄN EN GÅNG

Att ha blivit omhändertagen enligt LOB kan vara ett tecken på ett riskbruk, missbruk eller beroende, menar företrädare från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Återkommande omhändertaganden kan vara en signal om mer omfattande missbruks- och beroendeproblematik. Uppgifter om hur många gånger en enskild person omhändertagits kan därför vara ett sätt att uppskatta hur många av de omhändertagna som behöver fortsatt behandling

för ett riskbruk, missbruk eller beroende. Men uppgifter om antalet gånger en person omhändertagits saknas i stor utsträckning på både lokal, regional och nationell nivå.

Kartläggningar som tre län gjort inom ramarna för satsningen visar att majoriteten av dem som omhändertas hade omhändertagits en gång. Var femte person hade omhändertagits mer än en gång. En liten andel hade omhändertagits ett stort antal gånger (figur 13).

**Figur 13.** Antal omhändertaganden per omhändertagen person, Örebro-, Hallands- och Gävleborgs län, procent.



Källa: Kartläggningar utförda i Örebro, Halland och Gävleborgs län.

Not: Mätperiod för Örebro län är 2015, Hallands län är 2013 och Gävleborgs län 2013/2014.











## Förutsättningar för att ta hand om omhändertagna som förs till vården

I det här kapitlet belyser vi hälso- och sjukvårdens erfarenheter och förutsättningar för att ta hand om omhändertagna som polisen för till vård för medicinsk bedömning eller tillnyktring. Vi identifierar också orsaker till att polisen inte för omhändertagna personer till vården. Kapitlet grundar sig främst på intervjuer med företrädare för hälso- och sjukvården, polisen och personer med egna erfarenheter av att omhändertas. Sammanfattningsvis visar vår studie följande:

- Hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att ta hand om de personer som polisen för till dem varierar. Det beror bland annat på vårdens organisering samt på resurser såsom vårdplatser, tid och kompetens.
- Det finns olika uppfattningar inom hälso- och sjukvården om vilket ansvar vården har för att ta hand om de personer som polisen för till dem. Det beror bland annat på att gruppens behov är varierande och att det kan vara svårt att identifiera och definiera vårdbehovet. Det kan också vara en utmaning att hitta rätt typ av vård och tillsyn under tillnyktring. Vården har varierande, men generellt bristande möjligheter att ta emot personer som inte frivilligt stannar inom vården, eller som är utåtagerande.
- Avståndet till både vård och arrest påverkar polisens beslut om vart de ska föra en omhändertagen person. Tillgången till lämplig hälso- och sjukvård för bedömning av hälsotillstånd och alternativ för tillnyktring är centralt för att polisen ska kunna föra omhändertagna till vård. Polisen för mer sällan en omhändertagen till vård om de bedömer att personen kommer att lämna vårdmottagningen, eller om personen är utåtagerande.



## 4.1 VAD PÅVERKAR POLISENS BESLUT OM ATT FÖRA OMHÄNDERTAGNA TILL VÅRD?

I detta avsnitt beskriver vi polisens förutsättningar att föra omhändertagna personer till vård för medicinska bedömningar och tillnyktring inom vård. Avsnittet baseras på intervjuer med poliser.

### 4.1.1 Svårt för polisen att bedöma behov av vård

En omhändertagen person som har tydliga somatiska skador eller annat uppenbart medicinskt behov förs i regel till hälso- och sjukvård, antingen genom att polisen tillkallar ambulans eller genom att polisen för personen till en akutmottagning. Om den omhändertagna personen inte har ett uppenbart vårdbehov gör polisen i regel en bedömning av behovet av en läkarbedömning eller tillnyktring inom vård. Men polisen har begränsade möjligheter att göra dessa bedömningar, i synnerhet när det gäller mer svårbedömda risktillstånd, visar vår studie.

Poliser har inte sjukvårdsutbildning eller utbildning i att bedöma hälsotillstånd. Det stöd som polisen har för att göra bedömningar av behov av vård finns framför allt i bestämmelserna som vi beskrev tidigare (3 kap. 2 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1). Bestämmelserna formuleras relativt övergripande. Poliser saknar i regel mer konkreta kunskapsstöd eller andra verktyg för att bedöma hälsotillstånd. Polisen får heller inte genomföra utandningsprover med hjälp av så kallad alkomätare i samband med ett omhändertagande enligt LOB. Det innebär att poliser i regel grundar sina bedömningar på en okulär uppskattning av en persons tillstånd, och på uppgifter från den omhändertagne. Polisen kan till exempel fråga den omhändertagne om vilken substans hen tagit, om hen har sjukdomar såsom diabetes eller epilepsi eller tar mediciner. Flera poliser påpekar att personen sällan berättar om de tagit droger, eftersom narkotikabruk är olagligt. Många poliser betonar också att det har blivit svårare att göra hälsobedömningar på grund av ett ökat bruk av kombinationer av narkotika, läkemedel och alkohol. Det kan också medföra mer riskfyllda tillstånd som snabbt kan förvärras, enligt företrädare för både polis och hälso- och sjukvård. Den utmaning som ett ökat blandmissbruk kan föra med sig har även tidigare utredningar konstaterat. Exempelvis kan kombinationer av alkohol, droger eller läkemedel medföra risktillstånd som innebär att personen behöver kontinuerlig tillsyn (SOU 2011:35, Ds 2001:31).

En situation då det kan vara särskilt svårt att bedöma en persons hälsotillstånd och behov av vård är vid så kallade förmansprovningar på distans, menar poliser. Det innebär att en medicinsk bedömning av den

omhändertagne görs av ett stationsbefäl som befinner sig på annan ort. Bedömningarna görs då ofta per telefon. Att förmansprövningar på distans kan ge brister i bedömningarna har också tidigare utredningar pekat på (Ds 2001:31).

Svårigheten att bedöma en persons behov av hälso- och sjukvård bidrar till att poliser också gör andra avvägningar som påverkar beslutet om vart de för den omhändertagne. Vi sammanfattar här de huvudsakliga faktorer som påverkar polisens avvägningar och beslut.

#### **4.1.2 Avståndet till vård och arrest**

Avståndet till hälso- och sjukvård i förhållande till avståndet till arrest är en grundläggande faktor som påverkar polisens beslut. Detta gäller både i områden med längre och kortare avstånd till hälso- och sjukvård. Den omhändertagna personen förs oftare till arresten om den ligger närmare.

Vissa poliser tar också hänsyn till att det kan bli problematiskt för den omhändertagna att ta sig hem om de skjutsas till en vårdenhet långt bort. Andra poliser menar att långa transporter i en polisbil är påfrestande och inhumant för den omhändertagna. Polisen tar också hänsyn till hur mycket tid som återstår inom omhändertagandets ramar när personen väl har kommit fram till vården. Enligt lagen ska den omhändertagna frigges senast åtta timmar efter omhändertagandet (7 § LOB). I glesbygdsområden uppges det vara mer vanligt att polisen skjutsar hem omhändertagna, eftersom det ofta är långt till både vård och arrest.

Enligt en studie från Polisen ligger de största kostnaderna i Polisens arbete med omhändertaganden i transporter och själva omhändertagandet på plats, oavsett vart den omhändertagna förs (Polisen UC Öst 2017-04-17). Vår studie visar också att Polisens transporter av den omhändertagne till vård kan vara mer resurskrävande än att föra en person till arrest eftersom det kan innebära längre transporter, återupprepade omhändertaganden och väntetider inom hälso- och sjukvården. Polisens tillgång till resurser påverkar därför också vart den omhändertagne förs. En upplevd brist på resurser i kombination med långa avstånd till både vård och arrest kan innebära att poliser väljer att inte göra ett omhändertagande över huvud taget.

#### **4.1.3 Olika uppfattningar om vårdbehov**

Poliser upplever att vården ibland har en annan uppfattning om vilka personer som har ett vårdbehov och som behöver tas emot av vården för en läkarbedömning eller för tillsyn under tillnyktring.



Polisens ansvar för att omhänderta berusade och föra dem till vård kan bidra till att vården inte uppfattar att den omhändertagne har ett vårdbehov, menar poliser. Hälso- och sjukvårdens bemötande är ofta annorlunda när polisen för en berusad person till sjukvården, jämfört med om personen kommer till vården exempelvis med ambulans, berättar poliser. Enligt poliser förekommer också att SOS Alarm skickar polis i stället för ambulans när de får information om att en person är berusad, trots att personen också har ett tydligt somatiskt vårdbehov. Det kan innebära att polisen behöver transportera personen till vård eller kontakta ambulans. Ambulans eller andra lösningar borde finnas tillgängliga för att kunna ta hand om berusade i fler situationer, menar flertalet poliser.

#### **4.1.4 Tillgång till lämplig vård**

Tillgången till lämplig hälso- och sjukvård för bedömning av hälsotillstånd och alternativ för tillnyktring är en central faktor som påverkar om polisen för personer till vård eller inte, påpekar poliser. Där lämplig vård saknas för poliser mer sällan personer till vård, visar våra intervjuer.

Det är ofta akutmottagningar som finns tillgängliga de tider på dygnet då en stor del av omhändertagandena sker – sena kvällar och nätter. De flesta lokalpolisområden saknar tillgång till en TNE eller annan specifik tillnyktringsverksamhet. Det finns en samsyn hos poliser om att akutmottagningar sällan är rätt vårdnivå för de omhändertagna. Poliser menar att akutmottagningarna behöver prioritera akut sjuka personer och inte ska belastas med omhändertagna. Denna uppfattning får till följd att polisen ofta väljer att inte alls köra en omhändertagen till akutmottagningen, om personen saknar ett akut behov av vård.

Väntetider på akuterna påverkar också om polisen för personen till akutmottagningen eller inte. Långa väntetider kan innebära att poliser kan få sitta och vänta med den omhändertagna, vilket också innebär att polisresurser tas i anspråk, påpekar poliser. I avvägningarna mellan andra angelägna uppdrag kan det innebära att polisen väljer att föra personen direkt till arrest.

Det finns områden där polisen beskriver att de har god tillgång till vård för både bedömning av hälsotillstånd och för tillnyktring. Det finns till exempel välfungerande samarbeten mellan polisen och både akutmottagningar och primärvården på vissa håll. Tillgång till hälso- och sjukvård med specifik tillnyktringsverksamhet eller akut beroendevård uppfattas generellt öka möjligheterna för att polisen ska kunna överlämna de omhändertagna till

vård. De flesta poliser i lokalpolisområden som har tillgång till TNE beskriver också ett gott bemötande och välfungerande samarbeten med vården. Men det finns också TNE som inte alltid tar emot de personer som polisen för till dem. Det kan till exempel bero på att enheten har kriterier som gör att de prioriterar andra grupper av berusade personer, eller inte tar emot personer som tidigare varit stökiga eller som avvikit från sjukvården, påpekar poliser.

## 4.2 VÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR ATT TA EMOT OMHÄNDERTAGNA VARIERAR

I det här avsnittet beskriver vi hälso- och sjukvårdens erfarenheter av och förutsättningar för att ta emot omhändertagna personer för medicinska bedömningar och för tillnyktring. Avsnittet baseras framför allt på intervjuer med företrädare för hälso- och sjukvården.

### 4.2.1 Akutmottagningar har begränsade möjligheter att ta emot berusade

Vilken typ av vård som finns tillgänglig för bedömning av medicinska behov och tillnyktring varierar mellan och inom landstingen. På vissa platser finns tillgång till TNE eller annan vård med specifika tillnyktringsplatser, medan det på andra håll finns primärvård eller en akutmottagning.

Vilken typ av vård och tillsyn som erbjuds varierar också mellan olika TNE, visar vår studie. Vissa TNE är i stort sett utrustade som en vanlig somatisk akutmottagning med beredskap för avancerad vård och tillgång till läkare och sjuksköterskor. Andra TNE erbjuder enklare kontroller, exempelvis av blodtryck och puls, och bemannas framför allt av undersköterskor eller skötare. De kan larma akutteam eller tillkalla läkare vid behov. Patienten förs i regel till akutmottagningen om tillståndet försämrats. Även miljön för tillnyktring kan se olika ut mellan olika TNE. På vissa enheter får de omhändertagna ligga på plastmadrasser, medan andra TNE har enkelsalar med bäddade sjukhussängar.

Akutmottagningar har varierande rutiner för tillsyn för dem som de tagit emot för tillnyktring. Det finns en samsyn bland personal på de akutmottagningar vi talat med om att akutmottagningarna har begränsade möjligheter att ta emot personer för tillnyktring. Att det saknas tillräckliga resurser, personal och vårdplatser bidrar till att det är svårt att hinna prioritera berusade personer, menar de. Det kan särskilt vara en utmaning om många omhändertagna förs till vården vid samma tillfälle, till exempel



vissa helger eller festivaler, säger vårdföreträdare. Det finns en uppfattning om att berusade personer kan vara svåra och tidskrävande för vårdpersonalen att ta hand om. Personalen på akutmottagningen har sällan tid att se till de berusade så ofta som skulle behövas, menar flera vårdföreträdare. En person som behöver övervakad tillnyktring får därför mer frekvent bevakning om de ligger i arresten än på akutmottagningen, anser företrädaren. Men hälso- och sjukvården har högre kompetens och tillgång till medicinsk utrustning vilket trots allt innebär en mer medicinskt säker tillnyktring på akutmottagningar än i arresten, påpekar en annan vårdföreträdare.

Det förekommer att primärvården tar ett ansvar både för medicinska bedömningar och för tillnyktring, i synnerhet i områden långt från annan vård. Primärvårdens bredare kompetens och ansvar uppfattas bidra till ett fungerande samarbete mellan polis och vård på flera håll. Primärvården kan ta emot personer för att göra en medicinsk bedömning, exempelvis av berusningsgrad, blodtryck, puls och vakenhetsgrad. Om läget bedöms vara akut körs personen i regel till akuten. Vissa primärvårdsmottagningar kan om läget inte är akut, ta emot personen för tillnyktring.

Det finns också andra flexibla lösningar, i synnerhet för att klara av situationer där många personer kan förväntas omhändertas. I vissa glesbygdsområden hanteras efterfrågan på tillnyktringsplatser vid exempelvis marknadshelger genom att flytta om patienter för att göra plats för flexibla tillnyktringsplatser inom primärvården. Andra organiserar extramottagningar under semesterperioder, ökar bemanningen på vårdmottagningarna vid speciella tillställningar eller anordnar tillnyktringstält på festområden.

Flera vårdrepresentanter ser positivt på att det skapas fler TNE och menar att de behövs både utifrån vårdens och också den enskildes perspektiv. Det kan minska belastningen på akutmottagningarna och öka den medicinska säkerheten för den omhändertagna, anser de. TNE skulle även kunna öka möjligheterna att lotsa vidare personer som behöver beroendevård. Samtidigt framhåller företrädare för vården att det utanför centralorter i regel saknas ett tillräckligt stort patientunderlag för att motivera resurser till specifika vårdplatser för tillnyktring. Det behövs därför även andra lösningar, anser de.

## **4.2.2 Vårdbehovet kan vara svårt att definiera och bedöma**

Det finns olika uppfattningar inom vården om vilket ansvar vården bör ha för tillnyktring. Det beror främst på att vårdföreträdare tolkar och definierar "vårdbehov" på olika sätt. Vissa vårdrepresentanter menar att alla som är så berusade att de blir omhändertagna på ett eller annat sätt

har ett vårdbehov. Andra menar att tillnyktring inom vården endast bör ske om den omhändertagna har ett tydligt och uppenbart vårdbehov. Men det kan ibland vara svårt även för sjukvården att göra en medicinsk bedömning av en berusad persons tillstånd och avgöra behovet av vård. I vissa fall görs en medicinsk bedömning på en vårdmottagning medan polisen väntar. Om sjukvården bedömer att det inte finns något vårdbehov så transporterar polisen den omhändertagna i regel till arresten. Men en omhändertagen persons hälsotillstånd kan förändras snabbt. ”Det som gäller ena minuten kanske inte gör det i nästa”, säger en vårdföreträdare. Det kan därför vara önskvärt att personen kan stanna kvar inom vården för att bedömas på nytt och få en övervakning av tillståndet. Men det är inte alltid möjligt, påpekar flera vårdföreträdare.

### 4.2.3 En utmaning att hitta rätt vårdnivå för en heterogen grupp

De som omhändertas är en heterogen grupp med olika behov, menar företrädare för hälso- och sjukvård. Det innebär att det kan vara svårt att hitta en lämplig vårdnivå för gruppen. Vissa behöver bara ”sova ruset av sig” medan andra behöver mer avancerad medicinsk övervakning. En del har en multiproblematik, det vill säga att de kan ha tagit tabletter, vara berusade, suicidala och ha somatiska sjukdomar samtidigt. Somliga behöver framför allt psykiatrisk hjälp. Det kan därför vara en utmaning att komma fram till vilken typ av kompetens och medicinsk utrustning som behövs för att ta hand om dem. Både vård- och brukarföreträdare menar att det finns en grupp berusade som det saknas vårdformer för, även om det finns en TNE eller specialiserad beroendevård med tillnyktringsplatser. En person med erfarenheter av att bli omhändertagen beskriver:

” De som är medvetslösa hamnar ju på akuten. Man måste vara självmordsbenägen eller psykiskt sjuk för att komma in på psyket. Men är man varken medvetslös eller självmordsbenägen utan bara berusad, då får man ju inte plats någonstans. Det finns ju ingen vård för berusade. Då för polisen en till arrest.”

Somliga TNE eller specialiserade beroendemottagningar är inriktade på vissa målgrupper, såsom berusade personer som också har abstinensbesvär och de som behöver fortsatt specialiserad beroendevård på grund av en missbruksproblematik. Personer som ”bara är berusade” och behöver tillnyktring är därför inte rätt målgrupp för dessa mottagningar, menar



vårdföreträdare. Om de tog emot samtliga berusade skulle kvaliteten på vården för dem med behov av specialiserad beroendevård riskera att sänkas, menar de.

### 4.3 PERSONER SOM INTE FRIVILLIGT STANNAR I VÅRDEN ÄR EN UTMANING

Den finns en samsyn inom polisen och vården om att personer som inte frivilligt stannar kvar i vården är en grupp omhändertagna som det är problematiskt att ta hand om. Det beror på att en person som omhändertagits kan välja att vända i dörren till vården, eftersom ett omhändertagande hävs när polisen överlämnar en omhändertagen person till hälso- och sjukvården. Denna problematik beskriver även person med erfarenhet av att omhändertas:

” Man kan ibland be om att få komma till TNE bara för att kunna gå ut efter tio minuter. Det är ett kryphål. Man kan ragla därifrån, och ingen kan göra nåt. Man kan ju inte tvinga nån. Den måste vilja stanna.

Denna ”svängdörrsproblematik” kan innebära att poliser gör upprepade omhändertaganden och transporter av samma person. Även vården beskriver att en och samma person kan återkomma till samma mottagning med polis flera gånger på ett dygn. Det är både ineffektivt och resurskrävande, menar poliser. För att undvika upprepade omhändertaganden för polisen mer sällan personer till vård som de bedömer inte kommer vilja stanna kvar.

Det finns olika erfarenheter både inom polisen och inom vården av hur vanligt det är att personer väljer att avvika från vården. Vissa vårdföreträdare menar att det sker ofta, medan andra framhåller att personer i allmänhet vill stanna kvar. En anledning till att erfarenheterna skiljer sig åt är att vårdens förutsättningar och bemötande varierar, menar både polis och vårdföreträdare. Ett gott bemötande och olika former av motiverande insatser från vården kan i viss utsträckning motivera omhändertagna att stanna kvar. Särskilt TNE beskrivs vara duktiga på att bemöta och motivera personer att stanna kvar. Andra vårdmottagningar betonar att vården är frivillig, vilket också innebär att de inte gör några större insatser för att motivera en person som inte frivilligt väljer att stanna.



#### 4.4 UTÅTAGERANDE PERSONER FÖRS SÄLLAN TILL VÅRD

En annan grupp omhändertagna som både vård och polis uppfattar är problematisk är utåtagerande personer. Polisen för sällan personer som är utåtagerande till vård för medicinsk bedömning och tillsyn. Det beror på att poliser uppfattar att de har ett ansvar att skydda både vården och samhället från utåtagerande personer. Poliser uppfattar också att vården inte har möjligheter eller förutsättningar att ta hand om utåtagerande personer. Det innebär att polisen ofta för utåtagerande till arrest. Om polisen lämnar utåtagerande personer till vården innebär det ofta att polisen får upprepa omhändertaganden eller återvända till vården för att hämta personen. Polisen framhåller att de försöker undvika detta eftersom det är resurskrävande. En polis säger:

” När vi för personer till beroendemottagningen för en bedömning får vi ofta tillbaka dem eftersom vården menar att de är ”icke vårdbenägna”. De kan vara stökiga, men vården saknar framför allt resurser för att ta hand om dem. Och då finns polisen där, som en sista utpost, vi måste ta hand om dem, vi kan inte bara lämna dem.

En annan anledning till att polisen sällan för utåtagerande personer till vård är att de bedömer att en del av dem saknar ett uppenbart vårdbehov, och framför allt är utåtagerande eller ordningsstörande. Poliser i flera olika polisområden uppger att LOB kan användas om den ordningsstörande personen också är berusad. Enligt poliser är de ordningsstörande eller utåtagerande personerna ofta mer eller mindre berusade. I förarbeten till LOB betonades att polisen vid omhändertagandet främst skulle fästa vikt vid *vårdbehovet* när beslut om omhändertagande fattas, snarare än om personen uppträtt *ordningsstörande* (prop. 1975/76:113). Vissa poliser anser att det finns utmaningar i att tillämpa lagen enligt dessa intentioner. En polis säger:

” Utifrån hur LOB är skriven i dag så kan man max föra 50 procent av alla omhändertagna enligt LOB till sjukhusen. Detta eftersom resterande inte har ett vårdbehov och inte ska hamna i vårdlagen (LOB). De ska till en arrest och tas in enligt PL13. Men polisen har inte möjlighet att ta dem enligt PL13 så det blir i stället en LOB.



Polisen får omhänderta en utåtagerande eller ordningsstörande person också enligt 13 § polislagen (1984:387). LOB uppfattas av en del poliser vara ett mer effektivt verktyg än PL 13 för att förebygga brott och upprätthålla ordning exempelvis i samband med stökiga krogmiljöer.

#### **4.4.1 Vården har olika förutsättningar för att ta hand om utåtagerande**

Företrädare för hälso- och sjukvården ser fördelar med att polisen inte för personer som är utåtagerande till vården. Det innebär att polisen skyddar både de vårdanställda och andra patienter, menar de. Vården upplever ofta att de saknar förutsättningar att kunna hantera situationer med utåtagerande personer. Men förutsättningar varierar, bland annat beroende på kompetens, tillgång till väktare samt utbildning och rutiner för att hantera hot och våld. Vissa TNE tar till exempel inte emot personer som är utåtagerande medan andra anser att de har beredskap för att ta emot även dessa patienter.

Somliga vårdmottagningar har väktare som kan tillkallas om en patient blir våldsam, och andra vårdmottagningar har även tillgång till polis som snabbt kan vara på plats. Andra vårdmottagningar saknar tillgång till väktare, och i synnerhet i glesbygdsområden med långa avstånd kan det ta lång tid innan polisen kommer vid en akut situation. I vissa fall finns rutiner för att tillkalla annan vårdpersonal om en hotfull situation uppstår.

Företrädare för både vård och polis menar att även utåtagerande personer kan behöva medicinska bedömningar och tillnyktring inom vård. En psykiatrisk diagnos eller bruk av vissa narkotiska preparat kan yttra sig i ett utåtagerande beteende, betonar de.

Tillgång till medicinsk personal i arresten kan vara ett alternativ för att ta emot utåtagerande menar vissa länsföreträdare. Men detta förslag medför också utmaningar. Företrädare för både polisen och vården menar att sjukvård i regel inte bör bedrivas i en arrest bland annat eftersom tillgång till medicinsk utrustning och anpassade lokaler saknas. Tillgång till medicinsk personal i arresten skulle också öppna upp för en diskussion om vilken part som har ansvaret för hälso- och sjukvård och hur svårt sjuk en person kan vara för att vårdas i arrest, menar företrädare för både vård och polis.





## Förutsättningar för att fånga upp personer med behov av fortsatta insatser

I det här kapitlet undersöker vi vilka förutsättningar hälso- och sjukvården, socialtjänsten och polisen har för att fånga upp vuxna personer med behov av fortsatta stöd- eller vårdinsatser. Kapitlet baseras främst på intervjuer med företrädare för socialtjänsten, hälso- och sjukvården, polisen och personer med egna erfarenheter av att omhändertas. Sammanfattningsvis visar vår studie följande:

- Ett omhändertagande ger små möjligheter att fånga upp personer med behov av fortsatta insatser, men det finns geografiska skillnader.
- Samordningen av insatser har brister, både inom och mellan vården och socialtjänsten. Det påverkar möjligheterna att fånga upp personer som behöver fortsatta insatser.
- Vården har varierande förutsättningar för att fånga upp och motivera en person till fortsatta insatser. Vårdens organisering samt tillgång till personal, tid och kompetens påverkar möjligheterna.
- Polisen har små möjligheter att bedöma om den omhändertagna behöver fortsatta insatser. Rutinerna för att underrätta socialtjänsten skiljer sig åt mellan olika lokalpolisområden.
- Ett omhändertagande leder sällan direkt till aktiva insatser från socialtjänsten. Insatserna är sällan tillräckligt riktade eller anpassade för att kunna fånga upp personer att ta emot stöd och hjälp. Tidiga, anpassade och samordnade insatser kan öka möjligheten att motivera personer att ta emot stöd och hjälp.



## 5.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN HAR VARIERANDE FÖRUTSÄTTNINGAR

Hälso- och sjukvårdens förutsättningar och rutiner för att fånga upp en omhändertagen person för fortsatta stöd- eller vårdinsatser beror bland annat på typen av vårdmottagning, tid och kompetens. Det beror också på hur samverkan fungerar både inom hälso- och sjukvården och med socialtjänsten.

### 5.1.1 Samordning av insatser en svag länk

Samordningen av insatser brister ofta, både inom vården och mellan vården och socialtjänsten, menar företrädare för både vård och socialtjänst. Det kan drabba en person som har behov av fortsatta insatser och deras anhöriga på olika sätt. Det kan handla om att personen som behöver hjälp och stöd får det vid fel tidpunkt, i fel ordning eller att hjälp och stöd helt uteblir.

I flera landsting med en TNE ligger dessa i anslutning till abstinens- och beroendevården. Detta uppfattas vara en god förutsättning för att personen som tillnyktrat ska få fortsatt vård. Men flera företrädare beskriver brister i samordningen av insatser, i synnerhet från tillnyktring till abstinensbehandling, men även från abstinensbehandling till fortsatta insatser. På flera hålls beskrivs också samordningen brista mellan andra delar av vården, till exempel mellan akutvård, psykiatri, somatisk vård och beroendevård. Dessa brister kan innebära att en person som omhändertagits inte får de fortsatta insatser som hen behöver.

Samverkan mellan hälso- och sjukvårdens beroendevård och socialtjänstens öppenvård beskrivs också vara bristande i flera län. Det kan till exempel innebära att tillnyktring och abstinensbehandling inom vården inte följs av andra insatser, såsom socialtjänstens öppenvård. Dessa brister har också tidigare utredningar visat på (SOU 2011:35). Även brukarföreträdare beskriver detta:

” Planeringen efter tillnyktring och avgiftning fungerar dåligt. Man skrivs ut, med sobril eller antabus, och kan få vänta flera veckor på att få komma till behandlingshem eller öppenvård. Då hinner man ju börja dricka igen, och så missar man en tid och sen är det kört – man straffar ut sig, ingen vill ha en då. Man behöver få komma till ett behandlingshem direkt.

Att samordningen av insatser fungerar är viktigt för att personer med missbruk och beroende ska få det stöd och de insatser de behöver, menar företrädare för både hälso- och sjukvård, socialtjänst och brukar-

organisationer. Det kan också förhindra upprepade omhändertaganden på längre sikt. Både landsting och kommuner måste ta ett helhetsgrepp om personens behov och orsaker till att en person omhändertagits, påpekar en brukarföreträdare.

” Kommunerna och vården måste följa upp och ta tag i de bakomliggande orsakerna. Det kanske är en social problematik som orsaker missbruket, då måste det lösas. Bostadssituationen måste fungera, är man hemlös är man chanslös att ta sig ur ett missbruk. Men också relationer och sysselsättning måste fungera... Man måste ha ett helhetsperspektiv på individen.

### 5.1.2 SIP uppfattas vara ett bra verktyg men görs sällan

Det finns olika sätt att samordna insatser på. Till exempel kan arbetet utgå från en samordnad individuell plan (SIP). En SIP ska upprättas när en person behöver insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL). Planen ska bland annat beskriva vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ansvarar för samt vilken av parterna som är huvudansvarig för planen.

Flertalet vård- och socialtjänstföreträdare vi intervjuat uppfattar att samordnade individuella planer (SIP) är ett bra verktyg för att samordna insatser. Men de upplever att rutinerna för upprättandet av SIP är otydliga i praktiken, till exempel när det gäller vilken part som ska ta initiativ till och kalla till SIP-möten, men även när det gäller hur arbetet därefter ska organiseras. Det får sammantaget till följd att SIP:ar görs för sällan, menar företrädare för både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

### 5.1.3 Akutmottagningar saknar förutsättningar att prioritera fortsatta insatser

En del av de personer som omhändertas förs till akutmottagningar. Det finns en samsyn inom hälso- och sjukvården om att andra delar av vården än akutmottagningar har bättre förutsättningar att fånga upp personer för fortsatta insatser. Akutmottagningar har ofta brist på tid och hög arbetsbelastning som gör att insatser för att fånga upp personer sällan kan prioriteras, menar vårdföreträdare. Miljön på akutmottagningen uppfattas inte heller vara optimal för samtal och stöd. Personalen upplever också att de saknar tillräcklig kompetens för samtal om missbruk och beroende.



De akutmottagningar vi har varit i kontakt med saknar också skriftlig information att dela ut, om exempelvis vart personen ska vända sig vid behov av fortsatt hjälp. Men det förekommer att vårdpersonal på eget initiativ håller samtal om till exempel personens alkoholvanor när personen nyktrat till, trots att det inte finns några rutiner för detta. På de TNE vi studerat uppfattar personalen att de i regel har både tid och kompetens för att kunna motivera personer till fortsatta insatser. Exempelvis har de utbildning i metoder som motiverade samtal (MI).

### **5.1.4 Vården kontaktar sällan socialtjänsten angående vuxna**

Vårdens rutiner för att ta kontakt med socialtjänsten när det gäller en person som omhändertagits varierar. Om personen är 18 år eller äldre kontaktas socialtjänsten i regel enbart om patienten samtycker och själv vill. Få personer som blivit omhändertagna vill komma i kontakt med socialtjänsten, framhåller vårdföreträdare. Det innebär att få vårdmottagningar kontaktar socialtjänsten om personen är över 18 år. Socialtjänsten kontaktas i större utsträckning om en person har ett känt missbruk eller beroende, enligt vårdföreträdare. Under vissa förutsättningar kan vården anmäla till socialtjänsten om patienten behöver vård eller omhändertagande enligt lag (1988:870) om missbrukare i vissa fall (LVM) eller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

### **5.1.5 Brukarföreträdare i vården kan ge motivation**

Ett sätt att motivera personer att ta emot fortsatt stöd och vård kan vara att brukarorganisationer engageras, menar brukarföreträdare. I vissa landsting har brukarorganisationer engagerats i att besöka beroendeavdelningar för att motivera personer till fortsatta insatser och behandlingar. Personer med egna erfarenheter av missbruk har kunskaper och perspektiv som gör att de kan lyssna och ställa frågor som kan motivera personer till att ta emot stöd och hjälp, menar brukarföreträdare. På så sätt kan de komplettera sjukvårdspersonalen på ett bra sätt, menar både brukare och företrädare för vården.



## 5.2 POLISENS FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT FÅNGA UPP PERSONER ÄR BEGRÄNSADE

Polisens förutsättningar för att bidra till att fånga upp personer som behöver fortsatta insatser är begränsade. Det beror bland annat på att polisens rutiner för att identifiera behov av fortsatta insatser och underrätta socialtjänsten varierar.

### 5.2.1 Få insatser i samband med placering i arrest

Tidigare utredningar har visat att möjligheterna att erbjuda fortsatta insatser av vård och omsorg i samband med ett omhändertagande minskar när de omhändertagna förs till arrest (SOU 1968:55, Ds 2001: 31, SOU 2011:35). Vår studie visar också på det. Även personer med egna erfarenheter av att omhändertas beskriver att de sällan fått insatser såsom samtal eller information i samband med att de släpps från arresten.

Enligt lagen ska Polisen ge råd och upplysningar innan omhändertagandet upphör, om den omhändertagna behöver hjälp eller stöd från samhällets sida (7 § LOB). Om det är lämpligt ska Polisen även samråda med till exempel vården eller socialtjänsten (7 § LOB). Enligt de poliser vi intervjuat ger arrestvakter sällan den omhändertagne upplysning eller information om fortsatt vård och omsorg i samband med att hen släpps från arresten. Det beror delvis på att personerna sällan vill ta emot information, menar poliser. Polisen saknar också ofta informationsunderlag att dela ut.

De arrester vi studerat har sällan rutiner för samtal med den omhändertagne. Det beror delvis på att polisen uppfattar att de saknar förutsättningar för att hålla i sådana samtal. Det är ofta arrestantvakterna som sköter utskrivningen, och de har sällan utbildning för att hålla i samtal eller på annat sätt fånga upp personer som behöver stöd för ett missbruk, påpekar arrestansvariga poliser.

Systematiska samarbeten mellan polis och socialtjänst i samband med att person släpps från arresten finns i liten uträkning i de lokalpolisområden vi studerat. En anledning till det är att socialtjänsten sällan är tillgänglig de tider då personer omhändertas. En annan anledning är att socialjourer i regel inte kan prioritera att delta i arresten i samband med ett omhändertagande, i synnerhet när det gäller vuxna, menar socialtjänstföreträdare. Däremot skulle polisen och socialtjänsten i större utsträckning kunna samverka på dagtid, exempelvis genom att socialtjänsten finns tillgänglig i arresten vissa tider, framhåller företrädare från både polis och socialtjänst. Personer



som omhändertas på dagtid har också i större utsträckning ett missbruk och därmed ett behov av insatser, menar de. Att socialtjänsten kommer till arresten för att hålla i samtal på dagtid skulle därför kunna vara ett sätt att öka möjligheterna att fånga upp personer med missbruk, framhåller också brukarföreträdare.

### 5.2.2 Olika uppfattningar om när socialtjänsten ska kontaktas

När en person omhändertas enligt LOB ska polisen registrera detta genom att skriva ett protokoll (27 § polislagen). Polisen kan skicka protokollen till socialtjänsten och på så sätt meddela att ett omhändertagande ägt rum. Enligt bestämmelser i ett allmänt råd *bör polisen skicka protokollet till socialtjänsten om identiteten är fastställd* (allmänt råd till 6 kap. 2 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1).

I praktiken skickas protokollen till socialtjänsten i varierande utsträckning. Vissa lokalpolisområden skickar samtliga protokoll, andra gör ett urval baserat på bedömningar från fall till fall, och vissa lokalpolisområden skickar inga protokoll alls. Det innebär att socialtjänsten i varierande utsträckning får kännedom om omhändertaganden. Kartläggningar som gjorts inom ramen för satsningen visar att det finns kommuner som inte får in något protokoll och andra kommuner som får in i stort sett samtliga.

**Tabell 2.** Omhändertagna som rapporteras till socialtjänst, 2013–2014, procent.

Län	Andel
Dalarna	89 %
Skåne	0–51 %
Södermanland	45 %
Gävleborg	25–33 %
Örebro	1 %

Källa: Länens kartläggningar, Vårdanalys bearbetning.

De varierande rutinerna beror bland annat på att det finns olika praxis och olika uppfattningar inom Polisen om när protokollen bör skickas till socialtjänsten. Bestämmelserna som reglerar polisens möjligheter och skyldigheter att underrätta socialtjänsten uppfattas också vara otydliga och delvis motstridiga. Vissa lokalpolisområden har därför gjort egna rättsutredningar för att klargöra

när protokollen bör skickas. Utredningarna har resulterat i olika tolkningar som innebär att både fler och färre protokoll skickas.

Det är viktigt att öka enhetligheten och tydligheten i vilka möjligheter och skyldigheter poliser har när det gäller att underrätta socialtjänsten, anser många poliser. Enligt företrädare för Polisen finns ett behov av att revidera föreskriften (RPSFS 2000:57, FAP 023-1). Det pågår också ett arbete inom Polisen för att öka enhetligheten när det gäller att tillämpa bestämmelserna, delvis som ett led i en mer enhetlig styrning av Polisen.

### **5.2.3 Polisen har begränsade möjligheter att bedöma behov av fortsatta insatser**

Polisen ska enligt lagen i den mån det är *lämpligt* samråda med annat samhällsorgan om *de bedömer att den omhändertagna behöver* hjälp från samhället (7 § LOB). Vissa lokalpolisområden gör därför ett urval av de protokoll de skickar till socialtjänsten baserat på bedömningar av behov av om socialtjänsten ska kontaktas, från fall till fall. Det finns en samsyn inom polisen om att de har begränsade möjligheter att göra dessa bedömningar. Rutinerna för hur polisen gör bedömningarna varierar också.

En anledning till att det kan vara svårt för polisen att bedöma behov av fortsatta insatser är att polisen i regel har begränsad tillgång till uppgifter som kan vara ett stöd för bedömningarna. De saknar ofta tillgång till uppgifter från hälso- och sjukvård och socialtjänst, till exempel om personen har pågående behandlingar eller insatser. Sekretessreglerna mellan organisationerna uppfattas av vissa poliser vara ett hinder för att de ska kunna få den information de skulle behöva för att göra underbyggda bedömningar.

Upprepade omhändertaganden kan vara en signal om att socialtjänsten bör underrättas, anser flertalet poliser. Men det finns olika uppfattningar om hur långtgående ansvar för och befogenheter att ta reda på dessa uppgifter polisen har. I vissa lokalpolisområden använder poliserna systematiskt uppgifter från körkortsregistret. Ett visst antal omhändertaganden inom en viss tid kan då ligga till grund för att LOB-protokollet skickas till socialtjänsten eller att en LVM- eller en LVU-anmälan görs. I andra lokalpolisområden uppfattar poliserna att de saknar befogenheter att använda registret för att göra eftersökningar om en enskild person, eftersom det inte är ett brott att bli omhändertagen enligt LOB.



I brist på uppgifter eller tydliga rutiner för hur bedömningarna ska göras gör de enskilda poliserna uppskattningar av behov. Bedömningar baseras ibland på att de ”känner igen personen” exempelvis om det är en person som har ett känt missbruk.

### **5.3 SOCIALTJÄNSTEN HAR BÄTTRE FÖRUTSÄTTNINGAR ATT BEDÖMA BEHOV MEN SAKNAR ÄNDAMÅLSENLIGA RUTINER**

Det finns en samsyn bland poliser och socialsekreterare om att socialtjänsten har bättre förutsättningar för att bedöma om personen behöver kontakt med socialtjänsten. Socialtjänsten har större tillgång till uppgifter liksom kompetens för att göra dessa bedömningar framhåller de. Det skulle därför vara en fördel om bedömningarna av behov av fortsatta insatser överläts till socialtjänsten, genom att socialtjänsten underrättades om samtliga omhändertaganden, menar både poliser och socialsekreterare. Det skulle öka möjligheterna att fånga upp även personer som inte har ett välkänt eller uppenbart riskbruk eller missbruk, påpekar de. Samtidigt behöver behoven av fortsatt hjälp och stöd vägas mot den omhändertagnes integritet, menar polis företrädare.

#### **5.3.1 Rutiner för fortsatta insatser varierar**

Rutinerna för kommunernas fortsatta insatser ser olika ut. Det beror till viss del på att antalet omhändertaganden som kommunerna får kännedom om varierar. Till exempel tog en kommun vi studerat emot cirka 700 LOB-protokoll per år, medan en mindre kommun i samma län tog emot cirka 15 protokoll samma år.

I vissa kommuner genomförs inte några insatser efter att kommunen fått kännedom om ett omhändertagande, om personen inte frivilligt tar kontakt med socialtjänsten. Andra kommuner skickar ut informationsbrev till samtliga personer som de fått vetskap om. Brevet innehåller exempelvis information om vart personen kan vända sig för rådgivning eller annat stöd för ett missbruk. Somliga kommuner erbjuder en bokad tid för samtal till samtliga omhändertagna som de fått kännedom om. Vissa kommuner erbjuder exempelvis motiverande samtal eller gör insatser enligt SMADIT-rutiner vilket innebär att personen erbjuds samtal med en alkoholterapeut. Vissa kommuner gör ett urval bland de omhändertagna som får mer prioriterade och riktade insatser. Urvalet kan exempelvis baseras på ålder.

Minderåriga och unga vuxna får i regel mer aktiva insatser. Vi återkommer till det i kapitel 6.

### **SMADIT – Samverkan mot alkohol och droger i trafiken**

SMADIT (samverkan mot alkohol och droger i trafiken) är en metod som har utvecklats för att få alkohol- eller drogpåverkade under vård så snabbt som möjligt efter ett ingripande för rattonykterhetsbrott. Personerna ska få ett erbjudande om kontakt med beroendevården helst inom 24 timmar. Syftet är att motivera och påverka personen att ta emot hjälp mot sitt alkohol- eller drogproblem direkt, när de är som mest mottagliga. Metoden framhåller att bemötandet och samtal är viktiga.

Källa: Brottsförebyggande rådet 2015, SMADIT handboken.

### **5.3.2 Begränsade förutsättningar att rikta insatser till personer som omhändertagits flera gånger**

Det är viktigt att insatserna från socialtjänsten är anpassade efter de behov personen har, anser både socialtjänst- och brukarföreträdare. Mer aktiva insatser skulle kunna riktas till de personer som har omhändertagits upprepade gånger, menar de. Socialtjänsten skulle kunna ta personlig kontakt och boka in samtal, till exempel andra gången en person omhändertagits, anser en brukarföreträdare.

Men antalet tidigare omhändertaganden ligger sällan till grund för hur insatserna utformas i de kommuner vi studerat. En anledning till det är att socialtjänsten ofta saknar dessa uppgifter. I vissa kommuner finns det rutiner för att manuellt ta reda på om en person tidigare har omhändertagits. Men detta görs sällan eftersom det är tidskrävande, framhåller socialsekreterare. Utformningen av insatser efter ett omhändertagande bygger därför ibland på att socialsekreterarna ”känner igen” den person som omhändertagits, menar socialsekreterare.

### **5.3.3 Omhändertaganden leder sannolikt till få insatser på kort sikt**

Det saknas möjligheter att följa upp i vilken utsträckning insatser blir av till följd av ett omhändertagande. Men de socialsekreterare och brukarföreträdare vi intervjuat menar att ett omhändertagande sannolikt sällan leder direkt till insatser såsom samtal och beroendebehandlingar. Däremot kan en inledande kontakt på sikt leda till att personen söker hjälp, menar de.



De socialtjänstföreträdare vi intervjuat uppger att det är få som kommer till de inbokade samtal och möten som erbjuds. Om personen inte kommer på samtalet gör socialtjänsten sällan ytterligare kontaktförsök, om personen inte själv tar kontakt. Även brukarföreträdare beskriver att de sällan fått insatser i samband med ett omhändertagande:

” Jag har varit alkoholist i 33 år, och omhändertagits 65 gånger (...) men bara blivit kallad till socialtjänsten efter en LOB en gång. Man kan ju få indraget körkort om man omhändertagits, men man får ingen vård för missbruket. Socialtjänsten har inte lagt sig i om jag inte bitt om hjälp.

### **5.3.4 Tidiga och anpassade insatser är viktiga för att motivera personer att ta emot stöd och hjälp**

En anledning till att få insatser blir av är att insatserna i samband med ett omhändertagande sällan är anpassade för att fånga upp personer som har ett riskbruk, missbruk eller beroende, menar brukarföreträdare. Till exempel är insatserna sällan utformade på ett sätt som motiverar personer att ta emot stöd och hjälp, och insatserna förutsätter ofta att personen tar stort eget initiativ, vilket kan vara svårt för en person med ett missbruk och beroende, säger brukarföreträdare. Förnekelse av missbruksproblematiken är ofta en del av ett missbruk som minskar sannolikheten att personen själv tar kontakt med socialtjänsten, menar brukarföreträdare. Personer med missbruk har också ofta andra diagnoser eller sociala problem som ytterligare kan bidra till att minska förmågan att ta emot stöd och hjälp. Ett informationsbrev är därför sällan en tillräcklig insats för att en person själv ska inleda kontakt med socialtjänsten, menar också socialsekreterare.

En annan anledning till att få insatser blir av är att de kommer för sent, menar både brukar- och socialtjänstföreträdare. Att en insats kommer ett antal dagar till en vecka efter omhändertagandet kan innebära att motivationen minskat. Ju längre tid det går från en akut situation, desto mindre blir motivation att ta emot hjälp, menar brukarföreträdare. En person som har erfarenhet av att omhändertas säger:

” När man vill ha hjälp, när man har motivation och dörren är öppen, och det är den kanske 12 till 24 timmar efter man omhändertagits, om man då inte får hjälp, då stängs dörren igen.

Det finns en samsyn bland polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten om att det är viktigt att insatser kommer i ett tidigt skede, helst i samband med omhändertagandet. Att utforma insatser enligt SMADIT kan vara ett sätt att öka möjligheterna att fånga upp personer som behöver fortsatta insatser, menar de. Andra menar att SMADIT är mindre rimlig att använda vid ett omhändertagande eftersom personen då ofta är så berusad att hen är ur stånd att ta emot motiverande insatser. Därför förutsätter användandet av SMADIT att personen stannar kvar, till exempel inom vården, tills de kan ta emot motiverande samtal, menar en länsföreträdare.











## Ett barnperspektiv på omhändertagande och fortsatta insatser

I följande kapitel gör vi en fördjupad beskrivning av omhändertagande och fortsatta insatser ur ett barnperspektiv. Det innebär att vi fokuserar dels på personer under 18 år som blir omhändertagna, dels på minderåriga barn till dem som blir omhändertagna. Kapitlet baseras på intervjuer samt statistik från Transportstyrelsen. Sammanfattningsvis kan vi konstatera följande:

- De flesta personer under 18 år som omhändertas förs till föräldrar eller anhöriga – ungefär hälften. Färre än var femte ung förs till vården och cirka en tredjedel förs till arrest. Det finns geografiska skillnader när det gäller var den unga personen placeras, och vilka fortsatta insatser som erbjuds.
- Omhändertagande och fortsatta insatser uppfattas generellt fungera relativt väl. Orosanmälan till socialtjänsten görs i varierande grad av både polis och hälso- och sjukvård, och socialtjänsten gör mer aktiva insatser om en ung person omhändertagits. Men det finns brister:
  - Cirka 30 procent av omhändertagna personer under 18 år förs till arrest.
  - Minderåriga barn till vuxna som omhändertas är en viktig grupp att fånga upp. Medvetenheten om och rutinerna för att identifiera denna grupp varierar.
  - Brister i samordningen av insatser kan försvåra möjligheterna att fånga upp barn och unga.

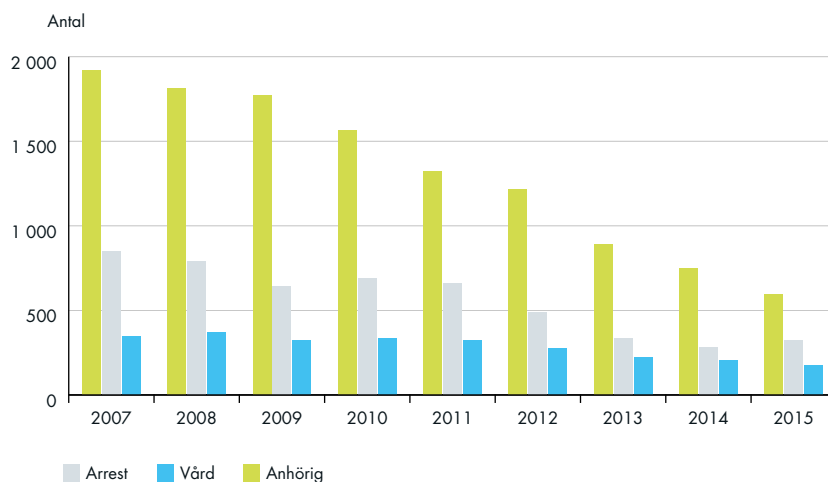


## 6.1 ANTALET UNGA SOM OMHÄNDERTAS HAR MINSKAT

Antalet omhändertaganden av personer under 18 år har minskat från cirka 3 000 år 2007 till 1 000 år 2015 (figur 14). Det innebär en minskning med omkring 2 000 omhändertaganden, motsvarande cirka 65 procent. Vi kan inte dra några slutsatser om vad minskningen beror på utifrån vår uppföljning. Men en tänkbar förklaring är att alkoholkonsumtionen bland unga har minskat under senare år (CAN 2016). En annan tänkbar förklaring är att polisen i dag i lägre grad omhändertar barn och unga enligt LOB, och att berusade barn och unga i stället tas om hand på andra sätt.

I takt med att det totala antalet unga omhändertagna har minskat, har även antalet som förs till arrest, vård och anhöriga minskat. De flesta omhändertagna under 18 år förs till föräldrar eller anhöriga, ungefär hälften. Omkring var tredje omhändertagen under 18 år fördes till arrest, och färre än var femte fördes till vård år 2015 (figur 14).

**Figur 14.** Antal omhändertagna under 18 år som förts till anhörig, arrest och vård, 2007 till 2015.



Källa: Transportstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

## 6.2 BARN OCH UNGA FÖRS OFTA HEM, IBLAND UTAN ATT LOB TILLÄMPAS

Samtliga poliser vi talat med betonar att de försöker köra hem en ung person som omhändertagits, så snart som möjligt efter omhändertagandet. Ibland för polisen berusade barn och unga till föräldrar utan att tillämpa LOB.

I vissa fall görs det som en ”transporttjänst”, säger poliser. I andra fall kan polisen omhänderta barn och unga på andra laggrunder än LOB. Exempelvis får Polisen enligt polislagen ta hand om en person som antas vara under 18 år för att överlämna hen till sina föräldrar om det finns risk för hens hälsa eller utveckling (12 § polislagen).

Unga berusade personer kan också tas om hand av socialtjänsten. Till exempel kan socialtjänstens fältassistenter ta hand om berusade barn och ungdomar och vid behov köra dem till vården eller till anhöriga. Det finns också samarbeten mellan polis och socialtjänst där de hjälps åt att ta hand om berusade barn och unga.

### 6.3 FÄRRE ÄN VAR FEMTE OMHÄNDERTAGEN UNG FÖRS TILL VÅRD

Färre än var femte omhändertagen under 18 år fördes till vård år 2015. En anledning till att få unga förs till vård, är att det inte alltid finns lämplig vård att föra den unga till, menar poliser. Tidigare utredningar har också konstaterat att utbudet av vård och omsorg för barn och ungdomar med missbruk eller beroende är otillfredsställande (SOU 2011:35).

På de flesta håll i landet är akutmottagningar den vårdinstans som finns tillgänglig för medicinsk bedömning och tillnyktring för både vuxna och unga. Unga personer kan i vissa fall föras vidare till exempelvis en barnavdelning för tillnyktring och vård.

Även om specifika tillnyktringsenheter finns, förekommer att dessa inte tar emot barn och unga. En TNE vi studerat tar till exempel inte emot personer under 18 år och en annan TNE inte personer under 16 år. Vissa vårdföreträdare menar att det beror på att en TNE inte är anpassad för barn och därför inte en lämplig miljö för barn och unga att vistas i.

Vissa landsting har specifika tillnyktringsverksamheter för barn och unga. I exempelvis Stockholm finns Maria Ungdom, som bland annat har en akutmottagning med tillnyktringsplatser som tar emot personer upp till 20 år. Tillgången till denna mottagning är en anledning till att en relativt hög andel unga förs till vård i Stockholm, menar poliser och vårdföreträdare.

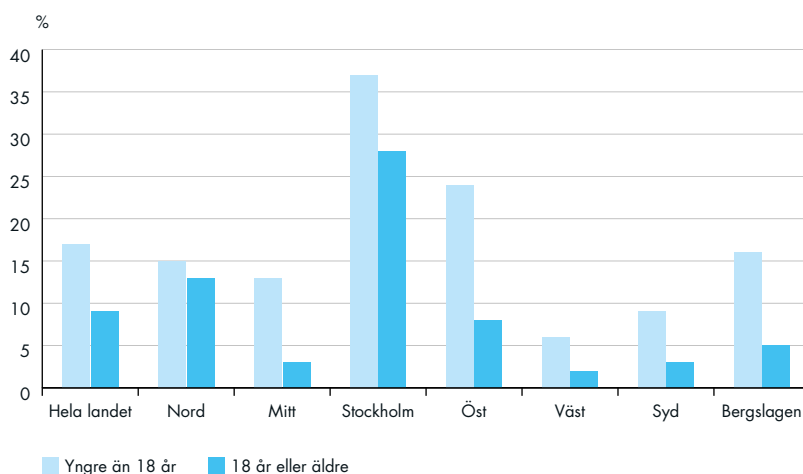
### 6.4 STORA GEOGRAFISKA SKILLNADER I VART UNGA FÖRS

Det finns stora geografiska skillnader i vart unga omhändertagna personer förs. Lägst andel unga fördes till vård i polisregion Väst och Syd och högst andel fördes till vård i Stockholms polisregion, där 37 procent av omhändertagna personer under 18 år fördes till vård. Unga personer förs i



något större utsträckning till vård jämfört med vuxna i samtliga polisregioner, men det finns stora variationer (figur 15).

**Figur 15.** Omhändertagna över och under 18 år som förs till vård, per polisregion och hela landet, januari till oktober 2016, procent.



Källa: Transportstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

## 6.5 UNGA FÖRS TILL ARREST I VISSA SITUATIONER

Det finns en samstämmig bild hos poliser om att de försöker undvika att placera personer under 18 år i arrest. Trots det förs ungefär var tredje ung till arrest.

Poliser menar att unga i vissa situationer förs till polisstationen och i vissa fall får stanna kvar i arrest. Unga personer kan till exempel föras till polisstationen i väntan på att en anhörig kan nås och komma och hämta barnet. Då placeras ofta barnet på en soffa eller i ett väntrum, men sällan i arresten.

I vissa situationer kan unga placeras i arresten och få stanna kvar där för tillnyktring. Det kan vara när hen inte går att identifiera eller inte vill identifiera sig. Det kan också vara i situationer när den omhändertagna ungdomen inte vill uppge kontaktuppgifter till någon anhörig eller inte har anhöriga eller någon annan vuxen som kan komma och hämta dem. Till exempel förekommer det att barn och unga som bor på HVB-hem ibland få stanna i arresten över natten, eftersom de saknar en vuxen som kan hämta dem. Hemmen saknar ofta möjligheter att hämta barnen vissa tider, till exempel under sena nätter och helger. Följden blir att barnen placeras i arrest

tills de kan föras till sitt HVB-hem eller hämtas nästa dag. Unga personer som är utåtagerande är också en grupp som ibland placeras i arrest. Enligt poliser förekommer det att unga personer är så utåtagerande att barnets föräldrar eller andra vuxna inte förmår att ta hand om dem, utan önskar att polisen tar hand om dem i arresten.

## 6.6 FORTSATTAS INSATSER FÖR BARN OCH UNGA UPPFATTAS FUNGERA RELATIVT VÄL – MEN BRISTER FINNS

Företrädare för polis, socialtjänst och hälso- och sjukvård uppfattar att det finns relativt väl utvecklade rutiner för att fånga upp barn och unga för fortsatta insatser. Men det finns också områden som behöver fortsätta utvecklas, visar vår uppföljning.

### 6.6.1 Orosanmälningar görs i varierande utsträckning i samband med ett omhändertagande

Anställda inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och polisen är skyldiga att anmäla till socialtjänsten om de får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa (14 kap. 1 § SoL). Orosanmälningar görs också relativt ofta i samband med att en ung person omhändertagits, enligt företrädare för både polis, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Men rutinerna varierar och det saknas sammanställd statistik för orosanmälningar, vilket innebär att vi inte kan dra några slutsatser om omfattningen av orosanmälningar.

Poliser i de flesta lokalpolisområden menar att de ofta bedömer ett omhändertagande av en ung person som en orossituation, vilket innebär att de gör en orosanmälan. Vissa poliser skickar både LOB-protokollet och gör en orosanmälan till socialtjänsten när en person under 18 år omhändertas, men rutinerna varierar. I ett av de lokalpolisområden som vi har studerat menar polisen att de sällan gör orosanmälningar i samband med att en person under 18 år omhändertas. De underrättar i stället socialtjänsten genom att skicka LOB-protokollet, och menar att de på så sätt överlåter åt socialtjänsten att bedöma om omhändertagandet är en orossituation eller inte.

Både polis- och hälso- och sjukvårdsföreträdare säger att de har börjat göra orosanmälningar i högre utsträckning under de senaste åren. Även företrädare för socialtjänsten uppfattar att orosanmälningarna i samband med LOB-omhändertaganden har ökat under de senaste åren. Det kan bero på en allmänt ökad kunskap och medvetenhet om behovet av att uppmärksamma barn och unga som far illa, menar flera socialtjänstföreträdare.



### **6.6.2 Orosanmälningar ger möjlighet till mer aktiva insatser**

Samtliga kommuner vi studerat framhåller att de gör mer aktiva och skyndsamma insatser om den omhändertagna är minderårig. Detta gäller i synnerhet om en orosanmälan gjorts i samband med omhändertagandet. I flera kommuner kallar socialtjänsten personer under 18 år till samtal tillsammans med föräldrarna. I vissa kommuner aktiveras också samarbeten mellan andra aktörer, exempelvis skola och polis. De fortsatta insatserna beror därefter på vad de enskilda utredningarna visar.

Flera kommuner vi talat med upplever att hög arbetsbelastning och brist på personal gör det svårt att hinna följa upp orosanmälningar i den grad de önskar. De behöver därför ofta prioritera mellan vilka orosanmälningar de ska agera mer eller mindre skyndsamt på. Samtidigt ser socialsekreterare positivt på att de får in både LOB-protokoll och orosanmälningar för unga personer. Det stärker deras möjligheter att kunna göra underbyggda utredningar och sätta in mer aktiva insatser där det behövs.

### **6.6.3 Samordningen av insatser för barn och unga brister**

Samordningen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser och behandlingar för missbruk och beroende hos barn och unga beskrivs som bristande i flera län. Brister i samordningen finns såväl mellan som inom respektive huvudman. Även tidigare studier har visat att barn och unga uppfattas vara en målgrupp som det är viktigt men svårt att samordna insatser kring (Vårdanalys 2017). Det kan till exempel handla om samarbetet mellan barn- och ungdomsenheter och vuxenenheter som inte är tillräckligt samordnade menar socialtjänstföreträdare. Det kan innebära en risk för att unga personer som befinner sig i gränslandet mellan att vara barn och vuxen inte får de insatser de behöver. Vårdanalys har tidigare konstaterat att det är angeläget att fortsätta utveckla förutsättningarna för en samordnad missbruks- och beroendevård ur ett barnperspektiv (Vårdanalys 2017).

## **6.7 BARN TILL PERSONER SOM OMHÄNDERTAS ÄR EN VIKTIG GRUPP ATT UPPMÄRKSAMMA**

Barn till personer som omhändertas är en viktig grupp att uppmärksamma av olika anledningar. Om omhändertagandet av en förälder innebär att ett minderårigt barn lämnas ensam, kan det finnas ett akut behov av tillsyn och insatser. Även i ett förebyggande syfte är det viktigt att fånga upp barn till föräldrar med missbruk och beroende, eftersom barnen ofta löper risk att



utveckla egen ohälsa och missbruk. Det är därför viktigt att kunna identifiera om de som omhändertas har minderåriga barn. Men medvetenheten om och rutinerna för att identifiera barn till dem som omhändertas varierar inom polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rutiner för att identifiera dessa barn saknas på flera håll.

### **6.7.1 Polisens rutiner för att uppmärksamma barn varierar**

I LOB-protokollet kan polisen ange *antal hemmavarande barn* samt om det finns *annan vårdnadshavare till barnet*. Det finns olika uppfattningar om hur långtgående ansvar och befogenheter polisen har för att ta fram dessa uppgifter. Rutinerna för hur polisen tar reda på uppgifterna varierar också mellan olika lokalpolisområden. I vissa lokalpolisområden finns rutiner för att samtliga omhändertagna vuxna ska tillfrågas om de har hemmavarande barn, medan de saknas i andra. I några lokalpolisområden ställer polisen både frågor och gör rutinmässigt eftersökningar i register för att utreda om personen har hemmavarande barn. Poliser gör denna dubbelkontroll, eftersom de menar att personer som omhändertas inte alltid vill uppge att de har barn. Om en person inte vill uppge om hemmavarande barn finns, och inte vill identifiera sig är det svårt att ta reda på om personen har barn, menar poliser.

I vissa lokalpolisområden görs orosanmälningar rutinmässigt om det framkommer att en omhändertagen har barn, i andra inte. Många poliser framhåller att det kan vara svårt att avgöra vad som är en orosituation eller inte, eftersom de saknar tillräckliga uppgifter som kan ligga till grund för en bedömning. Vissa poliser uppfattar att det inte är polisens utan socialtjänstens uppgift att ta reda på både om den som omhändertas har barn och bedöma om omhändertagandet kan ses som en orosituation eller inte.

### **6.7.2 Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens rutiner varierar**

Även inom hälso- och sjukvården varierar medvetenheten om och rutinerna för att uppmärksamma om en berusad vuxen person har minderåriga barn. Det finns också olika uppfattningar om vilket ansvar vården har för att ta fram dessa uppgifter. Vissa uppfattar att frågan kan vara känslig och svår att ställa. En vårdföreträdare säger :

” Om vi frågar efter barn, tror de att vi ska ta barnen från dem. Om vi sen informerar dem om att de kan bli av med körkortet (...) då blir de tokiga.



De TNE som ingår i vår uppföljning har i större utsträckning rutiner för att uppmärksamma om den som omhändertas har minderåriga barn. Vissa både frågar och gör efterforskningar genom att göra slagningar i register. Om en person som tagits emot för tillnyktring har minderåriga barn hemma kan de i vissa fall ringa socialtjänsten, som kan bedöma om de ska åka till bostaden eller inte. Det kan också ligga till grund för en orosanmälan, menar vårdföreträdare.

Även socialtjänstens rutiner för att uppmärksamma om en tidigare omhändertagen person har minderåriga barn varierar. En del kommuner gör inga utredningar alls för att ta reda på uppgifterna, om det inte redan framgår av LOB-protokollet. Andra kommuner gör rutinmässigt sökningar i folkbokföringsregister och dokumentationssystem för samtliga vuxna som omhändertas. En kommun utreder förutom om hemmavarande minderåriga barn finns, också om personen har utflyttade barn eller en sammanboende partners barn i sin närhet. Även dessa barn påverkas av den vuxnes missbruk, framhåller socialtjänstföreträdare.

### **6.7.3 Socialtjänsten gör mer aktiva insatser om personen har barn**

Om socialtjänsten har uppgifter om att en tidigare omhändertagen person har minderåriga barn gör de i regel mer aktiva och skyndsamma insatser, enligt de flesta kommuner i vår undersökning. Till exempel kan de då erbjuda samtal, där även barnet eller familjen kan bjudas in. I somliga kommuner kan handläggare från både barn- och ungdoms och vuxenenheten delta vid samtalen. Men den vuxne tackar ofta nej till dessa samtal, menar socialtjänstföreträdare. Socialtjänsten gör då sällan ytterligare insatser. Socialsekreterare framhåller att de i kontakten med en vuxen person gör svåra avvägningar mellan barnets bästa och föräldrarnas integritet som påverkar vilka uppföljande insatser de gör.

Vissa socialsekreterare uppfattar att personer i större utsträckning kommer på samtal om barn- och ungdomsenheten i stället för vuxenenheten kallar till samtalet. Fungerande samverkan mellan barn- och ungdomsenheter och vuxenheter kan öka möjligheterna att fånga upp både föräldrar som omhändertagits och barn till dem, menar socialsekreterare. För att förbättra samverkan bedriver vissa kommuner systematiska samarbeten mellan barn- och ungdomsenheter och vuxenenheter. På så sätt strävar de efter att ta ett helhetsgrepp om hela familjen till en person med ett missbruk. Det innebär till exempel att de för samtliga vuxna som omhändertagits tar reda på om det finns barn i personens omgivning. Därefter erbjuder de samtal, stöd

och information som inkluderar hela familjen. Även barnen bjuds in. Detta arbetssätt bidrar till att de flesta som kallas också kommer till samtal, säger de socialsekreterare vi har talat med. Även om samtalet inte alltid leder till fortsatta insatser direkt kan det bidra till att motivera personen att fortsätta att söka hjälp på längre sikt, eftersom ett samtal där hela familjen är med kan göra ämnet talbart inom familjen.









## Så var satsningen utformad

I det här kapitlet beskriver vi hur regeringens satsning för att öka den medicinska säkerheten och förbättra omvårdnaden vid ett omhändertagande enligt LOB var utformad. Vi beskriver inledningsvis de kriterier som gällde för utbetalning av medel till länen. Därefter beskriver vi hur medlen har fördelats mellan länen, och hur länen har organiserat arbetet inom satsningen. Vår beskrivning av satsningen baseras på uppgifter från Kammarkollegiet, Socialdepartementet och företrädare för länen.

### 7.1 SATSNINGENS MÅL ÄR ÖKAD MEDICINSK SÄKERHET OCH FÖRBÄTTRAD OMVÅRDNAD OM OMHÄNDERTAGNA

Regeringen tog 2014 initiativ till en treårig satsning för att stödja ett lokalt och regionalt utvecklingsarbete i syfte att öka den medicinska säkerheten och förbättra omvårdnaden om de personer som omhändertas enligt LOB. Syftet var att stimulera landstingen, kommunerna och Polisen att gemensamt utveckla alternativa lösningar till att placera omhändertagna i arrest, i synnerhet för barn yngre än 18 år. Målet med satsningen var ”att få till stånd en tydlig och varaktig praxisförändring så att betydligt färre personer förs till arresten jämfört med i dag. I stället ska personerna omhändertas på annat sätt så att fler kan fångas upp för fortsatta stöd- och behandlingsinsatser.” Genom att stärka vård och omsorgsinsatserna för personer som omhändertas skulle efterföljande behandling också underlättas, menade regeringen. (S2014/2933/FST).

Regeringen betonade att de lokala behoven skulle vara styrande för vilka lösningar parterna valde att utveckla i satsningen. Regeringen menade att



Så var satsningen utformad

arbetet med satsningen borde knytas till den regionala stödstruktur som har byggts upp genom utvecklingsarbetet Kunskap till praktik. Regeringen såg också att parternas arbete med satsningen kunde knytas till de krav på överenskommelser mellan landsting och kommuner inom missbruk- och beroendevård som lagen kräver sedan 2013 (S2013/6484/FST).

## 7.2 VARIERANDE KRITERIER UNDER SATSNINGEN

Genom satsningen planerade regeringen att fördela 35 miljoner kronor varje år under perioden 2014 till 2016. Kammarkollegiet fick i uppdrag att betala ut medel. Pengarna skulle fördelas till landsting, kommuner och Polisen. Regeringen bedömde att arbetet kunde kräva mer resurser i län med ett stort antal kommuner. Halva beloppet skulle därför fördelas jämnt över länen och resterande belopp efter antalet kommuner i varje län. Fördelningen av medel baserades också på olika kriterier och villkor över åren. Kriterierna har justerats under satsningens gång (tabell 3). År 2014 betalades medel ut i förskott, och 2015 och 2016 i efterskott efter genomförda prestationer.

**Tabell 3.** Kriterier för satsningen, perioden 2014–2016.

	2014	2015	2016
Initiala kriterier	Förberedelser för överenskommelse exempelvis kartläggning	Undertecknad överenskommelse mellan Polis, landsting och kommuner	Kunna påvisa effekter till följd av insatser
Justerade kriterier			Fortsatt arbete eller framtagande av överenskommelse

Källa: Socialdepartementet (S2014/2933/FST), (S2016/01234/FST).

### 7.2.1 År 2014 ställdes krav på förberedande arbete, exempelvis en kartläggning

Under 2014 var ett villkor för att få medel från satsningen att parterna skulle förbereda ett arbete med målet att ingå en lokal överenskommelse under 2015. Enligt regeringen kunde förberedelserna exempelvis vara en kartläggning. Kartläggningen föreslogs innehålla uppgifter om exempelvis antal omhändertagna, de omhändertagnas ålder och kön, vilka preparat de omhändertagna använt, samt hur många som fördes till arrest respektive till vård. Regeringen menade också att kartläggningarna lämpligen kunde omfatta vilka alternativ som fanns till omhändertagande i arrest och vilka



alternativa lösningar som parterna ansåg behövde utvecklas. Länen skulle redovisa hur 2014 års medel använts senast i mars 2015, och de län som inte kunde redovisa förberedande arbete skulle då också återbetala sina medel. (S2014/2933/FST).

### **7.2.2 År 2015 ställdes krav på överenskommelse**

Den prestation som skulle genomförts för att få medel 2015 var att parterna hade ingått en lokal överenskommelse. Regeringen formulerade också ett antal kriterier för överenskommelsen:

1. Överenskommelsen ska vara politiskt förankrad hos den eller de huvudmän som omfattas av överenskommelsen.
2. Överenskommelsen ska vara undertecknad av behörig företrädare för Polismyndigheten.
3. Av överenskommelsen ska framgå vilka åtgärder parterna avser vidta och vilka effekter som dessa förväntas ge såväl vad gäller vuxna som barn och unga.
4. Av överenskommelsen ska framgå hur den ska följas upp och vilken eller vilka aktörer som ansvarar för uppföljningen.

En kopia på överenskommelsen skulle skickas till Socialdepartementet och medlen fördelades därefter mellan de län som hade ingått överenskommelser. (S2015/776/FST).

### **7.2.3 Kriterierna för 2016 justerades**

Kriterierna för 2016 års medel har justerats under satsningen. I inledningen av satsningen aviserade regeringen att parterna år 2016 skulle kunna ”påvisa en förändring som innebär att färre av de omhändertagna personerna förs till arresten och fler i stället förs till en alternativ verksamhet som kan tillhandahålla medicinsk säkerhet och god omvårdnad” (S2014/2933/FST). Men 2016 justerades kriterierna till att parterna i stället skulle kunna ”påvisa att arbete pågick i enlighet med den överenskommelse som har ingåtts”. Länen fick också möjlighet att tilldelas medel om de under 2016 tog fram en överenskommelse. Departementet beslutade också att resultatrapporteringen för 2016 års medel kunde ske muntligt till departementet. Det innebar att ett fåtal län skriftligt rapporterade uppnådda effekter av satsningen



när satsningen avslutades 2016. Enligt intervjuer med företrädare från Socialdepartementet och länsföreträdare berodde justeringarna delvis på synpunkter från länen om att tidigare villkor var svåra att uppnå inom de givna tidsramarna. Samtliga län som ansökte om medel 2016 tilldelades medel. (S2016/01234/FST).

### 7.3 SÅ HAR MEDLEN FÖRDELATS OCH ANVÄNTS

Genom satsningen planerade regeringen att fördela sammanlagt 105 miljoner kronor. Vår uppföljning visar att drygt 104 miljoner kronor betalades ut under satsningen. Av det utbetalda beloppet behöll länen cirka 88 miljoner kronor, motsvarande 85 procent av de utbetalda medlen. Av de fördelade medlen återbetalades 16,5 miljoner till Kammarkollegiet (tabell 4).

**Tabell 4.** Utbetalda, återbetalda och förbrukade medel, 2014 till 2016, kronor.

	2014	2015	2016	Total 2014–2016
Utbetalt	32 458 000	37 785 002	34 145 500	104 388 502
Återbetalt	16 513 545	–	–	16 513 544
<b>Förbrukat</b>	<b>15 944 456</b>	<b>37 785 002</b>	<b>34 145 500</b>	<b>87 874 958</b>

Källa: Kammarkollegiet, Vårdanalys sammanställning och bearbetning.

#### 7.3.1 Häften av medlen återbetalades under 2014

Länen har i varierande utsträckning deltagit i och tilldelats medel under satsningen (tabell 5). Några anledningar till att deltagandet varierat är att det saknats personer och funktioner i länen som kunnat hålla i satsningen under samtliga år. I andra län har parterna inte kunnat komma överens om insatser eller så har satsningen inte prioriterats, menar länsföreträdare. Uppstartstiden under det första året uppfattas också ha varit kort, vilket i vissa län bidrog till att de inte hann starta upp ett arbete. Det beskrivs vara en huvudanledning till att länen under satsningens första år återbetalade drygt hälften, 16,5 miljoner kronor av de fördelade medlen. 14 län återbetalade hela eller delar av det utbetalda beloppet. Av de 14 länen betalade 9 län tillbaka mer än hälften, och ett län betalade tillbaka hela beloppet. 6 län behöll hela beloppet (se bilaga 4). Vi återkommer till andra utmaningar under genomförandet i kapitel 9.

**Tabell 5.** Förbrukade medel \*, 2014 till 2016, per län, kronor.

Län	2014	2015	2016	2014-2016
Blekinge	211 000	1 948 654	–	2 159 654
Dalarna	552 204	3 153 654	2 812 500	6 518 358
Gotland**	–	–	1 354 167	1 354 167
Gävleborg	399 639	2 551 154	2 291 667	5 242 460
Halland	1 195 000	2 069 154	1 875 000	5 139 154
Jämtland	226 327	–	–	226 327
Jönköping	1 618 000	2 912 654	2 604 167	7 134 821
Kalmar	21 460	2 792 154	2 500 000	5 313 614
Kronoberg	311 097	2 310 154	–	2 621 251
Norrbottnen	623 274	–	–	623 274
Skåne	545 707	–	–	545 707
Stockholm	2 402 000	4 479 154	3 958 332	10 839 486
Södermanland	1 376 000	2 430 654	2 187 500	5 994 154
Uppsala	1 221 139	2 310 154	2 083 333	5 614 626
Värmland	1 226 208	3 274 154	2 916 667	7 417 029
Västerbotten	1 045 785	2 812 500	2 812 500	6 670 785
Västernorrland	1 011 576	2 189 654	1 958 000	5 159 230
Västmanland	1 437 000	2 551 154	2 291 667	6 279 821
Västra Götaland	452 820	–	–	452 820
Örebro	68 220	–	2 500 000	2 568 220
Östergötland	–	–	–	–
<b>Totalt</b>	<b>15 944 456</b>	<b>37 785 002</b>	<b>34 145 500</b>	<b>87 874 958</b>

\* Med förbrukade medel menar vi medel som länen behållit.

\*\* Gotlands län återbetalade hela summan 2014.

Källa: Kammarkollegiet, Vårdanalys sammanställning och bearbetning.

### 7.3.2 Medel har mottagits av olika parter och främst använts till personalkostnader

De parter som tog emot medel har varierat mellan länen och över åren. Landsting och region- och kommunförbund var mottagande parter år 2014 och 2015. År 2016 var landsting den mottagande parten i samtliga län.

Pengarna har framför allt använts till personalkostnader i samband med insatserna, exempelvis för att anställa projektledare, konsulter och arvoda arbetsgrupper. Medel har också använts till att ta fram informationsmaterial som foldrar och broschyrer. Pengarna har också använts för att köpa in exempelvis promillemätare, hjärtstartare och plastmadrasser.



## 7.4 ARBETET I LÄNEN HAR ORGANISERATS PÅ OLIKA SÄTT

Arbetet med satsningen har organiserats på olika sätt i länen. I de flesta län har både polis, landsting och kommuner deltagit. Kommunernas deltagande har varierat, från ett fåtal kommuner till samtliga kommuner i länet. Flera län har upplevt det svårt att involvera samtliga kommuner.

I vissa län fanns samverkanstrukturer inom missbruk- och beroendeområdet redan på plats innan satsningen, exempelvis från Kunskap till praktik, men även tidigare arbete inom andra områden har bidragit till samverkansstrukturer. I vissa län fanns till exempel redan samarbeten mellan polisen, hälso- sjukvården och socialtjänsten. I andra län kom Polisen in som en ny aktör i samverkansgrupperna. Att polisen redan tidigare involverats beskrivs som en främjande faktor för att snabbt få till fungerande arbetsgrupper.

Arbetsgrupperna har bestått av parter på olika nivåer inom de tre organisationerna. Det har funnits särskilt utsedda personer med ansvar för att samordna arbetet i de flesta län. Dessa personer har framför allt kommit från kommunerna, landstinget eller varit anställda konsulter. I vissa län har personerna tidigare haft ett uppdrag som processledare inom ramen för Kunskap till praktik.

### Kunskap till praktik

År 2008 till 2014 bedrev Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett utvecklingsarbete inom missbruks- och beroendevården som hette Kunskap till praktik. Arbetet hade som övergripande syfte att förbättra samverkan mellan kommuner och landsting inom missbruksområdet. Inom ramen för Kunskap till praktik träffade SKL skriftliga överenskommelser med huvudmännen som innebar att de skulle utse en processledare som hade i uppgift att främja utvecklingen av missbruks- och beroendevården lokalt och regionalt. Huvudmännen skulle också utse nyckelpersoner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som skulle delta i arbetet. Processledarna och nyckelpersonerna medverkade också i ett nationellt nätverk för att få inspiration, utbyta erfarenheter och sprida kunskap mellan länen. När Kunskap till praktik avslutades 2014 bildades ett nätverk för missbruks- och beroendevården i landsting och kommuner (MILK) för att ta tillvara de erfarenheter och strukturer som byggts upp, främja samverkan samt sprida goda exempel och erfarenheter. Nätverket består av tjänstemän inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens missbruks- och beroendevård, till exempel processledare eller utvecklingsledare, samt tjänstemän med ledningsansvar.

Källa: FOU 2017, Vårdanalys, samt uppgifter från Gunborg Brändström.





## Vilka insatser har genomförts inom satsningen?

I det här kapitlet beskriver vi vilka insatser som påbörjats och genomförts i de landsting och kommuner som har ingått överenskommelser. Vi beskriver också hur långt insatserna hade kommit i oktober 2017. Uppgifterna bygger på de överenskommelser som tagits fram inom satsningen samt på intervjuer med läns- och verksamhetsföreträdare. Vi kan inte ge goda exempel på arbetssätt och metoder som kan användas för kunskapsspridning. Det beror på det saknas resultatrapporteringar av eventuella effekter av de insatser som gjorts, vilket innebär att vi saknar kunskap om vilka insatser som är ändamålsenliga och kan bidra till förbättringar för de personer som omhändertas. I bilaga 3 ger vi en fördjupad beskrivning av insatser i tre län. Sammanfattningsvis kan vi konstatera följande:

- 15 län har ingått en lokal överenskommelse inom satsningen. De flesta överenskommelser har ingåtts mellan både Polisen, landstingen och kommunerna.
- Sammanlagt 53 insatser hade påbörjats eller genomförts i oktober 2017. Av dem var 64 procent (34 insatser) genomförda, cirka 16 procent (8 insatser) pågick, och cirka 20 procent (11 insatser) var fortfarande i planeringsfas i oktober 2017.



Vilka insatser har genomförts inom satsningen?

- Vi har identifierat sex olika teman för insatserna:
  1. bedömning av vårdbehov
  2. alternativ till arrest för tillnyktring
  3. medicinsk säkerhet i arrest
  4. förebyggande och fortsatta insatser
  5. uppföljning
  6. rutiner och samverkan mellan och inom huvudmän.
- De flesta insatserna syftar till att stärka övergripande rutiner och samverkan mellan och inom huvudmän. Få insatser har inriktats på att utveckla lösningar eller rutiner för bedömning av vårdbehov (3 insatser) och uppföljning (4 insatser).
- Många insatser berör ett begränsat antal kommuner, del av ett landsting eller fåtal lokalpolisområden. Insatser har till viss del utförts som pilotprojekt eller punktinsatser.

## 8.1 DE FLESTA LÄN TOG FRAM KARTLÄGGNINGAR 2014

Under satsningens inledande år genomförde 18 län kartläggningar (tabell 6). Dessa utformades med främsta syfte att förbereda inför fortsatt arbete. Det innebär att de utformades på olika sätt, beroende på de varierande lokala och regionala behoven och förutsättningarna.

## 8.2 ÖVERENSKOMMELSER TOGS FRAM AV 15 LÄN

När satsningen avslutades 2016 var det 15 län som hade ingått överenskommelser. De flesta överenskommelser var undertecknade av samtliga tre parter, det vill säga Polisen, landstinget och åtminstone en kommun i länet. I två län saknas kommunerna helt, och i andra län har enstaka kommuner skrivit under överenskommelsen.

Enligt Socialdepartementets bedömning uppfyllde majoriteten av överenskommelserna de kriterier som utformats. Det innebar att överenskommelserna beskrev vilka åtgärder som planerades och vilka effekter de förväntades ge. Alla överenskommelser utom två beskrev hur de skulle följas upp och vilka aktörer som ansvarade för uppföljningen. Överenskommelserna var också politiskt förankrade hos de huvudmän som omfattades av överenskommelsen, samt var undertecknade av behörig företrädare för Polisen.

De sex län som inte tog fram överenskommelser beskriver olika anledningar till det. I ett län med ett stort antal kommuner kunde parterna



**Tabell 6.** Överenskommelser och kartläggningar 2014 till 2016, per län.

Län	Överenskommelse	Kartläggning
Blekinge	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja
Gotland	Ja*	Ja
Gävleborg	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja
Jämtland	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja
Norrbottnen	Nej	Ja
Skåne	Nej	Ja
Stockholm	Ja	Ja
Södermanland	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Ja
Västra Götaland	Nej**	Ja
Örebro	Nej	Ja
Östergötland	Nej	Nej

\* Gotlands län tog fram en överenskommelse under 2016

\*\* Västra Götalands län tog fram en överenskommelse under 2017

Källa: Uppgifter från länen, Vårdanalys bearbetning.

inte enas om att ta fram en överenskommelse. I andra län såg man inget behov av utveckling på området eller hade behov av att prioritera andra frågor. Polisens omorganisering beskrivs i ett län som en primär anledning till att de inte kunde ta fram en överenskommelse. I ett annat län saknades funktioner som kunde hålla i arbetet med överenskommelsen år 2015.

Flera länsföreträdare uppfattar att det var kort om tid för att få till stånd överenskommelsen och förankra den politiskt under 2015. Många påpekar att de största utmaningarna trots allt finns i nästa steg, i att genomföra de insatser som planerats i överenskommelsen.



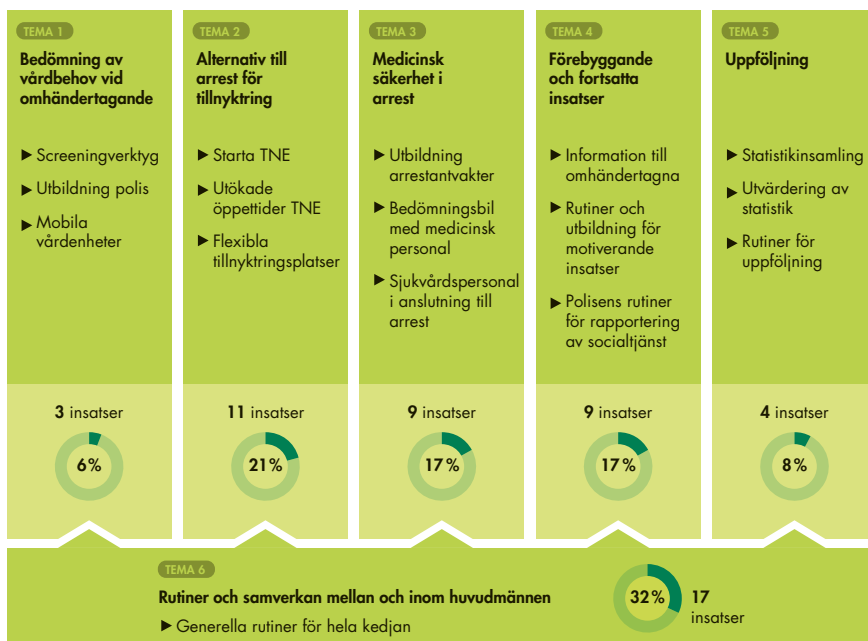
## 8.3 ETT FEMTIOTAL INSATSER HAR PÅBÖRJATS INOM SATSNINGEN

I de 15 överenskommelser som togs fram inom satsningen planerades totalt 66 insatser. Av dessa hade drygt hälften (39 insatser) påbörjats hösten 2017. Resterande insatser (27 insatser) påbörjades aldrig eller lades ner under genomförandet. Länen har även påbörjat ett arbete med ytterligare 14 insatser som inte planerades i överenskommelserna. Det innebär att sammanlagt 53 insatser hade påbörjats eller genomförts i oktober 2017. Antalet påbörjade insatser per län skiljer stort – från 1 till 11 stycken. Vår studie visar att många insatser berör ett begränsat antal kommuner, vårdenheter eller enskilda lokalpolisområden. Insatser har också utförts som punktinsatser till viss del.

### 8.3.1 Sex övergripande typer av insatser

Det finns en stor bredd i insatsernas utformning och inriktning. Vi har identifierat sex huvudsakliga teman av insatser som spänner över omhändertagandets hela process, från bedömning av vårdbehov vid själva omhändertagandet till förebyggande och fortsatta insatser samt uppföljning (figur 16). Temana kan i viss mån överlappa varandra och insatserna kan påverka flera områden samtidigt, antingen indirekt eller på längre sikt. Tema 1 till 4 knyter direkt an till satsningens mål.

Figur 16. Sex huvudsakliga teman av insatser.



### *Tema 1: Bedömning av vårdbehov*

Temat omfattar insatser som inriktas på att ge utbildning och ta fram vägledning för att bedöma vårdbehovet vid omhändertagandet. Exempelvis har Stockholm tagit fram ett bedömnings- och screeninginstrument för poliser i yttre tjänst (se bilaga 3). I andra län har ett arbete påbörjats för att utveckla rutiner för medicinsk bedömning i samband med ett omhändertagande och för att mobila vårdenheter ska hjälpa till med medicinska bedömningar.

### *Tema 2: Alternativ till arrest för tillnyktring*

Temat består av olika initiativ för att skapa andra alternativ för tillnyktring än arresten. Det handlar om att inrätta tillnyktringsenheter (TNE), öppna akutplatser för berusade och att skapa flexibla tillnyktringsplatser vid befintliga vårdmottagningar. Exempelvis i Västerbotten har flera insatser påbörjats inom temat, bland annat att skapa flexibla tillnyktringsplatser vid sjukstugor i inlandet, och att utöka öppettiderna vid befintlig TNE.

I oktober 2017 hade sex län planer på att öppna TNE. Länen har kommit olika långt i planerna. I Halland, Jönköping, Uppsala och Värmland var genomförandefas för att öppna en TNE, och Dalarna och Västmanland hade långt framskridna planer. I Dalarna planeras en TNE med fyra platser för tillnyktring för vuxna i Falun, och ett mindre antal platser i Avesta och Mora. I Halland pågår utveckling av en gemensam tillnyktrings- och abstinensavdelning, och Jönköping har påbörjat ett arbete med en TNE med cirka 8 platser och ett antal tillnyktringsplatser på andra sjukhus i länet. Uppsala planerar att inrätta en TNE med 6 till 9 platser och Västmanland planerar en TNE med 6 till 7 platser.

### *Tema 3: Medicinsk säkerhet i arrest*

Temat inkluderar insatser som ska öka den medicinska säkerheten för personer som tillnyktrar i arrest. Sådana insatser kan exempelvis vara utbildningar för poliser och arrestantvakter för att kunna göra akuta insatser och bedömningar av hälsotillstånd i arrest. Exempelvis Södermanland har genomfört utbildningsinsatser för arrestantvakter för att öka deras förmåga att upptäcka symptom, hantera medicinsk utrustning och genomföra akuta vårdinsatser. Även Värmland har påbörjat en utbildningsinsats för arrestantvakter, som inkluderade utbildning i hjärt- och lungräddning samt genomgång av vanliga sjukdomstillstånd. Insatser under temat handlar också om att skapa tillgång till sjukvårdspersonal i anslutning till arresten. I exempelvis Kronoberg har bemanningen vid arresten och häktet kompletteras med tillgång till en sjuksköterska vissa tider. Bland insatserna finns också en



så kallad bedömningsbil med hälso- och sjukvårdspersonal som polisen kan tillkalla till arresten om det behövs. Insatser har också inriktats på att utveckla lösningar för transport från arrest till vård.

#### *Tema 4: Förebyggande och fortsatta insatser*

Temat knyter framför allt an till satsningens mål om att fånga upp fler omhändertagna personer för fortsatt och förebyggande stöd och behandling.

Vissa insatser har inriktats mot att utveckla rutiner för hur och när polisen ska rapportera om de omhändertagna till socialtjänsten. I exempelvis Kalmar har insatser inriktats på rutiner för att socialtjänsten ska komma in i ett tidigare skede och på att de omhändertagna ska få information om vart de kan vända sig. Några län har också tagit fram informationsfoldrar med information om LOB samt kontaktuppgifter till socialtjänsten. Vissa län har sett över rutiner för de insatser som socialtjänsten genomför efter att de fått uppgifter om ett omhändertagande. Exempelvis har Kronoberg planerat insatser inom socialtjänsten för att utveckla rutiner för erbjudanden om samtal efter ett omhändertagande. Insatser har också inriktats på att vidareutbilda personal i metoder för motiverande samtal (MI). I andra län har rutiner utformats för hur landstinget kan motivera omhändertagna personer att stanna kvar inom vården. I Halland har representanter från brukarorganisationer involverats inom hälso- och sjukvården för att öka motivationen för den omhändertagna till att ta emot stöd och behandlingar.

#### *Tema 5: Uppföljning*

Temat avser insatser som ska utveckla möjligheterna för uppföljning av omhändertaganden och de insatser som sker i samband med ett omhändertagande. Till exempel har insatserna inriktats på att utveckla metoder och rutiner för systematisk uppföljning och sammanställning av statistik inom Polisen och kommunerna. Exempelvis har Kronoberg påbörjat insatser för att polisen och socialtjänsten ska sammanställa statistik och Stockholm har påbörjat insatser för att kvalitetssäkra statistik och utveckla möjligheter att följa upp hur många som förs till vård i olika lokalpolisområden. Västerbotten har tagit fram en digital mall för polisen för att fylla i bedömningar av skäl till omhändertaganden.

#### *Tema 6: Rutiner och samverkan mellan och inom huvudmän*

Temat består av insatser som har som mål att utveckla mer generella rutiner och samverkan mellan och inom polisen, hälso- och sjukvården och

socialtjänsten. Vissa insatser inom temat har bestått i att ta fram rutiner för huvudmännens respektive ansvar eller att formalisera samverkan på andra sätt. Flera av dessa insatser är av övergripande karaktär och en del är vagt formulerade. Exempelvis planerar ett län att ”Kartlägga och utveckla interna och externa rutiner samt flödesscheman inom och mellan de olika huvudmännen i syfte att förbättra vårdkedjan vid LOB-anmälan”. Ett annat län har planerat att ta fram ”interna och externa skriftliga rutiner och flöden gällande hur möta personer som omhändertaras enligt LOB”. Insatserna konkretiseras inte ytterligare. Andra av temats insatser har som mål att stärka samverkan vid särskilda händelser då antalet omhändertagande kan förväntas bli många, exempelvis vid större marknader eller festivaler.

### 8.3.2 Flest insatser för att utveckla rutiner och samverkan

Flest insatser (17) hade i oktober 2017 påbörjats inom tema 6: *Rutiner och samverkan mellan och inom huvudmän*. Flest län hade också arbetat med insatser inom detta tema (9 av 15 län). Färre insatser hade inriktats på tema 1: *Bedömning av vårdbehov* samt tema 5: *Uppföljning*. Färre län hade också påbörjat insatser inom dessa teman (figur 16).

### 8.3.3 Få insatser för barn och unga men frågan har lyfts

En liten del av insatserna har haft ett specifikt barnperspektiv, eller inriktats särskilt på barn och unga på andra sätt. Fem av de 53 insatserna handlade om förbättringar ur ett barnperspektiv. Dessa insatser finns inom olika teman.

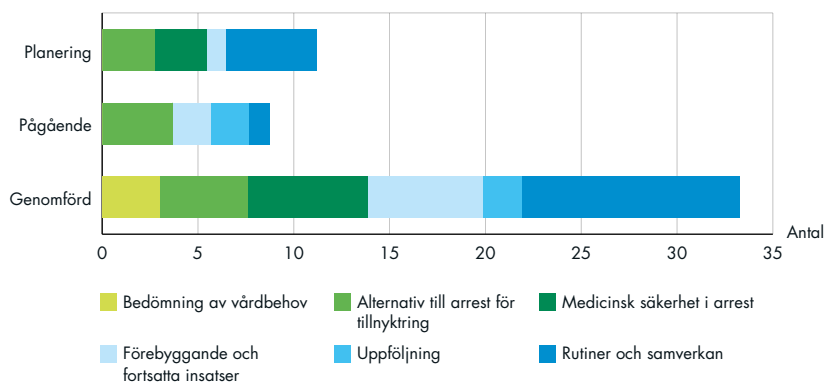
Insatserna baseras till stor del på de behov av utveckling som framkommit i länens kartläggningar. Exempelvis visar flera kartläggningar att de barn och unga som omhändertaras av polisen och som skjutsas hem inte alltid anmäls till socialtjänsten. Det innebär att socialtjänsten inte alltid får vetskap om omhändertagandet. En annan brist som framkommit i kartläggningar är att polisens rutiner för att uppmärksamma hemmavarande minderåriga barn till omhändertagna varierar mellan olika lokalpolisområden (se också kapitel 6). Insatser har därför påbörjats för att utveckla polisens rutiner för att identifiera hemmavarande barn till dem som omhändertaras, och att rapportera omhändertaganden av barn och unga till socialtjänsten. Rutiner för medicinsk bedömning vid hemtransport av unga har också påbörjats. Flera län har övervägt insatser för barn och unga men dragit slutsatsen att omhändertagandet av barn och unga fungerar relativt väl i länet.



### 8.3.4 Var femte insats är fortfarande i planeringsfas

Sammanlagt 53 insatser hade påbörjats i oktober 2017. Av de påbörjade insatserna var 64 procent (34 insatser) genomförda, cirka 16 procent (8 insatser) pågick fortfarande och 20 procent (11 insatser) var fortfarande i planeringsstadiet i oktober 2017.

Figur 17. Vilken fas insatserna befann sig i oktober 2017, fördelade på tema, antal.









## Faktorer som har påverkat satsningens genomförande

I det här kapitlet identifierar och beskriver vi faktorer som har påverkat satsningens implementering, det vill säga genomförande och förutsättningar att uppnå effekter. Vi utgår från faktorer som enligt forskning är viktiga för en framgångsrik implementering (Lundqvist 1987, McLaughlin och Jordan 1999, Sannerstedt 2001, Socialstyrelsen 2017b).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att externa och interna faktorer i varierande grad har påverkat genomförandet och möjligheterna att uppnå effekter. En främjande faktor har varit att de flesta län har identifierats ett behov av förändringar inom området. De identifierade behoven har också i hög grad utgjort en grund i det fortsatta arbetet. Satsningens utformning har inneburit både fördelar och nackdelar för möjligheterna att genomföra och nå effekter av satsningen. Möjlighet att anpassa insatser till lokala och regionala förutsättningar och behov har bidragit till högre deltagande och legitimitet. Men satsningen upplevs också otydlig vilket bidragit till osäkerhet och sänkt ambitionsnivå på vissa håll. Att enas kring hur ansvaret för tillnyktring i praktiken ska utformas har varit en utmaning som bidragit till en tröghet i arbetet. Andra faktorer på lokal och regional nivå har i varierande grad påverkat genomförandet. Några centrala faktorer har varit:

- tillgång till tillnyktringsenheter och tidigare påbörjat arbete
- befintliga samverkanstrukturer och samordnande funktioner
- stöd, engagemang och mandat från ledning
- tillgång till resurser, personal och lokaler.



Bristande tillgång till ovanstående faktorer har utgjort en utmaning i flera län. Därutöver har externa faktorer i varierande grad påverkat genomförandet. Till exempel har länets storlek och Polisens omorganisering försvårat genomförandet i vissa län. Möjligheterna att följa upp satsningen brister vilket innebär ett hinder för att uppnå effekter på längre sikt, eftersom möjligheterna till lärande och kunskapsutveckling försvåras. Vi sammanfattar vår bedömning av faktorer som påverkat satsningen i tabell 7.

**Tabell 7.** Bedömning av hur faktorer påverkat satsningens genomförande och förutsättningar att uppnå effekter och mål.

Faktorer som påverkat förutsättningarna för att genomföra satsningen och uppnå dess mål:	Vår bedömning:
Finns behov av förändring?	Ja
Är satsningens utformning ändamålsenlig?	Delvis
Har parterna förutsättningar att genomföra satsningen?	Delvis
Går satsningens mål och effekter att följa upp?	Nej

## 9.1 FINNS BEHOV AV FÖRÄNDRING?

En främjande faktor för att kunna genomföra en förändring är att aktörerna upplever att det finns ett behov av förändring, och att förändringsarbete utgår från de behov som identifierats. Dessutom visar forskning att ett engagemang och en samsyn om förändringsbehov både uppifrån och nerifrån organisationerna kan främja implementering (Lundqvist 1987, McLaughlin och Jordan 1999, Sannerstedt 2001, Socialstyrelsen 2017b).

### 9.1.1 Det finns ett upplevt behov av förändring

Det finns en samsyn bland företrädare för polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten om att det finns ett behov av förändring inom området. De framhåller att den medicinska säkerheten i samband med ett omhändertagande behöver öka och att möjligheterna till vård och omsorg i samband med ett omhändertagande behöver förbättras.

Kartläggningar och överenskommelser uppfattas ha bidragit till att identifiera och tydliggöra behovet av förändringar samt ena parterna kring utvecklingsbehoven. På så sätt har kartläggningarna och överenskommelserna utgjort utgångspunkter och viktiga kunskapsunderlag i det fortsatta arbetet, menar företrädare för länen.

De flesta län uppfattar att intresset och engagemanget kring frågan har varit stort i de arbetsgrupper som drivit satsningen. En särskild framgångsfaktor som nämns i flera län är att Polisen haft ett stort engagemang för satsningen. Det har funnits en enighet både i verksamheterna och i den politiska ledningen om att behoven av förändring är angelägna, enligt företrädare i flera län. Att det funnits en samsyn om behoven av utveckling i hela organisationen uppfattas ha varit pådrivande för genomförandet av satsningen. Det finns däremot delade uppfattningar om *hur* behoven ska mötas, *vilka* åtgärder som ska genomföras och *vilken* part som ska ansvara för vad.

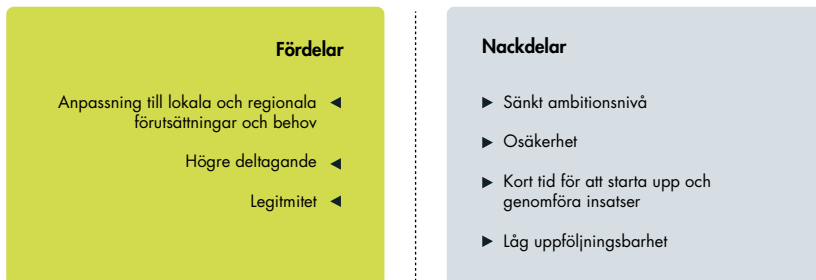
## 9.2 ÄR SATSNINGENS UTFORMNING ÄNDAMÅLSENLIG?

Hur en satsning utformas kan påverka möjligheterna till en lyckad implementering. Forskning menar till exempel att en satsning med alltför vaga mål kan bidra till nackdelar, såsom osäkerhet bland parterna om vad som egentligen ska genomföras och uppnås. Att målen är tydliga, realistiska och mätbara kan därför vara främjande för implementering (Lundqvist 1987, McLaughlin och Jordan 1999, Sannerstedt 2001, Socialstyrelsen 2017b).

### 9.2.1 Satsningen har haft både för- och nackdelar

Satsningens mål var relativt breda och övergripande och satsningens utformning lämnade stort utrymme för parterna att komma överens om hur lösningar och insatser skulle utformas. Regeringens ambition var också att de lokala och regionala behoven skulle styra satsningens utformning (S2014/2933/FST). Det har bidragit både till för- och nackdelar i satsningen, vilket innebär att satsningen varit ändamålsenlig på vissa sätt men mindre ändamålsenlig på andra. Vi sammanfattar satsningens för- och nackdelar i figur 18.

Figur 18. Sammanfattning av satsningens för- och nackdelar.



### **9.2.2 Möjlighet att anpassa insatser till varierande förutsättningar har bidragit till högre deltagande och legitimitet**

Vår studie visar att förutsättningarna och behoven av utveckling på lokal och regional nivå är både varierande och komplexa (kapitel 3 till 6). Vi menar att satsningens ambition att låta de lokala och regionala behoven och förutsättningar styra genomförandet därför varit ett ändamålsenligt sätt att hantera detta på.

Det finns överlag en positiv syn bland länsföreträdarna på att satsningen har gett utrymme för parterna att utforma insatserna efter de lokala och regionala förutsättningarna. I flera län framhålls att det har gjort det möjligt för länet att överhuvudtaget kunna delta i satsningen. Att satsningens kriterier justerades under hand innebar ytterligare anpassning efter de lokala förutsättningarna och de erfarenheter som gjordes under de inledande åren. Det gjorde det möjligt även för de län som kommit mindre långt i arbetet eller som inte hade hunnit starta upp arbetet de första åren att delta i satsningen. Krav på åiterrapporteringar och resultatredovisningar hade inneburit att dessa län inte alls kunnat delta i satsningen, menar flera länsföreträdare. Även ett deltagande med lägre ambitionsnivå är bättre än inget deltagande alls, påpekar flera länsföreträdare. Satsningens utformning bidrog på så sätt till att fler län kunde delta i satsningen, i synnerhet under satsningens sista år. Genom att anpassa satsningen efter rådande förutsättningar och lärdomar under satsningens första år, har den också fått legitimitet och brett stöd från parterna. Att en satsning har stöd och legitimitet kan vara främjande för genomförandet. Möjligheter att anpassa insatser till det sammanhang där de ska införas kan också öka chanserna att lyckas med implementeringen, menar Socialstyrelsen (2017b).

### **9.2.3 Satsningen upplevs otydlig vilket bidragit till osäkerhet och sänkt ambitionsnivå**

Satsningen uppfattas av många länsföreträdare vara otydlig och sakna tydligt formulerade mål. Det har påverkat genomförandet på olika sätt. Det har till exempel medfört en osäkerhet i vissa län om vad som var satsningens mål och vad som var medel för att nå dessa mål. Det har bidragit till att arbetet gått trögt i en del län eftersom det tagit tid att tolka målen och enas kring lösningar.

Vissa län har uppfattat att satsningens mål är att fler skulle föras till vård, och har därför fokuserat på att stärka förutsättningarna för det. Andra har uppfattat att det överordnade målet med satsningen var att öka

den medicinska säkerheten. Det kan ske även på andra sätt än genom att föra en person till vård, till exempel genom att utbilda arrestvakter, menar företrädare för somliga län. De olika tolkningarna av målen har bidragit till en bredd i de insatser som utformats, men också till en varierande ambitionsnivå i insatserna, menar länsföreträdare. Målens utformning har möjliggjort tolkningar som har inneburit att insatser genomförts med relativt låg ambitionsnivå, exempelvis en punktinsats för att utbilda arrestvakter i hjärt- och lungräddning, menar flera länsföreträdare. Vissa länsföreträdare menar att de justerade kriterierna 2016 bidrog ytterligare till att sänka ambitionsnivån genom att inkludera även län som inte tidigare genomfört arbete eller som planerade begränsade punktinsatser.

I flera län menar företrädare att satsningen inte utgjort det stöd de hade behövt för att kunna enas kring ansvaret för tillnyktring. Ansvaret för tillnyktring uppfattas vara ett svårt område att enas kring vilket har bidragit till utmaningar i att genomföra insatser i flera län. Vissa länsföreträdare menar att en tydligare satsning, som hade pekat på vilken part som skulle ansvara för vad, och vilka lösningar som var önskvärda hade kunnat ge parterna stöd i att hantera frågan om ansvaret för tillnyktring.

En återkommande uppfattning är att satsningen introducerades med relativt kort varsel 2014. Det bidrog till att länen hade kort om tid för att hinna tillsätta organisatoriska funktioner, förankra och förbereda arbetet det första året. Flera län påpekar att den korta uppstartstiden i kombination med andra utmaningar, såsom brist på organisatoriska funktioner var en huvudledning till att de fick återbetala medel 2014. Det finns också en samsyn om att satsningens treåriga tidsram inneburit begränsade möjligheter att hinna genomföra mer omfattande insatser och förändringar. Förändring på området tar tid, påpekar många.

De justerade kriterierna i kombination med efterskottsutbetalningar uppfattas som en utmaning i vissa län, eftersom det gjorde det svårt att förutse vilka resurser verksamheterna hade tillgång till. Det har inneburit interna budgetdiskussioner som medfört en tröghet i arbetet i vissa län. En annan grundläggande utmaning med satsningens utformning är de bristande möjligheterna att följa upp satsningen. Vi återkommer till det i avsnitt 9.4.

### 9.3 HAR PARTERNA HAFT FÖRUTSÄTTNINGAR ATT GENOMFÖRA SATSNINGEN?

Polisens, kommunernas och landstingens lokala och regionala *förutsättningar* för att genomföra satsningen kan också påverka genomförandet.



Förutsättningar kan till exempel vara interna faktorer som resurser och organisatoriska strukturer, men också externa faktorer, som hindrat eller främjat genomförandet på olika sätt.

### **9.3.1 Svårare att genomföra insatser i län med många kommuner**

Regeringen bedömde att arbetet skulle kunna kräva mer resurser i län med ett stort antal kommuner. Det är också vår slutsats: län med många kommuner har generellt haft mer utmanande förutsättningar än län med färre kommuner. Ett stort antal kommuner inom länet har medfört svårigheter i att kunna enas om en överenskommelse, och involvera kommunerna i de efterföljande insatserna. I flera län har det inneburit att enbart ett fåtal kommuner har deltagit i satsningen och i många län har kommunerna haft en mer undanskymd roll. I vissa län har kommunerna inte alls involverats i insatserna.

### **9.3.2 Polisens omorganisering har påverkat genomförandet**

Polisens omorganisering under 2015 har inneburit vissa utmaningar i genomförandet av satsningen. Samtidigt som satsningen genomfördes sammanfördes de 21 länspolismyndigheterna till den statliga myndigheten Polismyndigheten. Det har bland annat inneburit omstruktureringar och nya geografiska och organisatoriska gränsdragningar, som bidragit till vissa svårigheter. Till exempel har personalomflyttningar och nya organisatoriska indelningar i kombination med resurs- och kompetensbrist försvagat kontinuiteten i samarbetet med polisen, menar flera företrädare för länen. I vissa län uppfattas omorganiseringen fortfarande inte har fallit på plats i den utsträckning som krävs för att kunna involvera polisen i satsningen på ett bra sätt. Samtidigt har samarbetet med polisen fungerat bra i många län, trots omorganiseringen.

### **9.3.3 Ansvar för tillnyktring är en fortsatt utmaning**

Ansvar för tillnyktring uppfattas vara otydligt i praktiken i flera län. Det har bidragit till utmaningar i arbetet på många håll. Även tidigare utredningar har pekat på att det i praktiken finns oklarheter om vilken huvudman som har eller bör ha ansvaret för att erbjuda tillnyktringsverksamhet. Frågan om ansvaret för omhändertagande och tillnyktring har också tidigare diskuterats med olika förslag på lösningar (Ds 2001:13, SOU 2011:35).

Det finns uppfattningar om att LOB är en otydlig lag, som rymmer både ett ordningshållande perspektiv och ett perspektiv där behovet av vård vägs in. Det återspeglas i hög grad i det komplexa och otydliga ansvaret för tillnyktring i praktiken, menar företrädare från samtliga tre huvudmän. LOB uppfattas av både länsföreträdare och poliser vara en otidsenlig lag, eftersom den ger Polisen ett ansvar för områden som inte ligger inom Polisens kärnverksamhet. I synnerhet poliser men även företrädare för kommuner och landsting, menar att ansvaret för medicinska bedömningar och tillsyn under tillnyktring tydligare behöver överlätas till hälso- och sjukvården för att den medicinska säkerheten ska kunna stärkas och vården förbättras. Flertalet företrädare för både socialtjänst, polis och hälso- och sjukvård anser att ansvaret för medicinska bedömningar och tillnyktring i samband med ett omhändertagande behöver tydliggöras för att underlätta för parterna att komma överens i praktiken.

Otydligheten i ansvaret för tillnyktring i praktiken har bidragit till oenighet och tröghet i arbetet på vissa håll. Framför allt har kommuner och landsting varit oeniga om vilken part som ska ansvara för vad och vilken part som ska finansiera olika insatser. Detta gäller i synnerhet tillnyktringsenheter och ansvaret för att finansiera dessa. En länsföreträdare uttrycker:

” Otydligheten i lagstiftningen har varit ett hinder. Ska TNE vara kommunens eller landstingets ansvar? Landstinget har ansett att tillnyktring är kommuners ansvar, och kommuner tycker det är landstingets ansvar. Regionen tillsatte jurister för att klara göra detta, vilken part som ska ha ekonomiskt och juridiskt ansvar. De kom fram till att det är otydligt, att ansvaret inte går att förtydliga mer enligt rådande lagstiftning.

Svårigheter att komma överens har till exempel fått till följd att somliga förslag som arbetsgrupper arbetat fram inte tagits vidare på regional nivå. Till exempel fick ett förslag om att skapa en TNE i ett län varken stöd av landstinget eller kommunen, varför förslaget lades ned. Även tidigare utredningar har visat på svårigheterna att enas kring att upprätta tillnyktringsverksamheter, trots att det funnits enighet om behovet av att etablera sådana lösningar (SOU 2011:35, Ds 2011:35).

Den upplevda otydligheten i ansvaret för tillnyktring har också bidragit till ett varierande engagemang från både hälso- och sjukvård, polis och kommuner. Kommuner har i flera län uppfattat att satsningen i första hand berör polisen och hälso- och sjukvården, eftersom kommunerna inte alltid deltar i det akuta



skedet av tillnyktringen. Det har bidragit till att kommunernas deltagande varit lågt i vissa län.

Det finns också län där arbetet präglats av enighet och samsyn om behovet av ett gemensamt ansvar. I synnerhet har polisen och hälso- och sjukvården i flera län haft ett gott samarbete, påpekar länsföreträdare. Tillgången till en TNE eller annan specifik tillnyktringsverksamhet liksom samverkansstrukturer på området har underlättat samarbetet. En annan främjande faktor för ett fungerande samarbete har varit att polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten kunnat identifiera och enas kring behoven av förändringar. Det har bidragit till att de upplevt ett gemensamt ansvar för förbättringar inom området. Ytterligare en främjande faktor för samarbetet är att parterna har identifierat gemensamma intressen och resursmässiga fördelar på längre sikt, menar länsföreträdare. Det uppfattas vara en grundläggande framgångsfaktor för att kunna enas i frågan.

### **9.3.4 Tillgång till tillnyktringsenheter och tidigare påbörjat arbete har främjat arbetet**

Län som redan hade specifik tillnyktringsverksamhet, exempelvis TNE, betonar att det har utgjort en grundläggande framgångsfaktor i arbetet. Det har också inneburit att de kunnat fokusera på nästföljande steg – att föra fler personer dit. I exempelvis Västerbotten fanns redan två TNE innan satsningen började. Det har gjort att arbetet i länet kunnat inriktas på att öka tillgängligheten till dem. Även i Stockholm har det funnits specifika vårdplatser för tillnyktring, vilket gjort att insatser kunnat inriktas på att föra fler omhändertagna till vård.

Tidigare påbörjat arbete för att förbättra vården och omsorgen i samband med LOB har också underlättat genomförandet. I vissa län fanns till exempel redan före satsningen ett pågående arbete med att utveckla tillnyktringsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Satsningen kunde då understödja och växlas in i det pågående arbetet, vilket beskrivs som en framgångsfaktor i exempelvis Uppsala län.

### **9.3.5 Befintliga samverkansstrukturer och samordnande funktioner har främjat genomförandet**

Befintliga samverkansstrukturer och samordnande funktioner inom missbruks- och beroendområdet har spelat en viktig roll för länens förutsättningar att genomföra satsningen.



Län med relativt välfungerande samverkanstrukturer inom missbruk- och beroendområdet menar att detta bidragit till att de lyckats genomföra satsningen på ett bra sätt. Samverkanstrukturer och samordnande funktioner har också gett goda förutsättningar för förankring i respektive organisations verksamhet och mellan olika organisatoriska nivåer. De har också underlättat för huvudmännen att kunna enas om ansvarsfördelningen. I vissa län fanns samverkansstrukturer kvar sedan Kunskap till praktik. I andra län hade de tillkommit på andra sätt.

Att det saknades funktioner och upparbetade kanaler för samverkan mellan parterna var en anledning till att flera län inte hann starta upp arbetet 2014, och därför fick återbetala medel. Avsaknaden av strukturer och funktioner innebar även på andra håll att det tog tid att skapa goda organisatoriska förutsättningar för att kunna driva arbetet effektivt, framhåller länsföreträdare i flera län. Att polisen kom in som en ny aktör i vissa samverkansgrupper, bidrog också till en viss uppstartstid innan arbetsgrupperna fanns på plats, visar våra intervjuer. Det bidrog till att det har uppfattas vara svårt att hinna genomföra insatser inom satsningens tidsramar.

I flera län har "eldsjälar" haft stor betydelse för arbetet. I synnerhet har de personer som har hållit i satsningen som utvecklingsledare, projektledare eller samordnare haft en viktig roll. I vissa fall var de samordnande funktionerna i denna satsning tidigare processledare inom Kunskap till praktik. Det har bidragit till en god grund för kontinuitet i kompetens och erfarenheter vilket har varit framgångsfaktorer, menar länsföreträdare. Att det redan fanns samordnande funktioner, såsom processledare, bidrog också i flera län till att det gick snabbt och smidigt att komma igång med satsningen 2014. I flera län slutade de samordnande funktionerna under satsningens gång, i en del län utan att ersättas. Det innebar att det saknades en funktion som kunde driva arbetet, vilket var en anledning till att vissa län inte deltog i satsningens samtliga år. Avsaknaden av samordnande funktioner var en primär anledning till att flera län inte sökte medel 2016.

### **9.3.6 Stöd och engagemang från ledningen samt mandat att driva frågan är en framgångsfaktor**

Stöd och engagemang från samtliga organisatoriska nivåer inom verksamheten och den politiska ledningen beskrivs vara framgångsfaktorer. Att det funnits engagemang från den politiska ledningen beskrivs som särskilt viktigt för att kunna genomföra arbetet. Även arbetsgruppernas mandat



att driva frågor och fatta beslut har påverkat arbetet. Det har på flera håll varit främjande att personer med mandat att fatta beslut involverats i arbetsgrupper, till exempel högre chefer, för att kunna driva arbetet på ett effektivt och kraftfullt sätt. Men i somliga län har engagemanget och intresset från den politiska ledningen varit lågt, i synnerhet när det gäller att skapa TNE.

### 9.3.7 Tillgång till resurser, personal och lokaler

Tillgången till resurser som personal, lokaler och ekonomiska resurser har i hög grad påverkat arbetet. I synnerhet beskriver kommuner resurs- och personalbrist som ett hinder för att kunna delta i satsningen i den takt och omfattning de önskat.

Brist på specifika personalgrupper har också gjort det svårt att genomföra insatser i en del län. Exempelvis har brist på läkare och i synnerhet sjuksköterskor med rätt kompetens försenat öppnandet av vissa TNE. Brist på personal har även lett till att vissa insatser fått läggas ner.

Brist på lämpliga lokaler och behov av ombyggnationer beskrivs i flera län som kritiska faktorer för att TNE ska kunna startas upp. Det har också pågått långdragna förhandlingar om lokalförsörjning i vissa län. I somliga län har andra vårdverksamheters behov av lokaler inneburit att behovet av lokaler för TNE har prioriterats ned av landstinget. Lokalfrågan var fortfarande en utmaning för att öppna TNE i vissa län i oktober 2017.

## 9.4 GÅR SATSNINGEN ATT FÖLJA UPP?

En faktor som kan främja genomförande och öka möjligheter till måluppfyllelse är att en satsning går att följa upp, enligt forskning. Att satsningen går att följa upp är dels viktigt för att kunna dra slutsatser om satsningen lett till förbättringar för de som omhändertas. Att satsningen går att följa upp är också viktigt för att verksamheterna ska kunna lära av och fortsätta utveckla sitt arbete också på sikt. Vi kan konstatera att det finns bristande möjligheter att följa upp satsningens mål. Det finns fyra huvudsakliga brister:

1. Satsningen saknar mätbara mål och tidpunkter för när målen ska vara uppfyllda.
2. Nationell statistik täcker enbart ett delmål och har brister.
3. Regionala uppgifter är inte jämförbara och effektrapporteringar saknas.
4. Det är för tidigt att observera effekter.

Vi beskriver dessa brister närmare nedan. Vi beskriver de lokala uppföljningsmöjligheterna mer utförligt i kapitel 10.

### **9.4.1 Satsningen saknar mätbara mål och tidpunkter för när målen ska vara uppfyllda**

Satsningens mål är övergripande och endast i liten utsträckning mätbara. De har till exempel inte kopplats till målnivåer eller indikatorer. Målen saknar också tidpunkter för när de ska vara genomförda (S2016/01234/FST). Det är en grundläggande utmaning både för att följa upp satsningen och för att satsningens mål ska kunna uppnås på längre sikt.

### **9.4.2 Nationell statistik täcker enbart ett delmål och har brister**

Det saknas till stor del statistik som rör satsningens mål på såväl nationell, regional som lokal nivå, vilket begränsar möjligheterna att följa upp satsningen. Den tillgängliga nationella statistiken täcker enbart delmålet om placeringar av omhändertagna i vård eller arrest. Men statistiken över personer som förts till vård beskriver inte vilken typ av vård de har fått, om de har fått en medicinsk bedömning eller vilken typ av vårdinrättning de har förts till. För de andra målen, exempelvis målen om medicinsk säkerhet och möjligheter till fortsatta vård- och omsorgsinsatser till följd av ett omhändertagande, saknas nationella uppgifter. Det finns inte heller uppgifter om vilka medicinska eller sociala behov de omhändertagna har. Det finns också andra brister i den nationella statistiken (kapitel 1). Exempelvis finns enbart statistik till och med oktober 2016 när denna rapport skrivs. Det är en brist eftersom majoriteten av insatserna inom satsningen påbörjades och genomfördes först efter 2015.

### **9.4.3 Regionala uppgifter är inte jämförbara och effektrapporteringar saknas**

De kartläggningar som länen arbetade fram under satsningens första år syftade främst till att identifiera behov och förbereda för fortsatta insatser, inte till att mäta utgångsläget innan satsningen genomfördes. Regeringen beskrev inte heller direkt hur uppgifterna skulle utformas eller mätas. Det innebär att det i stor utsträckning saknas jämförbara uppgifter om utgångsläget innan satsningen inleddes. En ytterligare utmaning är att det



saknas återrapporteringar från länen om effekter på lokal och regional nivå efter att insatserna genomförts. De justerade kriterierna för satsningen 2016 innebar att kraven på redovisningar av uppnådda effekter till följd av satsningen togs bort. Detta bidrog till att enbart ett fåtal län skriftligt återrapporterade effekter till Socialdepartementet. Få län hade också i oktober 2017 följt upp effekter av de genomförda insatserna.

#### **9.4.4 Det är för tidigt att observera effekter**

Vi kan konstatera att vår uppföljning har genomförts samtidigt som en stor del av insatserna fortfarande pågår eller är under planering. Det innebär att det generellt är för tidigt att observera insatsernas effekter. Men även om vi hade gjort vår uppföljning senare, skulle det vara svårt att följa upp effekterna av satsningen på grund av de brister vi har identifierat ovan.





## Förutsättningar för att följa utvecklingen på lokal nivå

I det här kapitlet undersöker vi om aktörerna har skapat förutsättningar för att följa upp utvecklingen på lokal nivå. Vi beskriver också om parterna har påbörjat uppföljning av de insatser som genomförts inom ramarna för satsningen. Sammanfattningsvis kan vi konstatera följande:

- Förutsättningarna för att kunna följa utvecklingen på lokal nivå är bristfälliga. Det saknas ändamålsenlig och tillgänglig information om omhändertaganden, vilka insatser som görs i samband med ett omhändertagande och om de svarar mot de behov som den omhändertagna personen har.
- Få insatser inom ramarna för satsningen handlar om utveckling av uppföljningsmöjligheter, och få uppföljningar av insatser har påbörjats.
- Det saknas i stor utsträckning sammanställd information om omhändertagna personer på lokal nivå inom såväl polisen, hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Det beror bland annat på följande:
  - Uppgifter om omhändertagna sammanställs i liten utsträckning digitalt.
  - Polisen har inte ansvar att följa upp omhändertagna och för inte register över omhändertaganden.
  - Hälso- och sjukvården och socialtjänsten dokumenterar sällan om en patient eller brukare blivit omhändertagen. I de fall det dokumenteras görs det i regel inte så att det systematiskt kan användas för uppföljning. Det innebär att det är svårt att följa vilka insatser som görs i samband med ett omhändertagande.



## 10.1 POLISEN FÖR INTE STATISTIK ÖVER OMHÄNDERTAGANDEN

Polisen är inte register- och statistikhållande myndighet för uppgifter som rör omhändertaganden, och har heller inget ansvar att följa upp omhändertaganden. Det är en anledning till att det saknas ändamålsenlig och tillgänglig information om omhändertaganden hos Polisen.

När en person omhändertas enligt LOB ska polisen registrera detta genom att skriva ett protokoll (27 § polislagen). I protokollet finns utrymme för att fylla i uppgifter om den omhändertagne. Rutinerna för vilka uppgifter som protokollförs varierar mellan olika lokalpolisområden. Till exempel tar polisen i olika utsträckning reda på uppgifter om anledningar till omhändertagandet, om en läkarbedömning är gjord och om den omhändertagna har hemmavarande barn (se kapitel 6). Det innebär att uppgifterna i protokollet inte alltid är heltäckande eller jämförbara.

Enligt bestämmelser ska protokollet ha löpnummer och förvaras i en särskild pärm, men de ska inte diarieföras (6 kap. 1 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1). Polisen har sällan tillgång till digitala system för att sammanställa protokollet, vilket innebär att uppgifter om omhändertaganden i regel behöver hanteras manuellt. Det är tidskrävande och hindrar uppföljningar av omhändertaganden, menar de länsföreträdare vi har talat med.

I några län har polisen i och med satsningen börjat dokumentera avidentifierade uppgifter om omhändertaganden i digitala system för att förenkla uppföljningen. Dessa utvecklingsarbeten är fortfarande begränsade och det är osäkert om de kommer att fortsätta efter satsningens slut, enligt de polisrepresentanter vi har talat med. Det pågår också ett nationellt arbete inom Polisen med att ta fram ett nationellt stöd för digital ärendehantering.

## 10.2 VÅRDEN DOKUMENTERAR SÄLLAN OM EN PATIENT BLIVIT OMHÄNDERTAGEN

Hälso- och sjukvården har generellt begränsade möjligheter att systematiskt följa upp personer som omhändertagits och insatser som sker i samband med ett omhändertagande. Det beror främst på att vården sällan dokumenterar om en patient blivit omhändertagen. I de fall det dokumenteras görs det inte alltid på ett sätt som gör det möjligt att systematiskt använda uppgifterna i uppföljningar.

Det går inte heller att följa upp antalet personer som kommer in berusade till vården eftersom berusning inte är en diagnos eller sjukdom (Socialstyrelsen 2017). Det finns diagnoser som är kopplade till berusning, exempelvis intoxication, som omhändertagna i vissa fall diagnosticeras



med. Men alla som får den diagnosen behöver inte ha blivit omhändertagna. Hälso- och sjukvården journalför heller inte alltid hur den berusade patienten kommit till vården. Dessutom kan omhändertagna personer ha andra symtom och skador, exempelvis en bruten arm, som då är den diagnos som främst dokumenteras, enligt intervjuer med vårdrepresentanter. På vissa TNE är förutsättningarna bättre för att följa upp antalet omhändertagna. Några av de TNE som vi studerat har också i och med satsningen börjat dokumentera om deras patienter varit omhändertagna.

### 10.3 SOCIALTJÄNSTENS UPPFÖLJNINGSMÖJLIGHETER BRISTER

Socialtjänsten har begränsade möjligheter att följa upp omhändertaganden och insatserna som är kopplade till dem, eftersom tillgången till dokumenterade uppgifter är liten.

Dokumentations- och uppföljningssystemen ser olika ut i kommunerna. Till exempel är systemen i varierade grad utformade för uppföljning (Vårdanalys 2016). Det innebär att i vissa kommuner diarieförs uppgifter om ett inkommet LOB-protokoll digitalt medan de i andra kommuner förvaras i pappersformat och behöver bearbetas manuellt för att kunna användas för uppföljning. Kommunerna har alltså inte alltid har tillgång till sammanställda uppgifter om antalet omhändertaganden de får underrättelser om från polisen.

Den lagstiftning som reglerar behandlingen av personuppgifter innebär också begränsningar för vad som får samlas in och dokumenteras. Personuppgifter kring en omhändertagen person dokumenteras i regel endast om det leder till ett aktivt ärende, i de kommuner vi studerat. Det innebär att få uppgifter om omhändertaganden dokumenteras, eftersom ett omhändertagande sällan leder direkt till aktiva socialtjänstinsatser. Även om en insats sker i samband med ett omhändertaganden är det inte alltid omhändertagandet som är den primära anledningen till att en insats påbörjas, och uppgiften dokumenteras därför inte alltid.

En annan anledning till den bristande tillgången på uppgifter om omhändertaganden är att en stor del av informationen i socialtjänstens dokumentationssystem består av löptext och journalanteckningar. Det innebär att manuella sökningar och bearbetningar behöver göras.

En ytterligare utmaning är att kommunen inte alltid dokumenterar insatser som sätts in till följd av ett omhändertagande. Enligt SoL finns exempelvis ingen skyldighet att dokumentera rådgivande samtal som alkoholrådgivning. Även tidigare studier har visat att uppföljningsmöjligheterna ofta brister inom socialtjänsten (Vårdanalys 2016).



#### **10.4 LÄNEN HAR INTE PÅBÖRJAT SITT PLANERADE ARBETE MED UPPFÖLJNINGAR AV INSATSER**

Ett av kriterierna för de överenskommelser som länen tog fram var att de skulle beskriva hur överenskommelsen skulle följas upp och vilken eller vilka aktörer som skulle ansvara för uppföljningen. Enligt Socialdepartementets bedömning beskrev majoriteten av överenskommelserna hur uppföljning skulle genomföras. Men vår uppföljning visar att få län har hittills påbörjat sin uppföljning av överenskommelserna och de insatser som genomförts. Det beror delvis på att en stor del av insatserna fortfarande är under planering eller genomförande, eller nyligen har avslutats. Det beror också på att det i vissa län saknas funktioner som kan ansvara för uppföljningen. En ytterligare anledning är att förutsättningarna för uppföljning på lokal är bristfälliga, och skulle behöva utvecklas, menar länsföreträdare. De pekar i stor utsträckning på de brister vi beskrivit ovan.

#### **10.5 FÅ INSATSER INOM SATSNINGEN HAR RIKTATS MOT UTVECKLING AV UPPFÖLJNING**

Ett fåtal län har arbetat med insatser inom satsningen som gäller utveckling av uppföljningsmöjligheter. Insatserna omfattar till exempel kvalitets-säkring av statistik och utveckling av möjligheter till sammanställning och uppföljning av statistik i digitala system inom kommuner och Polisen. Dessa insatser fortsätter till viss del efter satsningen. Exempelvis fortgår arbetet i två län med att sammanställa och kvalitetssäkra statistik om omhändertagna i digitala dokumentationssystem.





## Har satsningen lett till effekter så att fler förs till vård?

I det här kapitlet undersöker vi om satsningen lett till effekter som innebär att fler förs till vård. Vi besvarar därmed frågan om hur många personer som förs till arrest respektive vård, samt om detta har förändrats över tid. Vi beskriver också geografiska variationer och skillnader mellan personer över och under 18 år. Avslutningsvis i kapitlet redogör vi för förändringar i antalet som förs till vård i tre län.

Kapitlet baseras på statistik från Transportstyrelsen, på uppgifter från länens egna sammanställningar och på intervjuer med företrädare för polis, socialtjänst och landsting. Få län hade skriftligt redovisat effekter som kan kopplas till satsningen när denna utvärdering gjordes. Statistiken från Transportstyrelsen fanns också enbart till och med oktober 2016. Det är en brist eftersom majoriteten av insatserna inom satsningen påbörjades och genomfördes först efter 2015. Vi utgår primärt från nationella uppgifter från 2015, som är det senaste året med helårsstatistik. Sammanfattningsvis kan vi konstatera följande:

- Antalet och andelen som förs till vård och arrest har varit i stort sett oförändrat under de senaste tio åren. Omkring 6 300 (10 procent) av de omhändertagna fördes till vård och cirka 55 000 (88 procent) fördes till arrest år 2015. Det finns inte några förändringar i den nationella statistiken som kan sättas i samband med satsningen, varken för personer över eller under 18 år.
- I takt med att det totala antalet omhändertaganden av unga har minskat förs färre unga till både arrest, vård och anhöriga. Andelen personer under 18 år som fördes till vård är oförändrad de senaste tre åren –



Har satsningen lett till effekter så att fler förs till vård?

cirka 16 procent. Andelen unga som förs till arrest har ökat något de senaste åren och var 30 procent år 2015. Förändringen motsvarar få omhändertaganden, och ska därför tolkas med försiktighet.

- Ett fåtal län har visat att fler förs till vård efter satsningen men uppgifterna är inte jämförbara.

## 11.1 ANTALET SOM FÖRS TILL VÅRD ÄR OFÖRÄNDRAT

Antalet omhändertagna som förs till vård har varit relativt oförändrat de senaste tio åren, med en variation mellan cirka 6 000 och 8 000 omhändertaganden. Även andelen som förs till vård har varit relativt oförändrad mellan 9 och 12 procent de senaste tio åren (figur 19 och tabell 8).

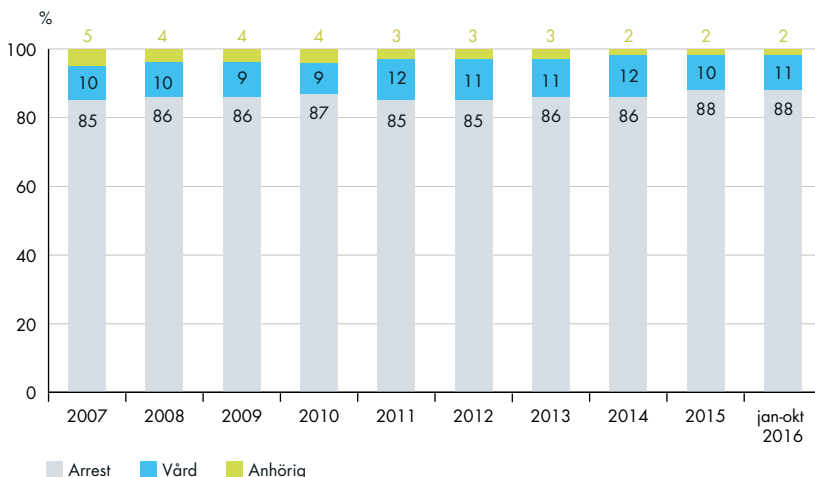
Andelen som förts till vård är också relativt oförändrad sedan år 2013. Cirka 10 procent fördes till vård år 2015. Samtidigt minskade antalet som fördes till vård något mellan 2013 och 2015, från cirka 7 200 omhändertagna år 2013 till cirka 6 300 år 2015.

Andelen som förs till arrest har också varit i stort sett oförändrad de senaste tio åren, med en variation mellan 85 och 88 procent. Antalet har varierat mellan cirka 52 000 och 59 000 sedan år 2007.

Andelen som förs till arrest har ökat något de senaste tre åren till 88 procent år 2015. Det motsvarar en ökning med 800 omhändertaganden. Cirka 55 000 omhändertagna fördes till arrest år 2015 (figur 19 och tabell 9).

Vi ser därmed ingen förändring i statistiken på nationell nivå som kan sättas i samband med satsningen.

**Figur 19.** Förda till vård, arrest och anhörig av det totala antalet omhändertaganden, 2007 till oktober 2016, procent.



Källa: Transportstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

**Tabell 8.** Förda till vård av det totala antalet omhändertaganden. Yngre än 18 år, 18 år och äldre samt oidentifierade. Antal och procent. 2007 till oktober 2016.

År	Till vård					
	Total	varav yngre än 18 år		varav 18 år eller äldre		varav oidentifierade
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal
2007	6 375	344	11	3 850	8	2 181
2008	6 419	369	12	4 226	8	1 824
2009	5 834	325	12	4 100	8	1 409
2010	5 810	336	13	4 090	8	1 384
2011	8 246	325	14	6 275	10	1 646
2012	7 701	276	14	5 759	10	1 666
2013	7 252	219	15	5 667	10	1 366
2014	7 137	205	17	5 562	10	1 370
2015	6 262	176	16	4 524	8	1 562
jan-okt 2016	5 433	139	17	4 089	9	1 205

Källa: Transportstyrelsen, Vårdanalys bearbetning.

**Tabell 9.** Förda till arrest av det totala antalet omhändertaganden. Yngre än 18 år, 18 år och äldre samt oidentifierade. Antal och procent. 2007 till oktober 2016.

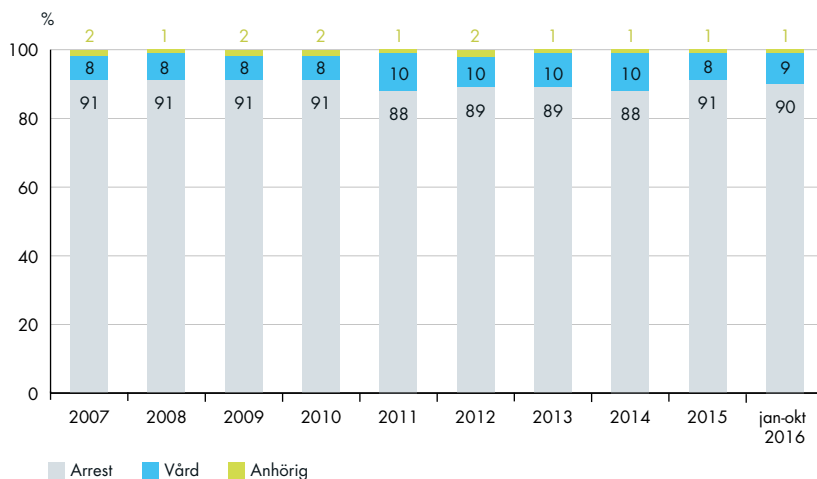
År	Till arrest					
	Total	varav yngre än 18 år		varav 18 år eller äldre		varav oidentifierade
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal
2007	52 674	847	27	44 749	91	7 900
2008	56 442	790	27	48 946	91	7 473
2009	52 829	644	23	46 836	91	5 976
2010	55 093	687	27	49 473	91	5 595
2011	59 062	658	29	53 686	88	5 357
2012	56 810	485	25	52 020	89	4 772
2013	54 193	337	23	49 807	89	4 382
2014	52 456	278	23	47 846	88	4 602
2015	55 075	324	30	50 163	91	4 908
jan-okt 2016	44 257	252	30	40 763	90	3 490

Källa: Transportstyrelsen, Vårdanalys bearbetning.



Har satsningen lett till effekter så att fler förs till vård?

**Figur 20.** Omhändertagna personer 18 år och äldre som förts till vård, arrest och anhöriga. 2007 till oktober 2016, i procent.



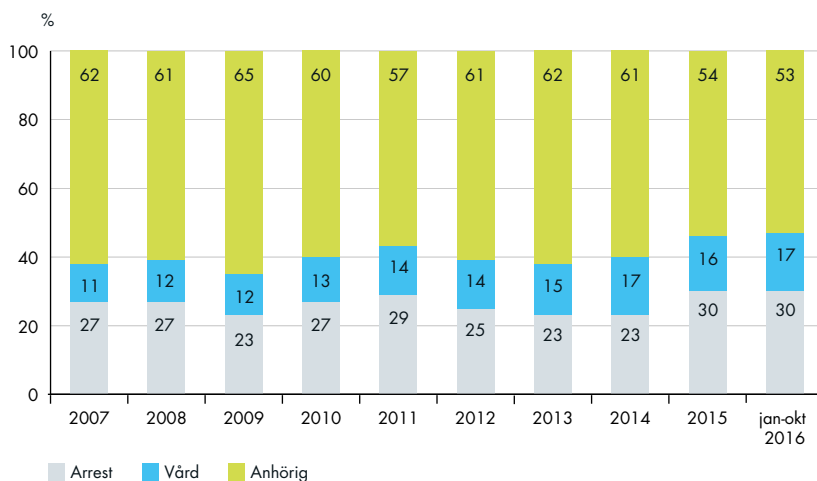
Källa: Transportstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.

## 11.2 FÄRRE UNGA OMHÄNDERTAS MEN ANDELEN SOM FÖRS TILL VÅRD OCH ARREST ÄR RELATIVT OFÖRÄNDRAD

Det finns stora skillnader i vart personer över och under 18 år förs. De flesta unga som omhändertaras förs till anhöriga, och unga personer förs i något större utsträckning till vård jämfört med vuxna (figur 20 och 21).

I takt med att det totala antalet omhändertaganden av unga har minskat förs färre unga till såväl arrest som till vård och anhöriga (tabell 8).

**Figur 21.** Omhändertagna personer yngre än 18 år som förts till vård, arrest och anhöriga. 2007 till oktober 2016, i procent.





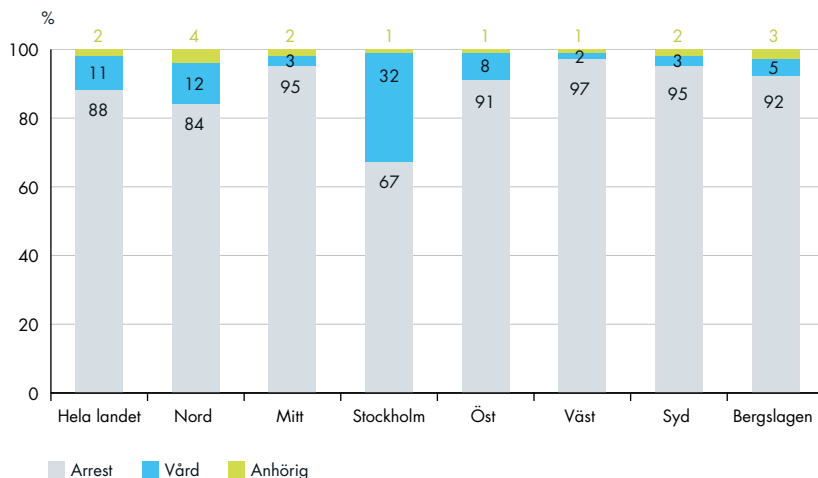
Det har skett en viss ökning av unga som förs till vård de senaste tio åren, från 11 procent år 2007 till 16 procent 2015. Men förändringen motsvarar få omhändertaganden. Den relativa ökningen ska därför tolkas med försiktighet. Andelen som förs till arrest har varit relativt oförändrad de senaste tio åren (figur 21).

Vi ser inte någon förändring i statistiken på nationell nivå som kan sättas i samband med satsningen. Andelen personer under 18 år som fördes till vård är relativt oförändrad de senaste tre åren, cirka 16 procent. Andelen unga som förs till arrest har ökat något – från 23 procent år 2013 till 30 procent år 2015, men förändringen motsvarar få omhändertaganden, och ska därför tolkas med försiktighet.

### 11.3 FORTSATT STOR GEOGRAFISK VARIATION

Det finns geografiska variationer i vart de omhändertagna förs. Andelen som förs till vård varierar mellan 2 och 32 procent i polisregionerna. Högst andel fördes till vård i Polisregion Stockholm (32 procent). Lägst andel (2 procent) fördes till vård i Polisregion Väst (figur 22).

**Figur 22.** Förda till vård, arrest och anhörig av samtliga omhändertagna, per polisregion, januari till oktober 2016, i procent.



Källa: Transportstyrelsen 2017, Vårdanalys bearbetning.



Har satsningen lett till effekter så att fler förs till vård?

## 11.4 ETT FÅTAL LÄN HAR VISAT ATT FLER FÖRS TILL VÅRD

Tre läns uppföljningar visar att fler omhändertagna har fått medicinsk bedömning eller vård i slutet av satsningen jämfört med före satsningen (tabell 10). De uppgifter som redovisas nedan baseras på de uppföljningar som länen själva gjort. Vi kan inte uttala oss om tillförlitligheten i uppgifterna eller om andra faktorer än insatserna inom satsningen kan ha påverkat de uppmätta förändringarna. Uppgifterna är inhämtade vid olika tidpunkter mellan 2013 och 2017, och baseras på olika definitioner och mått på ”förd till vård”. Stockholm har mätt antalet personer som *transporteras till somatisk akutmottagning eller beroendevård*. Västerbotten har mätt antalet personer som *tillnyktrat i sjukvården* alternativt fått *medicinsk bedömning*. Dalarna har mätt antalet som *fått medicinsk bedömning av sjukvården*. Det innebär att länens uppgifter inte är jämförbara med varandra.

**Tabell 10.** Personer som tillnyktrat eller fått medicinsk bedömning i hälso- och sjukvården, av det totala antalet omhändertagna, procent.

Län	Innan satsningen	Efter satsningen
Stockholm* (Södermalm)	35 procent (2015-03-01 till 2015-04-30)	63 procent (2017-03-01 till 2017-04-30)
Stockholm* (Södertälje)	12,5 procent (2015-03-01 till 2015-04-30)	8 procent (2017-03-01 till 2017-04-30)
Västerbotten	14 procent (2013-01-01 till 2013-12-31)	25 procent (2015-07-01 till 2016-06-30)
Dalarna	6 procent (2013-01-01 till 2014-06-30)	12 procent (2015-07-01 till 2016-06-30)

\* Uppgifterna är inte helt jämförbara.

Källa: Länens kartläggningar, samt Vårdanalys bearbetningar.

Länen har genomfört olika insatser som kan bidra till att förklara effekterna. Samma insats har i olika län gett olika effekter (Södermalm och Södertälje). Det beror bland annat på att de lokala och regionala förutsättningarna varierar. Tillgång till och närhet till vård kan bidra till att förklara effekterna. Både Stockholm (Södermalm) och Västerbotten hade till exempel tillgång till en TNE och akut beroendevård, medan Dalarna inte hade det. Vi beskriver de tre länens insatser mer utförligt i bilaga 3.





## Har satsningen lett till andra lokala och regionala effekter?

I det här kapitlet studerar vi om satsningen lett till andra effekter på lokal och regional nivå. Vi besvarar också frågan om polisen, landstingen och kommunerna har utvecklat ett fungerande samarbete genom de lokala överenskommelser som träffats inom satsningen. Vi beskriver även förutsättningarna för att effekterna kan komma att uppnås och bli bestående på längre sikt.

Få län hade skriftligt redovisat effekter som kan kopplas till satsningen när denna utvärdering gjordes. Kapitlet baseras därför på intervjuer med företrädare för polis, socialtjänst, hälso- och sjukvård och länen. Våra avslutande intervjuer genomfördes i oktober 2017. Vi kan därför inte uttala oss om eventuella effekter efter det. Vi kan också konstatera att vår uppföljning har genomförts samtidigt som en stor del av insatserna fortfarande pågår eller är under planering. Det tar också ofta tid efter en genomförd insats innan effekter och förändringar kan identifieras och mätas. Vi har tidigare konstaterat att flera av de insatser som utvecklats inom satsningen har genomförts i mindre skala eller i begränsade geografiska områden. Det innebär att flera av de effekter som kan förväntas också är avgränsade och vi kan därför inte dra slutsatser om generella effekter, varken utanför det specifika området eller på nationell eller regional nivå. Vi kan sammanfattningsvis konstatera följande:



Har satsningen lett till andra lokala och regionala effekter?

- Det finns en samlad uppfattning om att satsningen har medfört positiva effekter på lokal och regional nivå. Brister och behov av förändringar har identifierats, medvetenheten om utvecklingsbehoven har ökat samtidigt som kunskapsnivån på området höjts. Alternativ till arrest för tillnyktring har börjat utvecklas och på vissa håll har förändringar av rutiner och processer skett.
- Det finns en samsyn bland länsföreträdare om att överenskommelserna tillsammans med andra insatser har bidragit till att stärka förutsättningarna för samarbete mellan parterna.
- Effekterna handlar framför allt om att de olika organisationernas verksamheter och processer har utvecklats. Vi kan inte dra några slutsatser om satsningen har lett förbättringar för de personer som omhändertas.
- Förutsättningarna för mer omfattande, bestående och långsiktiga effekter varierar mellan länen, men är osäkra på många håll. Flera lokala och regionala faktorer kan ha betydelse för det fortsatta arbetet, exempelvis:
  - funktioner som förvaltar, driver och samordnar arbetet
  - tillgång till personal, lokaler och långsiktig finansiering
  - tillgänglig hälso- och sjukvård för medicinska bedömningar och alternativ till arrest för tillnyktring.

## 12.1 SATSNINGEN HAR SATT FRÅGAN PÅ AGENDAN

Samtliga länsföreträdare som vi har intervjuat är överens om att satsningen har bidragit till att sätta frågan om förbättrad vård och omsorg i samband med ett omhändertagande på agendan. De anser att regeringen genom satsningen har markerat att frågan är viktig att hantera på regional och lokal nivå. Detta har skapat ett tryck på Polis, kommuner och landsting att börja prioritera frågan. Flera företrädare för länen uppfattar att förbättringsarbete inom området inte tidigare har prioriterats, i synnerhet inte inom kommuner och landsting. Vissa menar att frågan om förbättrad vård och omsorg i samband med ett omhändertagande tidigare behandlats som en ”icke-fråga”, i synnerhet på ledningsnivå inom kommuner och landsting.

## 12.2 KARTLÄGGNINGAR HAR IDENTIFIERAT BEHOV OCH GETT STÖD I FORTSATT ARBETE

De kartläggningar som länen tog fram det första året inom satsningen har bidragit till att öka den samlade kunskapen om omhändertaganden, framhåller företrädare i flera län. Före satsningen var den samlade kunskapen om gruppens behov och bristerna på området liten, menar de. De

anser att både själva arbetet med att ta fram kartläggningarna och kunskapsunderlaget i sig har varit värdefulla. Arbetet med kartläggningarna har bidragit till att identifiera brister, behov och utmaningar inom området, och kartläggningarna har i sig utgjort ett viktigt kunskapsstöd för att kunna driva och motivera arbetet inom organisationerna. Att ha sammanställt kunskap och med stöd av fakta kunna visa att det behövs förbättringar har varit en viktig grund både i satsningen och i det fortsatta arbetet.

### 12.3 ÖVERENSKOMMELSER OCH ANDRA INSATSER HAR BIDRAGIT TILL STÄRKTA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMARBETE MELLAN PARTERNA

Femton län hade ingått i en överenskommelse när satsningen avslutades 2016. Det finns en samsyn i länen om att överenskommelserna har bidragit till positiva effekter. Majoriteten av de verksamhets- och länsföreträdare som vi har intervjuat menar att överenskommelserna, tillsammans med andra insatser inom ramen för satsningen, har bidragit till att stärka förutsättningarna för samarbete mellan parterna.

Arbetet med överenskommelserna har i flera län inneburit att polis, socialtjänst och hälso- och sjukvård för första gången har börjat samarbeta med varandra i frågan om tillnyktring för personer som omhändertas. Att parterna har börjat samtala med varandra har bidragit till en rad positiva effekter, som ökad förståelse för parternas olika perspektiv, uppdrag och förutsättningar. Det har lett till förbättrade förutsättningar för fortsatt och utvecklat samarbete, särskilt i län där polis och hälso- och sjukvård inte tidigare hade samarbetat i så stor utsträckning. I vissa län har överenskommelserna också lett till politiska beslut om rutiner för fortsatt samverkan även på andra områden.

Arbetet med överenskommelsen har också lett till en ökad tydlighet och enighet när det gäller ansvaret för de omhändertagnas tillnyktring, menar länsföreträdare i vissa län. Samtidigt framhåller de att även om överenskommelserna har bidragit till förbättrade möjligheter för samverkan, finns fortfarande utmaningar i *hur* parterna ska samverka och genomföra förändringar i praktiken. I flera län har det till exempel varit en utmaning att förankra och driva arbetet i verksamheterna, eftersom ansvaret för tillnyktring uppfattas vara alltför otydligt i praktiken. Att otydlig ansvarsfördelning mellan parterna kan försvåra samverkan, har också tidigare studier visat (Anell och Mattisson 2009).

Det finns både utmaningar och främjande faktorer för att kunna upprätthålla det påbörjade samarbetet mellan parterna. En främjande faktor är samordnande funktioner och strukturer som kan fortsätta utveckla



samarbetet mellan och i verksamheterna, menar länsföreträdare. Men det fanns en osäkerhet i flera län om samordnade funktioner skulle fortsätta prioriteras, när vi genomförde denna uppföljning.

Att parterna kan enas om gemensam finansiering av gemensamma lösningar kan främja samverkan, menar forskning (Anell och Mattisson 2009). Flera av de län som planerat att öppna en TNE planerade för olika gemensamma finansieringslösningar. Till exempel avsåg flera län att dela kostnaderna jämnt mellan kommuner och landsting vilket skulle kunna fortsätta främja samverkan. Samtidigt är det ofta en utmaning att få till en samverkan som ger effekter för patienter och brukare i praktiken (Anell och Mattisson 2009). Vi kan inte heller inom ramen för denna utvärdering dra några slutsatser om samarbetet kring överenskommelserna har förutsättningar att leda till positiva effekter för de personer som omhändertas.

## 12.4 EN ÖKAD MEDVETENHET OCH SAMSYN MELLAN PARTER

Flera av de intervjuade uppfattar att dialoger och möten mellan parterna har bidragit till ökad kunskap, medvetenhet och samsyn om behoven av förbättrad vård och omsorg i samband med ett omhändertagande. I synnerhet beskrivs att möjligheterna till dialog mellan polisen och hälso- och sjukvården har bidragit till en ökad medvetenhet om respektive parts ansvar och perspektiv.

I vissa län beskrivs den ökade kunskapen, medvetenheten och samsynen i sig bidragit till att polisen börjat föra personer till hälso- och sjukvården i större utsträckning, och att hälso- och sjukvården i större utsträckning tar emot de personer som polisen för till dem. En länsföreträdare påpekar att förändringarna därmed har skett med hjälp av förhållandevis små medel, som möten och dialoger. I flera län påpekar länsföreträdare att förändringarna har varit möjliga tack vare att det funnits en tillgång till en TNE eller akut beroendevård. Bristande tillgång till vård som kan ta emot berusade personer är därmed ett hinder för att fler ska kunna föras till vård, trots att kunskapsnivån och medvetenheten ökat, anser poliser.

## 12.5 UTBILDNINGSINSATSER HAR LETT TILL HÖJD KUNSKAPSNIVÅ MEN MED OSÄKER KONTINUITET

Utbildning har varit en central del i flera av de insatser som genomförts. Flera län har arbetat med utbildningsinsatser för arrestpersonal för att höja den medicinska säkerheten för de omhändertagna. Utbildningarna har lett till att kunskapsnivån för arrestantvakterna höjts och rutiner för tillsyn



förtydligats, enligt poliser och länsföreträdare. Utbildningarna kan på så sätt ha bidragit till att öka den medicinska säkerheten, framhåller de. Men det saknas utvärderingar som visar om så har skett.

Utbildningarna har i flera fall utförts som punktinsatser, där det inte fanns några planer för fortsatta insatser vid tidpunkten för vår uppföljning. Det innebär att det kan bli svårt att få kontinuitet i kunskapsutvecklingen. För att få bestående effekter av en insats är det i regel viktigt att utbildning sker genom löpande insatser, menar exempelvis Socialstyrelsen (2017b). Det kan vara särskilt viktigt med återkommande utbildningar i verksamheter som har inhyrd eller timanställd personal, eller som har hög personalomsättning.

## 12.6 TILLNYKTRINGSENHETER UPPFATTAS KUNNA GE EFFEKTER PÅ SIKT

I oktober 2017 hade sex län planer på att öppna TNE. När denna utvärdering görs har ingen av dessa hunnit öppna, utan är fortfarande under planering eller genomförande. I oktober 2017 var Halland, Jönköping, Uppsala och Värmland i genomförandefas för att öppna TNE. Dalarna och Västmanland har också långt framskridna planer för en TNE.

Länsföreträdare menar att TNE på sikt kommer att höja den medicinska säkerheten för de omhändertagna. Tidigare utvärderingar har också visat att TNE kan bidra till en mer ändamålsenlig vård än polisarrest, samt förbättrade möjligheter till fortsatta insatser. Samtidigt visar utvärderingar att en utbyggnad av tillnyktringsenheter över hela landet skulle medföra ökade kostnader (Ds 2001:31).

## 12.7 FÖRÄNDRADE RUTINER INOM POLIS OCH SOCIALTJÄNST

Nio av de insatser som har genomförts handlar om att utveckla rutiner för fortsatta och förebyggande insatser. Exempelvis har polisen och socialtjänsten förändrat rutiner för att polisen i större utsträckning ska underrätta socialtjänsten om omhändertagna personer. Det har bidragit till att polisen i större utsträckning rapporterar omhändertagna till socialtjänsterna efter de genomförda insatserna, menar länsföreträdare.

Socialtjänsten i flera kommuner har också arbetat med att förändra rutiner för att kontakta de personer som de får uppgifter om. Det innebär att socialtjänsten når fler personer för samtal jämfört med före satsningen, enligt en länsföreträdare. I vissa län har socialtjänsten arbetat med att ta fram informationsblad och foldrar, till exempel med uppgifter om vart den omhändertagne kan vända sig för att få hjälp för ett missbruk. Det är



Har satsningen lett till andra lokala och regionala effekter?

oklart vilken spridning informationsmaterialet har fått i polisens, hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter. I ett län beskriver länsföreträdaren att spridningen av materialet inte blivit den man hoppats. I ett annat län som har tagit fram informationsmaterial känner de verksamhetsföreträdare vi talat med inte till att informationsmaterialet finns.

## 12.8 BARNPERSPEKTIVET HAR LYFTS MEN MED OKLAR EFFEKT

Tre län har sammanlagt påbörjat fem insatser som handlar om att förbättra omhändertagande och fortsatta insatser ur ett barnperspektiv. Exempelvis har ett län arbetat med att utveckla tydligare rutiner för polisens underrättelser till socialtjänsten vid omhändertagande av barn och unga, och med att stärka rutinerna för att polisen ska identifiera omhändertagna som har hemmavarande minderåriga barn. Dessa insatser har bidragit till att polisen nu i större utsträckning ställer frågor om hemmavarande barn, och också vidareförmedlar uppgifter om omhändertaganden av barn och unga till socialtjänsten, menar polis- och socialtjänstföreträdare.

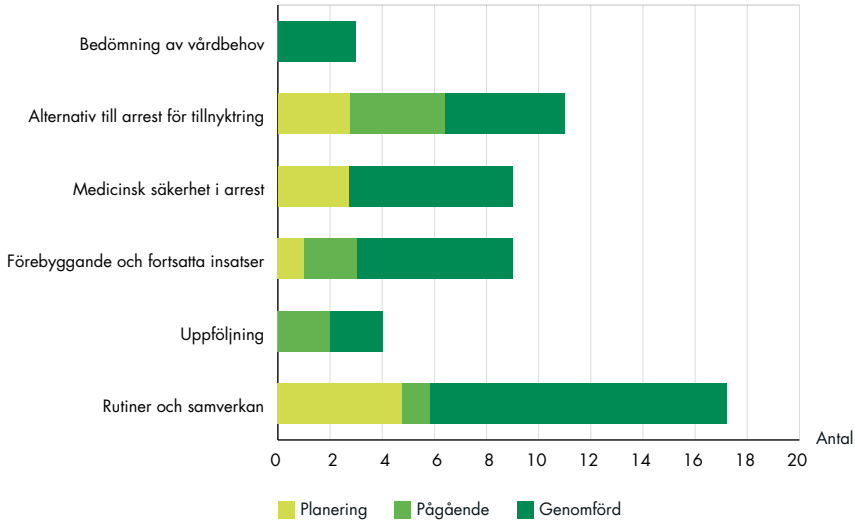
## 12.9 FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR MER OMFATTANDE, LÅNGSIKTIGA OCH BESTÅENDE EFFEKTER ÄR OSÄKRA

Flera tidigare studier har visat att satsningar i form av projekt ofta har haft svårt att bidra till förändringar på längre sikt eller i större skala efter att projektet avslutats. En anledning till det är att insatserna ofta läggs ned när de särskilda medlen försvinner (Brulin och Svensson 2011, Forsell m.fl. 2011). Vi har därför undersökt de lokala och regionala förutsättningarna för mer omfattande, långsiktiga och bestående effekter. Vår beskrivning baseras på de intervjuer vi gjorde med länsföreträdare i oktober 2017. Vi kan därför inte uttala oss om förutsättningar eller om status för insatserna längre fram än så.

### 12.9.1 Var femte insats är fortfarande under planering

En stor del av insatserna, cirka 20 insatser, var fortfarande under planering eller genomförande i oktober 2017 (figur 23). Var femte insats var fortfarande under planering. Det innebär att förutsättningarna på lokal och regional nivå är viktiga både för om planerade insatser kan genomföras och om genomförda insatser och effekter kan upprätthållas på längre sikt.

**Figur 23.** Insatser per tema samt vilken fas de befann sig i oktober 2017, antal.



Av de drygt 30 genomförda insatserna var få av dem del av ordinarie verksamhet i oktober 2017, enligt intervjuer med länsföreträdare. I flera län var det osäkert om insatserna var del i den ordinarie verksamheten eller inte. Vissa insatser var heller inte avsedda att bli del av ordinarie verksamhet, till exempel de som utformats som en avgränsad punktinsats.

### 12.9.2 Varierande uppfattningar om förutsättningar

Det finns olika uppfattningar i länen om vilka möjligheter de har för att fortsätta arbetet och förvalta insatser och effekter efter att satsningen har avslutats.

I flera län uppfattar länsföreträdare att det arbete som påbörjats har goda förutsättningar både att fortgå och breddas till fler geografiska områden. De nämner några goda förutsättningar som gör dem optimistiska inför fortsättningen. Till exempel har det samarbete mellan polis, socialtjänst och hälso- och sjukvård som utvecklats lagt en god grund för fortsatt arbete. Många menar också att det finns ett engagemang på både politisk nivå och i verksamheterna för att fortsätta förbättra vård och omsorg i samband med ett omhändertagande. Att behov och brister identifierats och sammanställts i kartläggningar och överenskommelser har också utgjort en bra utgångspunkt i det fortsatta arbetet, menar företrädare för länen.



Men på andra håll fanns en stor osäkerhet kring förutsättningarna för att kunna fortsätta arbetet och förvalta det som genomförts. I somliga län menar verksamhetsföreträdare att de upplever att det inte är någon idé att påbörja planerade insatser eftersom ”de ändå kommer att läggas ner efter en kort tid, när pengarna tar slut”. I ett annat län beskriver en verksamhetsföreträdare att de effekter som satsningen bidragit till börjat avta eller återgå till tidigare tillstånd. En företrädare för en brukarorganisation som har varit involverad i arbetet med satsningen sammanfattar vad företrädare i andra län också uttryckt:

” LOB är en tungrodd eka. Det handlar om komplexa problem med lång historik. Projektmedel har fått båten att flyta men mer långtgående förändringar kräver andra insatser och en mer långsiktig satsning, annars sjunker båten igen.

## 12.10 FAKTORER SOM ÄR KRITISKA I DET FORTSATTAR ARBETET

Vi har identifierat ett antal faktorer som är centrala för mer omfattande, långsiktiga och bestående effekter. Det är till stor del samma faktorer som har påverkat genomförandet av insatser som även påverkar möjligheterna till bestående förändringar.

### 12.10.1 Funktioner som förvaltar, driver och samordnar arbetet

Det finns en samsyn i länen om att tillgången till funktioner som förvaltar, driver och samordnar arbetet är en viktig förutsättning för att kunna fullfölja de planerade insatserna och förvalta genomförda insatser och effekter.

Vissa län hade hösten 2017 fortfarande kvar arbetsgrupper och funktioner som arbetade vidare med frågan. Men det fanns farhågor för att dessa grupper och funktioner inte skulle få prioritera det fortsatta arbetet så länge som krävdes för att genomföra de insatser som planerats.

I flera län avslutade de projektledare och arbetsgrupper som arbetade med satsningen sina uppdrag i samband med satsningens slut. I många län har nya funktioner inte tillsatts. Det innebär att det på flera håll saknas någon som förvaltar och samordnar arbetet.

I de flesta län har diskussioner förts om vilken part som ska förvalta satsningen och de påbörjade insatserna framöver. Det fanns på många håll förslag på att fortsätta finansiera funktioner med ansvar att förvalta och driva det fortsatta arbetet. Men få län hade i oktober 2017 beslut på fortsatt finansiering av dessa.

Det uppfattas överlag vara viktigt för det fortsatta arbetet att tillvara den kunskap, kompetens och erfarenheter som byggts upp inom satsningen. Att behålla de personer som arbetat med frågan, och inte byta ut dem mot personer utan erfarenhet av satsningen, kan vara ett sätt att få kontinuitet i kompetens och kunskap, påpekar länsföreträdare.

Avsaknaden av samordnande funktioner och strukturer innebär ett hinder också för kunskapsutbyte och utveckling inom verksamheter och mellan länen, framhåller företrädare för samtliga parter. Flera av länsföreträdarna efterfrågar kunskapsutbyte och dialoger med andra länsföreträdare som arbetat med satsningen. På så sätt skulle också den kunskap och de erfarenheter som byggts upp inom satsningen tas tillvara och spridas, menar de.

### **12.10.2 Tillgång till personal, lokaler och långsiktig finansiering**

Tillgången till resurser är ofta en kritisk faktor för att vidmakthålla effekter (Socialstyrelsen 2017b). Det visar också vår studie. Tillgång till personal, lokaler och fortsatt finansiering är en central utmaning både för att genomföra planerade insatser och för att förvalta de effekter som satsningen lett till, menar länsföreträdare.

I de flesta län fanns det i oktober 2017 en osäkerhet när det gäller finansieringen av både pågående och planerade insatser. De flesta län hade då inga statliga medel kvar. Förhandlingar om finansiering av fortsatt arbete och insatser pågick på politisk nivå i flera kommuner och landsting vid tidpunkten för denna utvärdering. Av 15 län hade 5 i oktober 2017 beslut på fortsatt finansiering.

Behoven av fortsatt finansiering varierar mellan olika typer av insatser, visar vår uppföljning. Exempelvis kan fortsatt arbete med nya rutiner inrymmas i verksamheternas befintliga budgetar. Andra insatser, till exempel utbildningsinsatser, behöver däremot i regel upprepas på grund av personalomsättning och förändringar inom verksamheterna. Få län hade i oktober 2017 planer på att finansiera återkommande utbildningar.

Samtliga län som hade arbetat med att starta TNE höll på att eller hade förhandlat fram avtal för finansieringen mellan landsting och kommuner. De flesta län avsåg att dela kostnaderna jämnt mellan kommuner och landsting. I oktober 2017 pågick fortfarande förhandlingar mellan parterna i de flesta län, och få beslut om finansieringen var fattade.

Tillgången till andra resurser som personal, kompetens och lokaler var också en fortsatt utmaning för att kunna genomföra planerade insatser. I



Har satsningen lett till andra lokala och regionala effekter?

flera län fanns en fortsatt brist på specifika personalgrupper, i synnerhet sjuksköterskor som påverkade möjligheterna att starta de planerade TNE och även genomföra andra insatser. Brist på lämpliga lokaler var också en fortsatt utmaning för att kunna starta upp de planerade TNE i vissa län.

### **12.10.3 Tillgänglig hälso- och sjukvård och alternativ till arrest för tillnyktring**

Tillgänglig hälso- och sjukvård för medicinska bedömningar och tillgång till lösningar och alternativ för tillnyktring är angeläget för att kunna upprätthålla de effekter som inneburit att fler förs till vård, eller får en medicinsk bedömning av vården, menar företrädare för flera län. De menar att det behövs olika lösningar både för medicinska bedömningar vid omhändertagandet liksom olika lösningar för tillsyn under tillnyktring. Att det fortsätter att utvecklas alternativ och lösningar för en medicinsk säker tillnyktring är därför en förutsättning för att kunna upprätthålla effekter, bredda insatser och kunna föra fler till vård på längre sikt, menar de.







## Slutsatser och rekommendationer

I det här kapitlet sammanfattar vi våra slutsatser och vår bedömning av satsningen. Vi lämnar också rekommendationer till regeringen och till landsting och kommuner.

### 13.1 SATSNINGEN HAR SATT FRÅGAN PÅ AGENDAN

Vår slutsats är att satsningen har inneburit att flera steg har tagits i rätt riktning för att hantera de utmaningar som finns inom området. Satsningen har framför allt bidragit till att sätta frågan på agendan. Den har också bidragit till vissa andra positiva effekter. Effekterna handlar framför allt om att de olika organisationernas verksamheter och processer har utvecklats. Brister och behov av förändringar har identifierats, medvetenheten om utvecklingsbehoven har ökat samtidigt som kunskapsnivån på området höjts. Alternativ till arrest för tillnyktring har börjat utvecklas på en del platser och på vissa håll har förändringar av rutiner och processer skett. Satsningen har också bidragit till att lägga en grund för påbörjad eller utvecklad samverkan mellan Polisen, landsting och kommuner.

Däremot kan vi på nationell nivå inte se några förändringar i antalet eller andelen som förs till vård eller arrest. Andelen omhändertagna som förs till vård har varit i stort sett oförändrad de senaste tio åren. År 2015 fördes omkring 6 300 omhändertagna till vård, motsvarande 10 procent av samtliga omhändertagna. Knappt var femte ung fördes till vård 2015. Det finns fortfarande stora geografiska skillnader mellan länen i hur stor andel som förs till vård och vilka fortsatta insatser som erbjuds.



► *Möjligheterna att följa upp satsningen brister och det är därför svårt att avgöra om satsningen har uppnått sina mål*

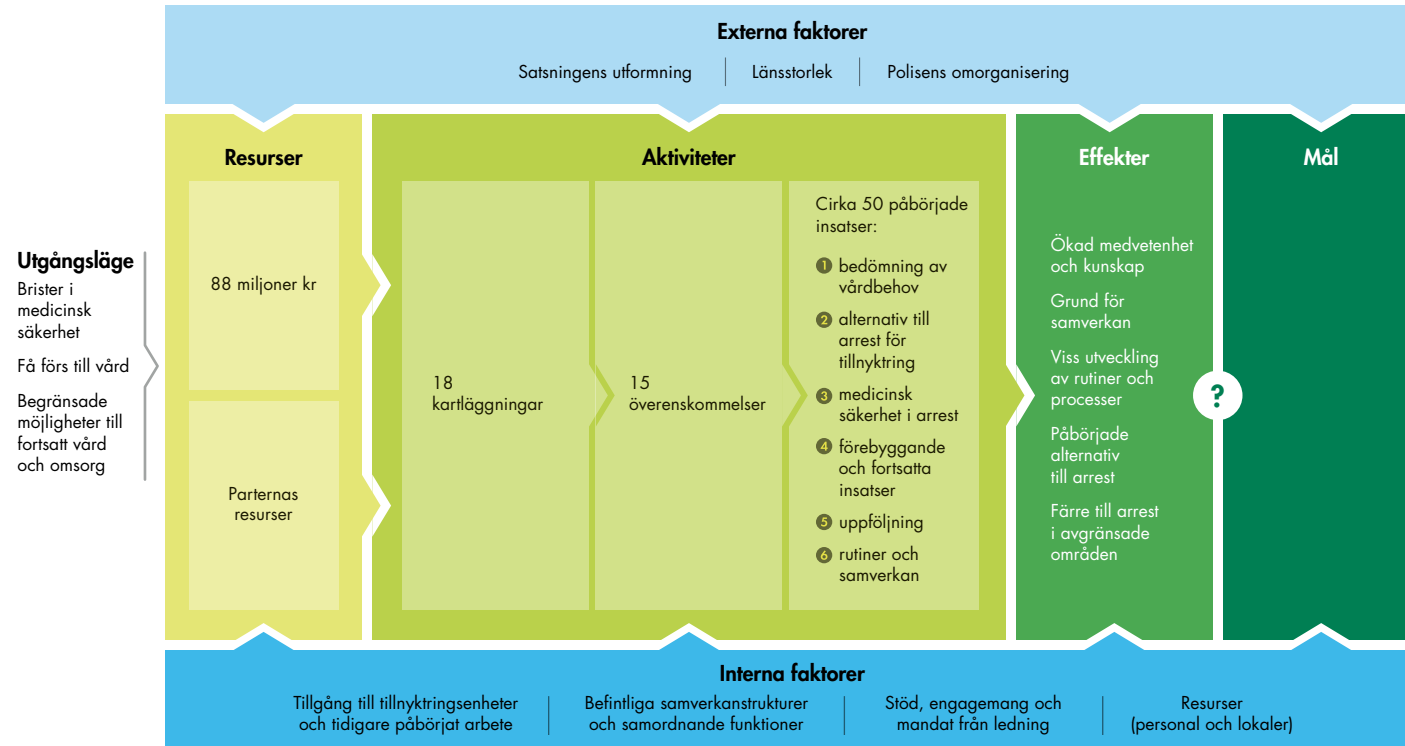
Möjligheterna att följa upp satsningen brister. Vi kan därför inte dra några slutsatser kring om satsningens mål har uppnåtts. Det saknas mätbara mål och tidpunkter för när målen skulle vara uppfyllda. Den nationella statistiken täcker enbart ett av flera delmål och har flera brister. Även möjligheterna att följa utvecklingen på lokal nivå är bristfälliga. För att kunna dra slutsatser kring om förbättringar har skett för den omhändertagne hade det varit en fördel om regeringen redan i samband med att satsningen utformades hade slagit fast hur uppföljningen skulle göras. Till exempel hade regeringen kunnat vara tydligare i hur inledande redovisningar av utgångsläget skulle utformas utifrån preciserade indikatorer och tidsperioder. Rimliga och tydliga krav på resultatrapporteringar efter satsningens slut hade också kunnat ställas för att stärka möjligheterna att följa upp satsningen. Det hade också kunnat stärka möjligheterna för utveckling och lärande på längre sikt. Vi vet också för lite om hur de omhändertagnas behov ser ut, och om behoven tillgodoses genom de insatser som i dag görs. Vi kan därför inte dra några slutsatser kring om de insatser som genomförts inom satsningen har lett till förbättringar för de personer som omhändertas (figur 24).

► *Förutsättningarna för bestående och långsiktiga effekter är osäkra*

Vi kan konstatera att vår uppföljning har genomförts samtidigt som en stor del av insatserna fortfarande pågår eller är under planering. Det innebär att vi inte kan utesluta att satsningen kan innebära effekter och förbättringar för dem som omhändertas på sikt. Men förutsättningarna för mer omfattande, bestående och långsiktiga effekter är osäkra i flera län. Vår studie visar, liksom andra studier tidigare gjort, att det finns begränsningar i projektsatsningars möjligheter att bidra till förändringar på längre sikt eller i större skala efter att projektet avslutats. Vår slutsats är att det krävs fortsatta och mer långsiktiga åtaganden från huvudmännen för att kunna uppnå bestående, mer omfattande och långsiktiga effekter.

De insatser som har genomförts har i flera fall utförts i begränsade geografiska områden, eller som punktinsatser. En stor del av insatserna är fortfarande under planering eller genomförande, och de genomförda insatserna är i liten utsträckning del av ordinarie verksamhet. Att en stor del av insatserna fortfarande planeras eller pågår är ett tecken på att länen fortsätter sitt utvecklingsarbete. Men det är även ett tecken på att

**Figur 24.** Vår sammanfattning av satsningens utgångsläge, aktiviteter, effekter och faktorer som främjat och hindrat genomförande och måluppfyllelse.



tre år är kort tid för att hinna genomföra och implementera insatser som kan ge effekter i verksamheterna. Implementering av en insats eller nya rutiner tar i regel tid. Forskare brukar tala om att det kan ta flera år innan en genomförd satsning lett till att insatser och effekter har blivit en del av det ordinarie arbete (Socialstyrelsen 2017). Men det finns en osäkerhet hos parterna om de har de förutsättningar som behövs för att fortsätta arbetet, liksom att ta tillvara de effekter som satsningen har åstadkommit. Det finns till exempel en osäkerhet om funktioner som kan förvalta, driva och samordna arbetet kommer att fortsätta prioriteras i länen. Tillgången till resurser såsom personal, lokaler och långsiktig finansiering är också en kritisk faktor. I de flesta län fanns det i oktober 2017 en stor osäkerhet när det gäller finansieringen av både pågående och planerade insatser. Tillgången till hälso- och sjukvård för medicinska bedömningar och alternativ till arrest för tillnyktring påverkar både möjligheterna att kunna upprätthålla effekter, bredda insatserna och kunna föra fler till vård på längre sikt.

► *Det finns flera fortsatta utmaningar att hantera*

Strukturer och praxis kring omhändertagande och tillnyktring har utvecklats under en längre tid. Flera av de utmaningar som vi har identifierat i denna utvärdering har även tidigare uppmärksammats och till viss del hanterats utan att det lett till bestående förändringar. Det gäller därför att ha rimliga förväntningar på hur långt en treårig satsning kan nå. Vi menar att mer långsiktiga tidsramar hade gett bättre förutsättningar för att kunna genomföra insatser och förvänta sig förändringar.

Det finns flera grundläggande utmaningar kvar att hantera för att kunna förbättra vården och omsorgen vid ett omhändertagande. I synnerhet är ansvaret för tillsyn under tillnyktring en fortsatt utmaning som behöver hanteras. Vår uppföljning visar att det är resurskrävande för polisen att föra personer till vård, vilket tillsammans med andra avvägningar påverkar om en person förs till vård eller inte. En fortsatt grundläggande utmaning är tillgången till hälso- och sjukvård för medicinska bedömningar och alternativ till arrest för tillnyktring över hela landet. Olika lösningar behöver utvecklas om förbättringar ska kunna ske för de omhändertagna. Tidigare studier har påpekat att utveckling av tillnyktringsenheter i hela landet skulle medföra ökade kostnader (Ds 2001:31). Ansvaret för och finansieringen av olika lösningar kommer därför att vara en fortsatt knäckfråga.

## 13.2 VÅRDEN OCH OMSORGEN I SAMBAND MED OMHÄNDER- TAGANDEN BEHÖVER FÖRBÄTTRAS

Det finns angelägna behov av att fortsätta förbättra den medicinska säkerheten, vården och omsorgen vid omhändertaganden enligt LOB. Endast var tionde omhändertagen förs i dag till vård. Detta trots att majoriteten av de omhändertagna bedöms ha behov av medicinsk bedömning eller tillnyktring inom vård, enligt uppskattningar från länen. Vår uppföljning visar också att det finns stora geografiska skillnader när det gäller tillgång till vård och omsorg i samband med ett omhändertagande. För att uppnå en mer jämlik tillgång till vård och omsorg är det viktigt med fortsatt utveckling över hela landet. Det behövs olika typer av insatser och lösningar som är anpassade efter de lokala förutsättningarna. Olika lösningar behöver utformas också därför att personer som omhändertas är en heterogen grupp med skiftande behov. Gruppen kan omfatta både personer utan egentlig missbruksproblematik och personer med olika grader av riskbruk, missbruk och beroende. Graden av berusning vid omhändertagandet kan också variera. Det innebär att personerna har olika behov av hälso- och sjukvård, vård och tillsyn i samband med tillnyktring. Även behovet av fortsatta insatser skiljer sig åt inom gruppen omhändertagna. Det innebär att det är viktigt att kunna identifiera vad varje enskild person behöver för att därefter erbjuda lämpliga och ändamålsenliga insatser – både i det akuta skedet och i det fortsatta omhändertagandet. Dessa möjligheter brister till stor del i dag.

### ► *Det behövs kvalificerad medicinsk bedömning av hälsotillstånd*

I det akuta skedet är kvalificerade medicinska bedömningar centrala för att stärka den medicinska säkerheten för personer som omhändertas, oavsett vilket fortsatt behov av vård och omsorg en person har. Olika lösningar för medicinska bedömningar behövs beroende på varierande behov och lokala förutsättningar.

Polisen har begränsade möjligheter att bedöma en omhändertagen persons hälsotillstånd, i synnerhet när det gäller mer svårbedömda risktillstånd. Men också vården uppfattar att det kan vara svårt att bedöma tillstånd och behov. Det beror bland annat på att gruppen är heterogen, men också på att hälsotillståndet snabbt kan förändras. Det kan därför behövas kontinuerliga bedömningar av tillståndet, visar vår uppföljning.



Möjligheten att få medicinska bedömningar av hälso- och sjukvården i samband med ett omhändertagande varierar över landet. Hälso- och sjukvårdens förutsättningar varierar beroende på typ av vårdmottagning och tillgång till resurser som personal, tid och kompetens. Det finns också grupper av omhändertagna som det är svårare för hälso- och sjukvården att ta emot för medicinska bedömningar. Vården har varierande men generellt bristande förutsättningar att ta emot personer som är utåtagerande, liksom personer som inte frivilligt stannar kvar i vården. Båda dessa grupper förs därför sällan till hälso- och sjukvård av polisen. Men även utåtagerande personer kan ha ett behov av såväl medicinska bedömningar som en löpande bedömning av hälsotillståndet. Ett utåtagerande beteende kan vara en del av en annan diagnos, exempelvis en psykiatrisk problematik, en effekt av ett missbruk eller droger. Förutsättningarna för att ta hand om personer som är utåtagerande och personer som inte vill stanna kvar inom vården behöver därför fortsättningsvis hanteras. En annan grupp som troligtvis mer sällan får kvalificerade medicinska bedömningar är personer som omhändertas och skjutsas hem eller till anhöriga, exempelvis barn och unga. Även dessa kan behöva få en medicinsk bedömning och en löpande bedömning av hälsotillståndet. Förutsättningarna för att kunna erbjuda kvalificerade medicinska bedömningar även för dessa grupper behöver fortsätta att hanteras och utvecklas.

- ▶ *Det behöver utvecklas alternativ för tillnyktring över hela landet*  
Att det saknas alternativ för tillnyktring inom ett nära avstånd är en huvudanledning till att polisen för personer till arrest i stället för till vård för tillnyktring. Tillnyktring i arrest kan minska den medicinska säkerheten såväl som möjligheterna till en god omvårdnad och fortsatta stöd- och behandlingsinsatser, visar tidigare studier liksom vår uppföljning. Alternativ för tillnyktring behöver utvecklas för att öka den medicinska säkerheten såväl som möjligheterna till en god omvårdnad och fortsatta stöd- och behandlingsinsatser. Det behövs olika lösningar som är anpassade efter både de omhändertagnas skiftande behov och de lokala förutsättningarna. Det är viktigt för en jämlik vård och omsorg över hela landet i samband med omhändertaganden.
  
- ▶ *Personer med behov av fortsatta insatser behöver fångas upp*  
Möjligheterna att fånga upp personer som behöver fortsatta insatser efter ett omhändertagande är begränsade. Vår uppföljning visar att de insatser

som görs sannolikt sällan leder direkt till fortsatta insatser. Det behövs därför fortsatt utveckling på flera områden. För att öka möjligheterna att fånga upp personer är det viktigt att tydliga och ändamålsenliga rutiner inom polis, hälso- och sjukvård och socialtjänst utvecklas för att systematiskt identifiera behov och fånga upp personer som behöver fortsatt stöd, exempelvis personer som återkommande omhändertas. Rutiner för att uppmärksamma minderåriga barn till personer som omhändertas behöver i synnerhet stärkas. Det är viktigt för att lämpliga och anpassade insatser ska kunna erbjudas både i det akuta skedet och i de fortsatta insatserna. Insatserna behöver också vara utformade på ett sätt som motiverar personer att ta emot stöd och hjälp. Tidiga, anpassade och samordnade insatser uppfattas kunna öka möjligheterna att fånga upp personer med riskbruk, missbruk och beroende samt barn och unga. Samordningen av insatser är viktig för att kunna fånga upp personer för såväl förebyggande som fortsatta insatser. Samordningen är därför viktig inte bara mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, utan också mellan verksamheter inom respektive huvudman. Att samordningen fungerar är i synnerhet viktigt för att personer med missbruk och beroende samt barn och unga ska få det stöd och de insatser de behöver. Detta kan öka förutsättningarna för att omhändertagandet blir början på den vårdkedja som förarbetena till lagen avsåg.

### 13.3 KUNSKAPSTÖDET PÅ OMRÅDET BEHÖVER UTVECKLAS

Vi kan konstatera att kunskapsutvecklingen och kunskapsstödet på området brister och behöver utvecklas. Det saknas till exempel i stor utsträckning kunskapsstöd för bedömningen av de akuta liksom de fortsatta medicinska och sociala behoven hos en omhändertagen person. Kunskapsstöd är viktigt eftersom gruppen som omhändertas är en heterogen grupp med varierande behov som kan vara svåra att fastställa. Det är därför centralt att kunna identifiera vad varje enskild person behöver för att därefter erbjuda lämpliga och ändamålsenliga insatser – både i det akuta skedet och i det fortsatta omhändertagandet.

Det saknas sammanställda uppgifter om vilken vård och omsorg de omhändertagna behöver och i vilken omfattning de får denna vård och omsorg. Det gör att det är svårt att skatta behoven och bedöma vilka insatser som fungerar bra och vilka som fungerar mindre bra för olika grupper med skilda behov. Därmed blir det svårt att dra slutsatser om hur vården och omsorgen i samband med ett omhändertagande ska organiseras för att fungera så bra som



möjligt för dem som omhändertas. Det hindrar möjligheterna till lärande och utveckling på längre sikt.

## VÅRDANALYS REKOMMENDATIONER

Vår uppföljning visar att det är fortsatt angeläget att fortsätta förbättra vården och omsorgen i samband med ett omhändertagande. Därför lämnar vi följande samlade rekommendationer till regeringen, landstingen och kommunerna i det fortsatta arbetet.

### ► *Regeringen, landstingen och kommunerna bör stärka kunskapsstödet inom området*

Vården och omsorgen i samband med omhändertaganden behöver förbättras. Därför bedömer vi att regeringen behöver stärka kunskapsutvecklingen och kunskapsstödet inom området. Ett utvecklat kunskapsstöd för att bedöma akuta och fortsatta medicinska och sociala behov hos den omhändertagna är grunden för att Polisen, hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna erbjuda lämpliga och ändamålsenliga insatser. Det är särskilt viktigt ur den omhändertagnas perspektiv. Det behövs därför mer sammanställd kunskap om vilka behov de omhändertagna har och vilka insatser som fungerar bra respektive mindre bra för dem. Detta gäller både i samband med omhändertagandet och i de fortsatta insatserna. Det handlar också om tillgång till ändamålsenlig statistik som gör det möjligt att följa upp gruppernas behov och utveckling över tid på nationell, regional och lokal nivå. Till exempel behövs tillgång till statistik som gör det möjligt att följa antalet personer som omhändertas, vilka insatser som ges i samband med ett omhändertagande och hur den medicinska säkerheten utvecklas.

Kommuner och landsting bör se till att ta tillvara den kunskap som har genererats inom satsningen. Till exempel behöver möjligheterna till dokumentation och uppföljning stärkas för att kunna se om insatserna leder till förbättringar för de omhändertagna. Verksamheterna behöver också få förutsättningar att prioritera organisatoriska funktioner som förvaltar kunskapen och samordnar arbetet mellan huvudmännen och mellan olika verksamheter. Kommuner och landsting behöver även ta del av den kunskap som byggts upp hos Polisen genom satsningen, samt fortsätta dialogen med Polisen om hur kunskapen bäst kan tas tillvara.



- ▶ *Regeringen, landstingen och kommunerna bör säkerställa att kunskaper och erfarenheter från patienter och brukare tas tillvara*  
Det är viktigt att utvecklingen av kunskapsstöd baseras på de omhändertagnas egna erfarenheter, behov och förutsättningar. Att ta tillvara de omhändertagnas och deras anhörigas erfarenheter och perspektiv är ett sätt att på sikt stärka kvaliteten i omhändertagandet. Därför är det viktigt att patienter och brukare kommer till tals och deltar i att utforma styrningen och utvecklingsarbetet inom området.
- ▶ *Regeringen, landstingen och kommunerna bör överväga hur ansvaret för tillsyn vid tillnyktring kan tydliggöras*

Huvudmännen upplever att ansvaret för omhändertagna personers tillnyktring är otydligt och svårt att enas kring i praktiken. Den uppfattade otydligheten står i vägen för utvecklingen och riskerar att få konsekvenser för dem som omhändertas. Även tidigare utredningar har pekat på behovet av att tydliggöra ansvarsfördelningen.

Vi bedömer därför att det är viktigt att huvudmännen kommer överens om hur ansvarsfördelningen för tillnyktring ska förtydligas och fungera i praktiken. Först då kan långsiktiga förbättringar för personer som omhändertas ske. Regeringen bör samtidigt överväga hur de från nationellt håll bäst kan stötta huvudmännen i att tydliggöra ansvaret. Det är viktigt att det nationella arbetet även fortsättningsvis utgår ifrån och anpassas till de lokala och regionala förutsättningarna.

För att kunna utforma och tydliggöra ansvaret i praktiken behövs mer kunskap om vilka behov de omhändertagna har och vilka insatser som fungerar bra respektive mindre bra för dem. Vår rekommendation om att utveckla kunskapsstödet är därför en central förutsättning för att tydliggöra ansvarsfördelningen i praktiken.









## Referenser

- Anell, A. och Mattisson, O. (2009). *Samverkan i kommuner och landsting: en kunskapsöversikt*.
- Brottsförebyggande rådet (2015). Ny handbok för dig som arbetar med SMADIT. <https://www.bra.se/nytt-fran-bra/arkiv/nyheter/2015-03-20-ny-handbok-for-dig-som-arbetar-med-smadit.html> (Besökt: 2018-01-12)
- Brulin, G. och Svensson, L. (2011). Välfärdsstatens projektifiering – kortsiktiga lösningar av långsiktiga problem. *Kommunal ekonomi och politik*.
- CAN (2016). Hur omfattande är alkoholmissbruket i Sverige? <http://www.can.se/fakta/fragor-och-svar/alkohol/#Hur-ser-alkoholkonsumtionen-ut-i-Sverige-och-Europa> (Besökt: 2017-11-10)
- Ds 2001:31. *Omhändertagande av berusade personer enligt LOB*.
- ESV – Ekonomistyrningsverket (2006). *Effektutvärdering: att välja upplägg*. Stockholm.
- ESV – Ekonomistyrningsverket (2016). *Vägledning, Verksamhetslogik*. Stockholm.
- Eriksson-Zetterqvist, U. (2009). *Institutionell teori – idéer, moden, förändring*. Malmö: Liber.
- Forssell, R., Fred M., Hall, P. (2011). *Effekter av politikens projektifiering – förändring eller konservering? En studie av Malmö Stads projektverksamheter*. Paper. NOPSA:s arbetsgrupp Politikens projektifiering? Temporära organisationer i offentlig politikutformning. Åbo Akademi, Vasa.
- Forss, K. (2007). *Utvärdering som hantverk: bortom mallar och manualer*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, L. (2006). *Utvärderingsmonstret: kvalitets- och effektmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.

- Lundqvist, L. (1987). *Implementation steering. An actor-structure approach*. Studentlitteratur. Lund.
- Kvale S. och Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- McLaughlin, A. och Jordan, G. (1999). Logic Models: A Tool for Telling Your Program's Performance Story. *Evaluation and Program Planning*, Volym 22:1.
- Proposition. 1975/76:113. *Om ändring i Brottsbalken* m.m.
- Prop. 2012/13:77. *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*.
- S2013/6484/FST. Uppdrag att fördela medel för vidareutveckling av missbruks- och beroendevården inom ramen för Kunskap till praktik 2013–2014.
- S2014/2933/FST. Uppdrag att fördela medel för en satsning för förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande av berusade personer.
- S2017/00357/FS. Uppföljning av satsning för förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande av berusade personer.
- Sandberg, B., Faugert, S. (2007). *Perspektiv på utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Sannerstedt, A. (2001). Implementering – Hur politiska beslut genomförs i praktiken i: Rothstein, B. (red), *Politik som organisation: Förvaltningspolitikens grundproblem*. Stockholm: SNS Förlag.
- Sannerstedt, A. (1984). Statsvetenskap, socialt arbete och implementeringen av socialtjänstreformen. *Statsvetenskaplig tidskrift*. Årg. 66. Lund.
- Socialstyrelsen (2011). *Termbanken – samverkan*. <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=515>. [Besökt: 2017-10-11].
- Socialstyrelsen (2017 a). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*. <http://roi.socialstyrelsen.se/fmb> [Besökt: 2017-09-12].
- Socialstyrelsen (2017b ). *Om implementering*. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/omimplementering>. [Besökt: 2017-10-12].
- SOU 1968:55. *Bot eller böter*.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende*.
- Thunholm, P. (2011). *Lag om omhändertagande av berusade. En vårdlag eller ett maktmedel?* Linnéuniversitetet, Växjö.
- Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. 3. [omarb. och uppdaterade] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Rapport 2016:2. Stockholm.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården*. Rapport 2017:1. Stockholm.









## BILAGA 1 – METOD

Vi har använt både kvalitativ och kvantitativ metod i vårt uppdrag. Vi har kartlagt och analyserat dokument, genomfört intervjuer och analyserat statistik. Vi beskriver här närmare hur vi gått tillväga.

### Visst bortfall i statistiken

Vi beskriver i kapitel 1 att det finns en del begränsningar i statistiken. En begränsning är att den nationella statistiken underskattar antalet omhändertaganden något. En anledning till det är att Polisen inte alltid rapporterar oidentifierade personer till Transportstyrelsen. Det beror på att Polisen har begränsade möjlighet och skyldigheter att vidta åtgärder för att fastställa identiteten på en omhändertagen person som inte vill identifiera sig. En anmälan till Transportstyrelsen förutsätter att identiteten är fastställd (7 kap. 9 § körkortsförordningen (1998:980) och 6 kap. 2 § RPSFS 2000:57 FAP 023-1). Polisen rapporterar i varierande utsträckning oidentifierade personer till Transportstyrelsen, visar våra intervjuer. En annan möjlig orsak till bortfall i statistiken är att vi har indikationer på att barn och unga som omhändertas enligt LOB inte alltid rapporteras till Transportstyrelsen. Det visar även uppgifter från länens kartläggningar.

För att uppskatta hur stort bortfallet är har vi jämfört Transportstyrelsens statistik med länens kartläggningar. Länet har gjort manuella genomgångar av Polisens LOB-protokoll, där även oidentifierade personer som omhändertagits finns med, liksom samtliga åldrar. Enligt vår genomgång finns det cirka 5 procent färre omhändertaganden i Transportstyrelsens statistik

jämfört med länens uppgifter. Det innebär att det finns ett visst bortfall bland rapporterade LOB-protokoll till Transportstyrelsen, men att detta bortfall är relativt litet.

### **Vi har använt kvalitativ metod och gjort ett urval av intervjupersoner**

Stor vikt har lagts på intervjustudien, eftersom det till stora delar saknas kvantitativa data på området. Valet av kvalitativ metod baseras också på karaktären på de frågor vi ska besvara. Till exempel gäller flera av de frågor som vi ska besvara de olika aktörers förutsättningar och erfarenheter av omhändertagande enligt LOB, vilka är lämpligt att belysa med kvalitativ metod. Genom kvalitativ metod kan vi också nå en djupare förståelse för omständigheter som kan vara betydelsefulla för hur eventuella effekter och resultat uppkommer, och belysa de möjligheter som satsningen har att uppnå målen (Forss 2007).

Under våren och hösten 2017 genomförde vi intervjuer med sammanlagt 66 personer fördelade mellan olika aktörer – kommuner, landsting, Polisen, Kriminalvården, och brukarorganisationer. Intervjuerna var semistrukturerade och följde en intervjuguide med frågor som utgick från uppdragets övergripande frågor (Kvale och Brinkmann 2009). Vi har därefter tematiserat och analyserat intervjuerna utifrån de frågeställningar vi ska besvara. Tabell 11 ger en översikt av hur intervjupersonerna fördelar sig mellan olika organisationer och i bilaga 2 sammanställer vi de intervjuade personerna.

Vi har intervjuat regionala företrädare för samtliga län, oavsett om de deltagit i satsningen eller inte. Länsföreträdarna har haft en samordnande och projektledande roll i de län som deltagit i satsningen. Samtliga länsföreträdare intervjuades vid projektets inledning, det vill säga i april till juni 2017. I oktober 2017 återkom vi till de företrädare vars län hade tagit fram en överenskommelse inom ramarna för satsningen. Syftet med dessa intervjuer var att få en uppdatering av pågående arbeten till följd av satsningen.

För att inhämta brukarnas erfarenheter av satsningen har vi vänt oss till brukarorganisationer på missbruksområdet. Totalt har vi intervjuat fem brukarrepresentanter i fyra län. Intervjupersonerna hade egna erfarenheter av missbruk och av att omhändertas enligt LOB.

Vi har också gjort intervjuer med verksamhetsföreträdare i fem landsting och fem kommuner. Urvalet av landsting och kommuner gjordes utifrån tre kriterier: typ av tillnyktringsvård (specifik tillnyktringsvård/TNE eller

avsaknad av specifik tillnyktringsvård) geografiskt läge och kommuntyp (glesbygd, förort och storstad). Urvalet omfattar också lokalpolisområden som täcker in i stort sett de landsting och kommuner som ingår i urvalet.

I urvalet av landsting och kommuner har vi intervjuat såväl högre chefer och tjänstemän som verksamhetsnära chefer eller professioner. Vi har intervjuat inre och yttre polisbefäl, sjuksköterskor, läkare, häktes- och arrestantvakter samt socialsekreterare.

För att få en ökad förståelse för hur omhändertagandet sker har vi också gjort studiebesök på två olika tillnyktringsenheter (TNE), en beroendemottagning med tillnyktringsplatser och en akutmottagning i två landsting, Västerbotten och Stockholm. Vi har också besökt arrestverksamheter i Polisregion Nord och Polisregion Stockholm. Vi har dessutom besökt Kronobergshäktet som har platser för omhändertagna personer.

**Tabell 11.** Intervjupersoner, fördelade på organisationer.

	21 Län	5 Landsting	5 Kommuner	9 Lokalpolis- områden	4 Brukar- organisationer	1 Kriminalvård
<b>Vilka</b>	Samtliga län	Stockholm Dalarna Västerbotten Värmland Halland	Borlänge Lycksele Södertälje Sölvesborg Tyresö	Borlänge Mora Södra Lappland Malmö Södermalm Södertälje Umeå Göteborg Skellefteå	Västernorrland Örebro Halland Västra Götaland	Stockholm
<b>Antal intervjupersoner</b>	28	14	8	10	5	1
<b>Totalt antal intervjupersoner</b>	66					

## BILAGA 2 – INTERVJUADE PERSONER

Under våren och hösten 2017 genomförde vi intervjuer med sammanlagt 66 personer fördelade mellan olika aktörer kommuner, landsting, Polisen, Kriminalvården, brukarorganisationer samt företrädare för länen. Här följer en lista på samtliga personer vi har intervjuat.

Länsföreträdare	
Län	Namn
Blekinge	Mari Söderström
Blekinge	Magnus Pagels
Dalarna	Sten Eriksson
Gotland	Veronica Hermann
Gotland	Cecilia Krook
Gävleborg	Ann Lyrberg
Gävleborg	Roger Larsson
Halland	Åsa Claesson
Jämtland	Kristoffer Edholm
Jönköping	Mattias Vejklint
Kalmar	Victoria Höggerud
Kronoberg	Anders Fransson
Norrbottn	Mats Westrom
Skåne	Anna-Karin Ekman
Stockholm	Anders Carlsson
Stockholm	Björn Ljung
Södermanland	Elisabeth Björk Andersson
Södermanland	Carina Forsman Björkman
Uppsala	Henrik Andréasson
Värmland	Bengt Palo
Värmland	Pär Johansson
Västerbotten	Lena Häggström
Västernorrland	Camilla Carpholt
Västmanland	Christina Persson
Västra Götaland (Fyrbodal)	Charlotta Wilhelmsson
Västra Götaland	Malin Camper
Örebro	Per Sandén
Östergötland	Therese Johansson

<b>Socialtjänst</b>	
<b>Kommuner</b>	<b>Namn</b>
Sölvesborg	Camilla Wiik Stensson
Borlänge	Ewa Käll
Södertälje	Christina Gustafsson
Södertälje	Helena Forslund
Tyresö	Ulla Flygare
Tyresö	Åsa Sivierio
Lycksele	Lorentz Björk
Lycksele	Carina Eriksson

<b>Hälsa-och sjukvård</b>	
<b>Landsting/regioner</b>	<b>Namn</b>
Dalarna	Sören Fogde
Halland, Akuten Hallands sjukhus	Jonas Hultgren
Stockholm, Beroendecentrum	Christer Spångberg
Stockholm, Beroendekuten	Frans Venizelos
Stockholm, Maria Ungdom	Helena von Schewen
Stockholm, Maria Ungdom	Helen Nilsson
Värmland, Ambulanssjukvård/akuten	Wolmer Edqvist
Västerbotten, TNE Umeå	Camilla Rehnström
Västerbotten, TNE Umeå	Zandra Karlsson
Västerbotten, Storumans sjukstuga	Erika From
Västerbotten, Akuten Lycksele	Eva Lindberg
Västerbotten, Akuten Lycksele	Ida Grahn
Västerbotten, TNE Skellefteå	David Stenlund
Västerbotten, TNE Skellefteå	Lars Hellgren

## Bilagor

Polis	
Lokalpolisområde	Namn
Mora	Glenn Masuhr
Borlänge	Malin Engholm
Södertälje	Jonas Packalén
Södermalm	Robert Kindroth
Malmö	Bengt Andersson
Skellefteå	Marcus Nygren
Skellefteå	Torbjörn Nyback
Södra Lappland	Patrik Gustafsson
Umeå	Thomas Forsström
Göteborg	Håkan Lyrevall

Kriminalvård	
	Namn
Stockholm, Kronobergshäktet	Marianne Salamon Borg

Brukarorganisation	
Län	Namn
Halland (Brukarrådet missbruk och beroende)	Kent Öberg
Västernorrland (Verdandi)	Steve Ohlander
Västra Götaland (KF Länken och Brukarrådet för missbruksfrågor)	Håkan Blom
Örebro (Verdandi)	Thomas Johansson
Örebro (Verdandi)	Mats Pettersson



### BILAGA 3 – FÖRDJUPAD BESKRIVNING AV INSATSER I TRE LÄN

Vi beskriver här tre läns insatser mer utförligt. Vi utgår från länens egna resultatrapporteringar och uppgifter samt intervjuer med länsföreträdare samt företrädare för polis, socialtjänst och hälso- och sjukvård i respektive län. Våra avslutande intervjuer genomfördes i oktober 2017. Vi kan därför inte uttala oss om status för insatserna efter det.

#### Ett bedömningsverkstyg för poliser i Stockholm

I Stockholm har projektet ”Fler omhändertagna enligt LOB erbjuds vård – från arrest till adekvat vård” bedrivits. Projektet har inneburit olika typer av insatser. Bland annat genomfördes ett arbete med att ta fram och implementera ett bedömningsverkstyg som skulle ge poliser stöd i bedömningar av det initiala vårdbehovet och om en person ska föras till vård. Arbetet har involverat Stockholms läns landsting (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Beroendecentrum och CaphoMaria), Stockholm och Södertälje kommuner, Polisen Region Stockholm samt Kriminalvården i Stockholms län. Instrumentet togs fram av de konsulter som drivit projektet i samarbete mellan polisen och Beroendecentrum Stockholm. Screeninginstrumentet riktar sig både till poliser i yttre tjänst, stationsbefäl och eventuellt också till arrestvakter.

Våren 2017 gjordes ett pilotprojekt i lokalpolisområde Södermalm och Södertälje. Skälet till att dessa lokalpolisområden valdes ut var avståndet till beroendeakuterna, där Södertälje har längre avstånd till beroendeakuterna än Södermalm. Under pilotstudien fick cirka 200 poliser i yttre tjänst och stationsbefäl utbildning om bland annat screeninginstrumentet samt om vårdens ansvar och möjligheter att ta hand om berusade.

Poliser vi intervjuat uppfattar att instrumentet varit praktiskt användbart och ett värdefullt stöd i bedömningarna av det initiala vårdbehovet. I kombination med utbildningar och dialog med vården har det lett till vissa effekter, menar företrädare för både polis, vård och länet. Men effekterna från insatsen skiljer sig också mellan de två lokalpolisområdena. På Södermalm ökade antalet som transporterades till somatisk akutmottagning eller beroendevård från 35 procent till 63 procent under pilotverksamheten. Men i Södertälje minskade under samma tid antalet omhändertagna som fördes till vård, från 12,5 procent till 8 procent. Uppgifterna är dock inte helt jämförbara mellan lokalpolisområdena.

I den utvärdering som Stockholms län gjort, och i våra intervjuer, uttrycker poliser i Södertälje att det stora hindret till förändringar var

avståndet till beroendevården i Stockholm. I oktober 2017 beslutades om en plan för implementering av screeninginstrumentet vid fler lokalpolisområden. Enligt länsföreträdarna kräver ett breddat införande av screeningverktyget fler vårdplatser samt lokala lösningar för tillnyktring där sådana inte finns. Dessa lösningar är också en förutsättning för att de rutiner som har utvecklats ska kunna införas i fler områden, menar de.

## Screeninginstrument

### Omhändertagande enligt LOB

Om JA på någon av nedanstående frågor om symtombeteende så ska personen föras till avsedd vårdinstans

Om NEJ på samtliga frågor och

- personen är våldsam eller aggressiv så ska personen föras till arresten
- personen inte är våldsam eller aggressiv så kan personen föras till vårdinstans eller annan översäkad tillnyktring

Om den omhändertagne är under 18 år eller har barn under 18 år ska detta anmälas till kommunens socialtjänst

Symtombeteende	Omhändertagen ska till
Kraftig blödning, större sårskada	Akutmottagning
Rökavstämning	Akutmottagning
Intoxikation	Akutmottagning
Ändringsproblem	Akutmottagning
Okontrollerbar	Akutmottagning
Syn-ihörsel hallucinationer, psykotiskt beteende	Beroendekut
Rövring	Beroendekut
Suicidtankar-planer	Beroendekut
Störd motorisk aktivitet (onaturliga ryckningar eller rörelser) eller motorisk oörlighet (löper i kroppen, svårt att hålla sig still)	Beroendekut



### Omhändertagande enligt LOB

Detta är ett instrument för bedömning om personer som omhändertas enligt LOB ska föras till vårdinstans eller inte

- Vid misstänka att omhändertagen är i behov av vård ska denne föras till somatisk akutmottagning eller beroendekut
- Vid ett JA-svar på instrumentets frågor så ska omhändertagen snarast föras till avsedd vårdinstans enligt anvisning
- Finns behov av både somatisk vård och beroendevård ska omhändertagen föras till somatisk akutmottagning
- Kommunens socialtjänst bör informeras vid samtliga omhändertaganden

#### Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB)

Ur lagtexten:

- 1 § Den som anträffas så berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel att han inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller för någon annan får omhändertas av en polisman.
- 6 § Den som är omhändertagen skall förtöplande ses till. Skulle den omhändertagnes tillstånd ge anledning till det, skall den omhändertagne föras till sjukhus eller läkare tillkallas så snart det kan ske.
- 9 § ... Finns det skäl att omhänderta någon såvill enligt 13 § andra stycket polislagen (1984:387) som enligt denna lag, skall denna lag tillämpas. Lag (1984:391).

Källa: Capire och SopraSteria på uppdrag av Stockholms läns landsting.

## Insatser för ökad tillgång till tillnyktringsplatser i Västerbotten

I Västerbotten påbörjades flera insatser som tillsammans bidragit till att andelen som tillnyktrade inom hälso- och sjukvården eller fick en medicinsk bedömning ökade i länet från 14 procent 2013 till 25 procent 2016, enligt länets uppföljning. Arbetet i Västerbotten har bedrivits i två arbetsgrupper (en för kusten och en för inlandet) eftersom de har sett att områdena har olika förutsättningar.

I inlandet togs en överenskommelse fram mellan polisen och två sjukstugor i inlandet (Storuman och Åsele) och flexibla tillnyktringsplatser öppnades vid sjukstugorna. I de kustnära delarna av landstinget har arbetet inriktats på att öppna tekniska vårdplatser vid TNE i Skellefteå och öka tillgängligheten till befintlig TNE i Umeå genom utökade öppettider från och med september 2015. De utökade öppettiderna innebar att TNE varit öppen mellan kl.

12.00 till 07.00 i stället för som tidigare från kl. 16.00. Att öppettiden skulle utökas till just kl. 12:00 baserade på att polisen sett ett behov av att kunna föra omhändertagna till TNE tidigare än kl. 16:00 men sällan före kl. 12.00. Vården och polisen kom gemensamt överens om de utökade öppettiderna. För att kunna hantera de utökade öppettiderna på TNE utökades bemanningen på TNE. Den ökade bemanningen bekostades av medel från satsningen. De utökade öppettiderna har inneburit att polisen skjutsar fler personer till TNE, enligt intervjuer med både polis- och vårdföreträdare. Länetets uppföljningar visade att fler omhändertagna fördes till TNE efter insatsen. I samband med satsningen avslutades 2016 blev de tekniska vårdplatserna vid Skellefteå TNE och de utökade öppettiderna vid TNE i Umeå en del av ordinarie verksamhet.

### **Insatser för medicinska bedömningar i Dalarna**

I Dalarna ingick landstinget, samtliga kommuner och Polisen en överenskommelse om att dels skapa en TNE, dels att öka den medicinska säkerheten vid ett omhändertagande. Rutiner för medicinsk bedömning har utvecklats så att läkare vid Helikopterambulansen kan bistå poliser i bedömningarna. Utbildningsinsatser har också genomförts och rutiner utvecklats mellan polisen och hälso- och sjukvården för att fler ska få medicinska bedömningar inom hälso- sjukvården. Enligt polisföreträdare har det inneburit att polisen fått snabbare tillgång till medicinska bedömningar på akutmottagningarna. Det har bidragit till att polisen fört fler till vård i det studerade området. Cirka 6 procent fick en medicinsk bedömning år 2013 jämfört med 12 procent 2015, enligt länetets uppföljning.

Företrädare för länet och polisen beskrev i oktober 2017 att effekterna av insatserna börjat avta och att färre förs till akutmottagningarna efter projektets slut. Bristande tillgång till resurser inom både akutmottagningen och polisen, samt avsaknad av en funktion som driver och förvaltar arbetet nämns som förklaringar bakom utvecklingen. Det finns också uppfattningar om att akutmottagningarna inte är rätt ställe för medicinska bedömningar av berusade. Företrädare för både kommuner, landsting och polisen menar att öppnandet av de planerade vårdplatserna för tillnyktring är angelägna för att kunna föra fler personer till vård. Länet har långt framskridna planer för att skapa platser för tillnyktring för vuxna på länetets sjukhus. 4 platser planeras i Falun, 1 i Mora och 1 i Avesta. Enligt förslaget ska TNE finansieras till hälften av kommunerna och till hälften av landstinget. Frågan var i oktober 2017 fortfarande under förhandling.

## BILAGA 4 – UTBETALDA, ÅTERBETALDA OCH FÖRBRUKADE MEDEL

Tabell 12. Utbetalda, återbetalda och förbrukade medel per län och totalt, kr.

Län	2014		2015		2016		2014 till 2016	
	Utbetalt	Återbetalt	Förbrukat	Förbrukat	Förbrukat	Förbrukat	Utbetalt	Förbrukat
Blekinge	211 000		211 000	1 948 654			2 159 654	2 159 654
Dalarna	1 739 000	1 186 796	552 204	3 153 654	2 812 500		7 705 154	6 518 358
Gotland	894 000	894 000	-		1 354 167		2 248 167	1 354 167
Gävleborg	1 437 000	1 037 361	399 639	2 551 154	2 291 667		6 279 821	5 242 460
Halland	1 195 000		1 195 000	2 069 154	1 875 000		5 139 154	5 139 154
Jämtland	1 316 000	1 089 673	226 327				1 316 000	226 327
Jönköping	1 618 000		1 618 000	2 912 654	2 604 167		7 134 821	7 134 821
Kalmar	1 557 000	1 535 540	21 460	2 792 154	2 500 000		6 849 154	5 313 614
Kronoberg	1 316 000	1 004 903	311 097	2 310 154			3 626 154	2 621 251
Norrbottnen	1 678 000	1 054 726	623 274				1 678 000	623 274
Skåne	2 825 000	2 279 294	545 707				2 825 000	545 707
Stockholm	2 402 000		2 402 000	4 479 154	3 958 332		10 839 486	10 839 486
Södermanland	1 376 000		1 376 000	2 430 654	2 187 500		5 994 154	5 994 154
Uppsala	1 316 000	94 861	1 221 139	2 310 154	2 083 333		5 709 487	5 614 626
Värmland	1 799 000	572 792	1 226 208	3 274 154	2 916 667		7 989 821	7 417 029
Västerbotten	1 739 000	693 215	1 045 785	2 812 500	2 812 500		7 364 000	6 670 785
Västernorrland	1 256 000	244 424	1 011 576	2 189 654	1 958 000		5 403 654	5 159 230
Västmanland	1 437 000		1 437 000	2 551 154	2 291 667		6 279 821	6 279 821
Västra Götaland	3 790 000	3 337 180	452 820				3 790 000	452 820
Örebro	1 557 000	1 488 780	68 220		2 500 000		4 057 000	2 568 220
<b>Totalt</b>	<b>32 458 000</b>	<b>16 513 545</b>	<b>15 944 456</b>	<b>37 785 002</b>	<b>34 145 500</b>		<b>104 388 502</b>	<b>87 874 958</b>







## En lob i mål?

### Uppföljning av satsningen för ett förbättrat omhändertagande av berusade personer

Varje år omhändertar Polisen drygt 60 000 berusade personer enligt lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB). En övervägande majoritet av dem förs till arrest vilket begränsar både den medicinska säkerheten och möjligheten att fånga upp de personer som behöver stöd för att komma ur ett missbruk eller ett beroende. Vårdanalys har på uppdrag av regeringen följt upp regeringens treåriga satsning för förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande enligt LOB. I rapporten följer vi upp och utvärderar satsningens resultat och besvarar några frågor. Vi lämnar också rekommendationer till regeringen, kommuner och landsting i det fortsatta arbetet.

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

