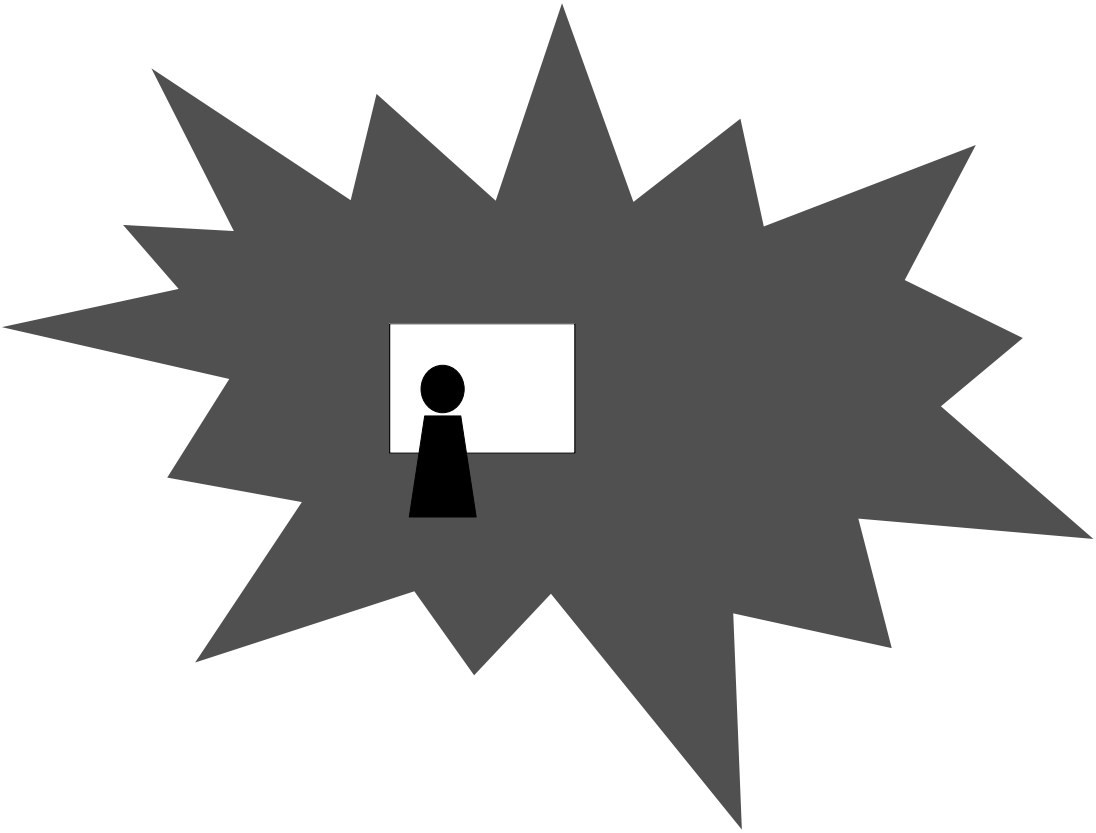
CHALMERS | CVA Centrum för VÅRDENS ARKITEKTUR



Brott i sjukvården

En pilotstudie

CHARLOTTA THODELIUS
GÖRAN LINDAHL
JOAKIM BERGLUND
MICAEL BJÖRK

CENTRUM FÖR VÅRDENS ARKITEKTUR
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige
Publikation 2024:5

RAPPORT FRÅN CENTRUM FÖR VÅRDENS ARKITEKTUR

Brott i sjukvården
En pilotstudie

CHARLOTTA THODELIUS

GÖRAN LINDAHL

JOAKIM BERGLUND

MICAEL BJÖRK

Arkitektur och samhällsbyggnadsteknik

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2024

Brott i sjukvården
En pilotstudie

CHARLOTTA THODELIUS
GÖRAN LINDAHL
JOAKIM BERGLUND
MICAEL BJÖRK

ISBN 978-91-984300-7-3
© Centrum för vårdens arkitektur

En rapport från Chalmers Centrum för vårdens arkitektur
Publikation 2024:5

Arkitektur och samhällsbyggnadsteknik
Chalmers tekniska högskola
412 96 Göteborg
Telefon +46 (0)31-772 1000

Denna rapport är en del av Centrum för vårdens arkitekturs rapportserie. Centrum för vårdens arkitektur, CVA är Sveriges ledande centrum för utveckling, utbyte och spridning av kunskap om vårdens fysiska miljöer. Centrumet är en nationell arena och plattform för kunskapsmöten. Fokus är att bidra till en personcentrerad, effektiv och säker vård. CVA engagerar sig i kunskapsspridning och forskning, bidrar till grund- och forskarutbildning samt driver uppdragsutbildning. CVA ger ut rapporter från utvecklingsprojekt och redovisar aktuella frågor för att bidra till kunskapsutvecklingen. Aktiv samverkan med organisationer inom och relaterade till hälso- och sjukvårdsområdet är centralt för relevans och nyttiggörande. Sahlgrenska akademin och Sveriges regioner är samverkanspartners.

För ytterligare information om CVA:s rapporter och aktiviteter, se vår hemsida: https://www.chalmers.se/cva

Förord

Syftet med det projekt som redovisas i denna rapport var att studera brott i sjukvården med ett särskilt fokus på sambandet mellan brott och fysisk miljö (incidenter och rumslig gestaltning). Under de senaste åren har brott som verksamhetspåverkande i diskussioner inte sällan kommit i skymundan av frågor kring krisberedskap, krig och allvarliga våldsincidenter. Brott av olika slag är dock alltjämt förekommande och snarare är vården idag utsatt för samma belastning som det omgivande samhället.

Denna rapport kartlägger brott baserat på en bred datainsamling och ska ses som en introduktion till området där framtida fördjupningar är nödvändiga för att utveckla såväl kunskap som handling i relation till de problem som identifieras.

Med respekt för mångfalden av verksamheter/organisationer/system som sjukvården är beroende av för sin verksamhet, och hur den integrerar med delar av områden som trafik, logistik, el, vatten, värme och annan teknisk försörjning, avgränsas detta projekt till de delar som i bokstavlig bemärkelse är själva grunden för verksamheten – den fysiska sjukvårdsmiljön som sådan och hur denna samspelar med brottsförekomster av olika slag.

Projektet har också intresserat sig för hur brottsproblemet uppfattas i olika delar av verksamheten, både i den operativa miljön och på en strategisk nivå, hur personal och chefer ser på den byggda miljöns betydelse för brottssituationerna och möjligheten att arbete förebyggande utifrån situationell prevention eller CPTED-strategier.

CVA, Centrum för vårdens arkitektur, har som mål att driva kunskapsutvecklingsfrågor kring vårdverksamheters infrastruktur, de lokaler, vårdmiljöer och system som används. Denna rapport är en del av det arbetet.

Arbetet har utförts av Charlotta Thodelius, docent i kriminologi och Joakim Berglund, adjunkt i kriminologi, båda vid Akademin för polisiärt arbete, Högskolan i Borås i samverkan med Micael Björk, professor i sociologi, institutionen för sociologi och arbetsvetenskap vid Göteborgs Universitet och Göran Lindahl, professor vid Construction Management vid Chalmers och verksam som föreståndare för CVA. Projektet har finansierats av CVA samt med medel för kunskapsutveckling från VGR.

Göteborg september, 2024

Göran Lindahl

Innehållsförteckning

1. Bakgrund till rapporten ... 1
1.1 Syfte och frågeställningar ... 2
1.2 Rapportens disposition ... 3
2. Litteraturöversikt ... 3
2.1 Sjukvården som brottsplats ... 4
2.1.1 Hot- och våld inom vården ... 4
2.1.2 Förskingring och stölder av läkemedel ... 6
2.1.3 Globala hot: terrorism och cyberattacker ... 6
2.1.4 Avsaknaden av mängdbrott (?) ... 8
2.1.5 Utmaningar i relation till det brottsförebyggande arbetet ... 8
2.2 Byggd miljö och design som brottsförebyggande princip ... 9
2.2.1 Sårbara platser och risksituationer ... 10
2.2.2 CPTED för vårdbyggnader ... 10
2.2.3 Situationell prevention ... 12
2.3 Kommentar till litteraturöversikten ... 13
3. Pilotstudiens genomförande ... 13
3.1 Enkätstudien ... 13
3.1.1 Spridning av enkät och bortfallsanalys ... 14
3.2 Studiebesök och fältintervjuer ... 14
4. Resultat ... 15
4.1 Erfarenheter av egna områden och uppfattningar om brott i vårdmiljön ... 15
4.2 Identifierade brottsproblem och heta platser i vårdmiljön ... 16
4.3 Orsaker till brott i vårdmiljön och det brottsförebyggande arbetet ... 18
5. Avslutande kommentar ... 21
Referenser ... 23
Bilaga 1: Enkät ... 29

1. Bakgrund till rapporten

Vi vill att vårdens miljöer ska vara öppna, trygga och säkra. Vårdmiljön är en plats där vi, inte sällan, behöver fokusera på annat än vår vardag. Vi kommer till vårdens lokaler med behov av omtanke och är oftast oroliga och sårbara. Att erfara att brott av olika slag också förekommer här kan påverka upplevelsen av vården och hur vi uppfattar verksamheten och dess miljöer. I följande citat ser vi att verkligheten dock kan vara helt annorlunda.

> *Larmet fortsätter att tjuta. Utanför personalrummet i korridoren känns stämningen genast lite mer stressad. Vad är det som händer? En sjuksköterska springer mot akutens ambulansintag. Samtidigt kommer en push-notis på mobilen. JUST NU: Skottlossning i Örebro – en person hittad skjuten vid skola. Mannen som blivit skjuten rullas in av ambulanspersonal till akutmottagningens operationssal. Läkarna gör vad de kan för honom där inne. Men han dör av sina skador. Inne på akuten är stämningen upprörd.* (Aftonbladet, Ögren, 2023)

Ovanstående illustration kommer från en artikel om vardagen på akutmottagningen vid Universitetssjukhuset i Örebro. Händelseförloppet får tjäna som en ingång till vår studie om brottsförekomster inom vården, med ett särskilt fokus på sambandet mellan brott och fysisk miljö – brottsnärvaron blixtbelyses liksom kopplingen till olika lokaler plus samspelet mellan inre och yttre faktorer.

Rapporten är en sammanställning av de resultat som framkommit i pilotprojektet ”Brott i vården” som genomfördes under 2023. Fokus i pilotstudien låg på vårdmiljöns risker och sårbarheter i relation till brottsförekomst och brottens rumsliga fördelning inom olika verksamheter, för att kartlägga *vilka typer av brott som sker* i ett urval av nationella vårdinstitutioner samt *var de sker*.

Som säkert redan känt, lyfter flera tidigare studier fram vikten av att vårdmiljön ska vara trygg, säker och robust. Detta är centralt ur både ett arbetsmiljöperspektiv för personalen, ur ett patientperspektiv och ur ett samhällsperspektiv. Vårdmiljön har en nyckelfunktion i samhällslivet, såväl i vardagslivet som i krissituationer. I begreppen trygg, säker och robust, läggs det in värden som säker arbetsmiljö, patientsäkerhet och infrastrukturfrågor såsom el- och vattenförsörjning. Vilket gör att begreppen fångar in allt från ergonomi och risken för smittspridning till terrorism och ytterst krig (MSB 2021). Även begreppet brott inkluderar en stor variation av aktuella problem, vilket gjorde att pilotstudien avgränsades till att inkludera sju konkreta brottsproblem: hot- och våldsbrott, stöldbrott, narkotikabrott, skadegörelsebrott, bedrägeribrott, antagonistiska hot samt olika former av sabotage och cyberbrott.

Vårdmiljöer har en inbyggd sårbarhet för brottsförekomst, framförallt hot- och våldsbrott (så kallade expressiva brott) samt stöldbrott, skadegörelse och sabotage (så

kallade instrumentella brott), eftersom verksamheten kombinerar flertalet riskfaktorer och risksituationer, så kallade kriminogena faktorer. Dessa kriminogena faktorer och situationer innefattar bland annat enkel tillgång till platsen, hög tillgång till så kallade heta objekt (stöldbegärliga ting eller liknande som kan ”fresta” till brott) och situationer som lättare kan uppfattas som provocerande eftersom det är en stressfull miljö för patienter och anhöriga, då de kan uppleva trauman och smärta, frustration och oklarheter i kommunikationen (jfr. Clarke, 1999; Felson & Boba, 2010; Potter & Atlas, 2013). Ett tydligt exempel på en plats där detta kan ske är receptioner i vårdcentraler (Hansson m.fl., 2023).

Därtill, finns det idag ett uttalat forskningsstöd för att flera typer av brott som sker utanför sjukhusen kommer att ”flytta in”, sett över tid (Potter & Atlas, 2013), vilket gör att sjukhuset kommer att ställas inför nya utmaningar över tid och kommer att spegla det omkringliggande samhällets brottsutveckling, vilket illustreras väl i vårt inledande citat. Vården, kommer även att komma närmare medborgarna, i och med skiftet till Nära Vård, vilket innebär att vården kommer att integreras mer i den omgivande miljön för att öka tillgängligheten till vården, inte sällan med koppling till kollektivtrafik och annan samhällsservice vilket öppnar upp för nya utmaningar (Thodelius, Berglund & Lindahl, 2024).

Brottsförekomsten har även en specifik rumslig fördelning, både inom och utanför vårdmiljön hittar vi så kallade heta platser med en högre koncentration av brott (Thodelius & Ceccato, 2022). Detta kommer att belysas i rapporten, för att öppna upp en diskussion kring möjligheterna att arbeta med den byggda miljön och lokalutformning som en brottsförebyggande princip (så kallad situationell prevention eller med stöd av *Crime Prevention Through Environmental Design*, CPTED). Forskningsstödet för den typen av förebyggande metoder är gott, men i en svensk kontext något underutnyttjad.

I den tidigare forskningen, både nationellt och internationellt, har det funnits ett stort fokus på hot-och våldsbrott inom vårdmiljön, däremot har inte samma uppmärksamhet rönts till andra brottstyper, såsom skadegörelse, stölder eller ekonomisk brottslighet. Även akutvårdsmiljön, har studerats i en högre utsträckning än andra vårdmiljöer. Vi vill därför i följande pilotstudie, bredda ingången till frågan om relationen mellan brott och fysisk miljö, genom att inkludera flera brottstyper och lokaliteter.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med pilotprojektet var att studera ett urval av brott i sjukvården med ett särskilt fokus på sambandet mellan brott och fysisk/byggd miljö (incidenter och rumslig gestaltning/lokalisering). Detta för att öppna upp för en bredare diskussion om den byggda miljöns roll i det brottsförebyggande arbetet i vårdmiljöer. Studien, som i första hand ha en kartläggande och explorativ ansats, vilar på två frågeställningar:

(1). Hur ser brottsproblematiken ut i olika vårdmiljöer? Samt hur uppfattas brottsproblemet i olika delar av verksamheten, både i den operativa miljön och på en strategisk nivå?

(2). Hur ser representanter för verksamheten på den byggda miljöns betydelser och möjligheten att arbete förebyggande utifrån situationell prevention eller CPTED-strategier?

1.2 Rapportens disposition

Rapporten består av fem avsnitt och inleds med en kort introduktion till pilotprojektets bakgrund, syfte och frågeställningar. I avsnitt 2 presenteras en litteraturöversikt som sammanställer nationell statistik kring brottsutsatthet i svenska vårdmiljöer, nationell och internationell forskning om brott i sjukvården samt tidigare forskning kring bryggd miljö och design som brottsförebyggande princip. Därefter, i avsnitt 3, presenteras genomförandet av pilotstudien i form av materialinsamling och metodval. Avsnitt 4 sammanställer pilotstudiens resultat och det avslutande avsnittet, avsnitt 5, diskuterar pilotstudiens resultat, dess praktiska implikationer samt lyfter fram rekommendationer till vidare forskning.

2. Litteraturöversikt

Sammanställningen av tidigare litteratur innehåller dels nationell myndighetsstatistik och rapporter, dels nationell och internationell forskning kring brott i sjukvården, rumsliga förhållande samt byggd miljö och design som brottsförebyggande strategi. Insamlingen av underlaget till litteraturöversikten har genomförts genom tre olika insamlingskällor:

1. Insamlingen av svensk myndighetsstatistik och rapporter har gjorts via webbplatserna för Arbetsmiljöverket, Sveriges kommuner och regioner (SKR), Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) samt Brottsförebyggande rådet (Brå).

2. För att sammanställa tidigare forskning kring sjukvården som brottsplats, har en litteratursökning genomförts i fyra olika databaser. Två med inriktning mot omvårdnad och medicin ”Pubmed och Cinahl” samt två databaser med inriktning på brott och kriminalitet, ”Criminal justice abstract och Psychinfo”[1].

3. Tidigare forskning kring brottsprevention genom byggd miljö (SCP och CPTED) har samlats in genom nyckelordssökning[2] på tre databaser: Art and Architecture Source,

[1] Sökningen i samtliga databaser har bestått av en boolesk sökning med ord som ”Crime, Crimes and Health care enviroment, Helath care settings, Health care facilities. Sökningen i samtliga databaser har avgränsats till artiklar som publicerats efter 2010 fram till november 2023.

[2] Nyckelord: Safe OR Secure OR Crime AND Health Care samt Design OR CPTED OR Situational Prevention AND Health Care

JStor Sustainability samt Web of Science. Därtill genomfördes en sökning utifrån aktuella artiklars referenslistor, för att möjliggöra ytterligare insamling av tidigare forskning.

Statistikkällor och myndighetsrapporter har lästs igenom och sedan summerats. Artiklarna som inkluderats i översikten, är ett urval av de som fångats in i sökningarna. I urvalsprocessen screenades alla artiklar via abstrakt, där det avgjordes om forskningsresultatet var tillämpbart i en svensk kontext, och lästes sedan igenom och inkluderades i översikten.

Litteraturöversikten redovisas som två övergripande teman: sjukvården som brottsplats samt byggd miljö och design som brottsförebyggande princip. Under dessa teman har sedan litteraturen sammanställts genom att skriva samman internationella och nationella källor.

2.1 Sjukvården som brottsplats

Sjukvården har länge ansetts vara en trygg plats och en öppen plats, där vårdsökande oavsett bakgrund har rätt till en jämställd och lika vård. Under senare tid har vi sett en förändring i diskussionen om sjukvården från en trygg plats, till en brottsplats. Bland annat har det handlat om ökat hot och våld mot anställda, gängkriminella som tar över vårdcentraler och narkotikahantering i sjukhusområdet. De teman som dock verkar uppmärksammas i forskningen, är förutom hot och våld, förskingring/stöld av läkemedel, terrorism, hot mot infrastruktur och cyberhot. Där det, paradoxalt nog går att se att de två första brottstyperna har en geografisk närhet till vårdmiljön (brottet tar plats), medan de sistnämna är oberoende rumsliga förhållande och är globala hot mot institutioner av olika slag.

2.1.1 Hot- och våld inom vården

I den tidigare forskningen har tonvikten främst legat på risken för att utsättas för hot- och våld inom vårdarbetet, och där vårdarbete kan ses som extra riskfyllt (Chappell & Di Martino, 2006; Foley & Rauser, 2012) International Labour Organisation (ILO) uppskattar att nästan varannan medarbetare inom vården har eller kommer att ha påverkats av våld någon gång i sitt arbetsliv (ILO, 2022), samtidigt är hot- och våld ofta underrapporterat och förknippat med ett stort mörkertal.

Olika nationella undersökningar pekar på att utsattheten för våld ligger mellan 4-18% under en tolvmånaders period (Wikman, Estrada, & Nilsson, 2010). Mörkertalet kan förstås utifrån en ovilja av vårdgivarna själva att inte anmäla vid incidenter eller händelser inte leder till någon större skada (Gunnarsson & Lindh, 2010), och vårdpersonalens anmälningsbenägenhet beror även till stor del på hur chefer agerat i liknande ärenden vid tidigare tillfällen (Brockmann, 2002). I internationella studier, visas att cirka 30% av tillfrågad vårdpersonal har utsatts för fysiskt våld och över 60% av vårdpersonal vid samma arbetsplatser har utsatts för psykiskt våld i form av

förnedring, aggression och verbala kränkningar (Acquadro Maran m.fl., 2018). I en amerikansk undersökning visas att över 70% av sjuksköterskor som arbetade på en akutmottagning hade rapporterat att de någon gång blivit utsatta för hot eller våld (Gacki-Smith m.fl., 2009) och över 82% av sjuksköterskor inom psykiatrin uppgav att de blivit utsatta för våld på arbetsplatsen under de senaste 30 dagarna (Ridenour m.fl., 2015). Omfattningen av hot- och våldsproblemet är svårt att definiera, både nationellt och internationellt, men 2010 framkom det i en svensk studie att det i statistiken gick att skönja en trend att utsattheten för våld ökar inom svensk vård och att risken för att utsättas för våld är större inom vården än många andra arbetsplatser i samhället (Wikman, Estrada, & Nilsson, 2010).

Att hot och våld förekommer inom vårdmiljöer är för vårdpersonal inte något nytt utan är snarare, enligt flera studier, något som vårdpersonal förväntar sig i arbetet med människor i nöd och socialt utsatta situationer. Detta påtalas även av flera studier som ett stort problem i relation till när det kommer till att anmäla eller uttrycka sin utsatthet (Acquadro Maran m.fl., 2018; Wolf m.fl., 2014). Vårdsökande personer, befinner sig i situationer präglade av stress vilket påverkar personers kognition och omdöme, samtidigt är den vårdsökande i en beroendeställning till vårdpersonalen, vilket i sin tur kan leda till en upplevelse av hjälplöshet och utsatthet. Detta kan skapa situationer där risken för våld ökar eller att våld uppstår (Arbetsmiljöverket, 2018).

I en svensk studie baserad på enkätsvar från 198 sjuksköterskor från en kirurgavdelning framkom det att den vanligaste typen av brottsutsatthet av patienter eller närstående på arbetsplatsen handlade om att bli förödmjukad (28%), utsatt för fysiskt våld (24%) samt utsatthet för hot (17%) (Jakobsson, m.fl., 2023). McKay med kollegor (2020), studerade brottsutsattheten under Covid-19 pandemin. Studien visade på en kraftig ökning av verbalt och fysiskt våld, vilket är ett resultat av arbetsbelastning, restriktioner, karantäner samt minskad möjlighet för kommunikation med närstående till patienter.

Flera av studierna som intervjuat vårdpersonal om deras upplevelser om hot och våld påvisar att det ofta finns en kultur på arbetsplatsen som påverkar vårdpersonal till att inte anmäla när man blivit utsatt för hot eller våld. Wolf m.fl. (2014) beskriver att det inte heller bara är arbetsplatskulturen som underminerar vårdpersonals vilja att anmäla utan att även sjukhusjurister och domstolsväsendet i flera fall påverkat vårdpersonalens tendens till att anmäla. Detta genom att insinuera att utsatthet för hot och våld är en del av arbetet och att anmälningar och rättsprocesser inte kommer leda till en förändring.

I relation till utsatthet för hot och våld mot vårdpersonal har flertalet artiklar påtalat allvarliga konsekvenser i form av fysiskt och psykiskt lidande hos vårdpersonal efter utsatthet (Acquadro Maran m.fl., 2018; Henson, 2010; Wolf m.fl., 2014; Anderson & West, 2011). Flera artiklar påtalar sambandet mellan utsatthet för våld på arbetsplatsen, depression och ångest. Acquadro Maran m.fl. (2018) menar att depression och ångest var mer förekommande för vårdpersonal som blivit utsatta än för de som inte blivit utsatta. Depression hade enligt samma studie även en starkare relation till den fysiska utsattheten medans ångest var starkt kopplat till förnekande av utsatthet. Utöver

långvariga fysiska och psykiska effekter upplevde en stor del av vårdpersonalen negativa effekter som exempelvis bristande engagemang, motivation och produktivitet efter utsatthet för hot och våld på arbetsplatsen (Wolf m.fl., 2014). även tankar om på att byta jobb framkom som en effekt av utsattheten hos vissa som intervjuats (Acquadro Maran m.fl., 2018). I en artikel som undersökte våld inom psykiatriska avdelningar visade resultaten på att 45% av de som blivit utsatta för hot och våld på arbetsplatsen tog sedan ut ledighet, i 65% av de fallen varade ledigheten över ett år (Anderson & West, 2011).

2.1.2 Förskingring och stölder av läkemedel

I litteratursökningen framkommer att ett växande brottsproblem inom vården är så kallad ”drug diversion”, vilket innebär en förskingring av läkemedel. Det handlar i praktiken om att utskrivna narkotikaklassade läkemedel inte tilldelas patienten utan istället säljs, stjäls eller brukas av vårdgivaren (Berge m.fl., 2012; Rousseau, 2020). I de flesta fall, handlar det om att vårdgivaren fördelar en mindre dos läkemedel till patienten än vad som ordinerats för att istället tillgodose sitt eget missbruk eller för att sälja läkemedlet vidare (Berge m.fl., 2012).

Konsekvens blir bristande medicinering, ett lidande och/eller förlängd sjukdomsperiod hos patienten och utveckling av en beroendeproblematik hos gärningspersonen (Berge m.fl., 2012; Rousseau, 2020). Förskingring/stöld av läkemedel kan även leda till en smittorisk mellan vårdgivaren och patient. I en artikel av Berge m.fl. (2012) beskrivs en situation där en vårdgivare smittat en patient med Hepatit C, då vårdgivaren disponerat delar av patientens läkemedel till sig själv med samma kanyl innan läkemedlet administrerades till patienten.

Precis som med hot- och våld finns det svårigheter att fastställa brottsproblemets förekomst och omfattning, även här är mörkertalet stort. Brottet anmäls sällan av kollegor, och i vissa fall underlättas brottet av bristande rutiner vid beredning och administrering av narkotikaklassade läkemedel (Rousseau, 2020). Det finns även en organisations- eller arbetskultur som försvårar upptäckt, eftersom det finns en arbetskultur som motsäger sig till att misstänkliggöra och anmäla sina kollegor inom vården (Rousseau, 2020). Det förebyggande arbetet, mot den här typen av brott, måste därför grundläggas och drivas av organisationen och dess medarbetare.

2.1.3 Globala hot: terrorism och cyberattacker

Både hot- och våldsproblematiken, samt förskingring av läkemedel är brott som sker inom vårdbyggnaden och som är beroende av vårduppdragets utformning, vårdorganisationen och de vardagliga interaktionerna. Men vården utsätts även för externa risker och brottslighet som är mer global i sin karaktär och där vårdmiljön kan anses vara ett lämpligt mål.

I vägledningen Den robusta sjukhusbyggnaden (MSB, 2021) konstateras att antagonistiska hot har ökat och blivit bredare. Det ges exempel på ett flertal typer av angrepp som kategoriseras som angrepp på fysisk säkerhet, personalsäkerhet och

informationssäkerhet. Konkreta angrepp med direkt påverkan på vårdens infrastruktur och dess byggnader är bombhot, sabotage och direkta väpnade angrepp. Även det faktum att trots såväl Genèvekonvention som s.k. sedvanerätt så förekommer attacker på sjukhusbyggnader. Sammantaget är vårdens infrastruktur en samhällskritisk funktion där sabotage allvarligt påverkar kapacitet, samhällsfunktion och kan skapa oro.

I litteraturen kring terror mot vårdbyggnader, framkommer att hoten kan innefatta både ensamagerande gärningspersoner och grupper, som ser vården som ett lämpligt mål. Utfarandet av attentatet kan innefatta bomber, mordbrand, produktkontaminering, smitta eller WMD (biologiska eller kemiska vapen). Arbetet mot terrorattacker brukas beskrivas innefatta att det sker ett arbete med olika lager av säkerhet, det handlar om att reducera anonymitet och öka upptäcktsrisken genom att kombinera ”olika lager” av säkerhet såsom säkerhet, tillträdeskontroll, skalskydd och fysiska barriärer.

I litteraturen har det fastställts att de finns en hög sannolikhet att attacker kommer att riktas mot infrastrukturen, i form av att attackera el- eller vattenförsörjning samt IT-systemet. Atlas & DiGregario (2013) har i sin studie av terrorism mot vårdmiljöns kritiska infrastruktur, identifierat tre svagheter i vårdbyggnaden som kräver en särskild och kontinuerlig riskanalys. Dessa är:

1. Behovet av att skapa resilienta vårdmiljöer genom att se över medarbetarnas personliga säkerhet, vårdbyggnadens möjlighet till elförsörjning och säkerställa att rutiner/kännedom/arbete med IT-säkerhet är framtagna.

2. Behovet av att säkra vattenförsörjning till vårdbyggnaden genom att se över behållare/reservoarer, rör och vattenlås/ventiler så att systemet kan fungera i en krissituation.

3. Säkra lufttillförseln till vårdbyggnaden för att undvika attacker med CBR och/eller biomaterial. Detta innebär bland annat att skydda luftintag/ventiler utomhus, såväl för påverkan som för klimatpåverkan/markvatten samt säkra upp för att försvåra möjligheten att ta sig upp på tak till byggnader, samt försvårad tillgång till förvarings- och teknikrum.

Även cyberattacker är en risk som vården behöver hantera, med en ökad användning av informationsteknologi är internet idag en del av vårdens organisatoriska förutsättningar. I stort sett alla objekt, allt från journaler till medicinsk utrustning är kopplade till internet och på så sätt även, potentiella offer för en attack (Kandasamy m.fl., 2020). Cyberattacker har flera konsekvenser: avbrott och intrång ger ekonomiska förluster, organisatoriska fördröjningar (Öğüt m.fl., 2011), men kan även riskera människors liv och hälsa (Tchankova, 2002).

Cyberrisker och genomförandet av cyberattacker kan förstås utlösas på tre olika sätt, där det första är starkt kopplat till vårdens interna rutiner. Där handlar det om mänskligt felhavande av datasystem, system- eller tekniska fel samt misslyckade interna processer som underlättar attacken (Sardi m.fl., 2020). I relation till mänsklig fel-handling, handlar

det om att det i systemen skapas s.k. loopholes oavsiktligt som öppnar upp systemen för utomstående, okunskap och oförsiktighet i insamling av data eller att det tillämpas ett felaktigt säkerhetsarbete (se Kessler et al., 2020). Det förekommer även ”hackning” mot system, speciellt mHealth-system (kopplade till e-hälsa), telemedicin och större databaser med olika typer av register (Moura m.fl., 2020) samt cyberattacker mot organisationen i form av DDOS-attacker eller överbelastningsattacker (Priestman m.fl., 2019).

2.1.4 Avsaknaden av mängdbrott (?)

Det som sällan lyfts i litteraturen är förekomsten av så kallade mängdbrott. Polismyndigheten definierar mängdbrott som ”vanligt förekommande brott” (www.polisen.se). Mängdbrott räknas inte till de allvarligaste brotten, även om de kan medföra omfattande skador och leda till en ”kränkning av den personliga integriteten och skapa otrygghet i samhället.” Den lägre allvarlighetsgraden, rättsligt sett, innebär att förundersökningen vanligtvis är polisledd. Åklagarmyndigheten omtalar mängdbrott som ”brott av enkel beskaffenhet” (ÅFS, 2005:9), till exempel stöld, snatteri, inbrott, häleri, skadegörelse, vissa bedrägerier, misshandel, olovlig körning och rattfylleribrott. Även olaga hot, förtal, ofredande, förfalskningsbrott och brott mot griftefriden räknas hit. Liksom våld och hot mot tjänsteman (ÅFS, 2005:9, Bilaga).

Mängdbrott kallas ibland vardagsbrott eller miljonbrott, då antalet ligger runt 1,2 miljoner per år. (se t.ex. Björk, m.fl., 2021) Hur fördelningen inom vården ser ut samt vilka kostnader mängdbrotten innebär för sektorn, är svåra att uppskatta eftersom det inte gjorts några studier på området. Däremot har Svenskt Näringsliv (2022) beräknat vad mängdbrotten kostar företagen, vilket är cirka 90 miljarder årligen. Vidare så är mängdbrott återkommande föremål för förundersökningsbegränsning. Det är även vanligt att utredningar läggs ner eller att anmälningar avskrivs. Uppklarningsprocenten är runt 15 %, och för vissa av brottskategorierna rör det sig om bara enskilda procent. Det senare är kanske en anledning till oklara anmälningsnivåer inom vården, eller att tidigare forskning inte undersökt saken – trots att brotten borde förekomma rätt frekvent även inom vårdmiljön.

2.1.5 Utmaningar i relation till det brottsförebyggande arbetet

Vården är en miljö som både möjliggör och attraherar olika typer av brott, men där det förebyggande arbetet är utmanande – främst som följd till det stora mörkertalet. Risken att utsättas för brott i vårdmiljön, på både person och organisationsnivå, påverkas av strukturella faktorer såsom ledning och organisation, situationella faktorer samt individuella faktorer hos gärningsperson och den brottsutsatte (Wikman, Estrada & Nilsson, 2010).

Arbetet för att skapat trygghet och säkerhet i vårdmiljöer vilar på flera faktorer och olika sjukhus arbetar på olika sätt för att skapa en trygg plats för patienter och personal. Sjukhus och vårdinstanser arbetar inte sällan utifrån en decentraliserad

säkerhetsorganisation där det finns regional säkerhetsavdelning kopplad till enskilda säkerhetssamordnare som arbetar på vårdavdelningar och sjukhus. Detta arbetssätt resulterar i att säkerhetssamordnarna ofta får bra kontakt med verksamheterna och kan luta sig tillbaka på den regionala säkerhetsorganisationens styrdokument och stöttning (SKR, 2023). Utifrån en komplex organisation byggt av det interna säkerhetsarbetet och externa aktörers ansvar för det trygghetsskapande och brottspreventiva arbetet, så blir det centralt med ett fungerande samverkansarbete för att bedriva ett hållbart säkerhetsarbete utan att äventyra kvalitet eller tillgänglighet (SKR, 2023). Dock kan oklarheter i samverkan skapa förvirring när det kommer till ansvarsfördelning i olika säkerhetsfrågor och även vid upprättandet av brottsanmälningar samt i det brottspreventiva arbetet.

2.2 Byggd miljö och design som brottsförebyggande princip

Att arbeta med miljöfaktorer, allt från rumslig utformning till interiör kan öka trygghetsupplevelsen och minska brottsförekomsten. Framför allt den trygghetsskapande effekten blir även större om förändringar sker i kombination med utbildningsinsatser och policyförändringar kan öka trygghet (se bl.a. Peek-Asa, Cubbin & Hubbell, 2002).

Förändringar i den byggda miljön, kopplade till det brottsförebyggande arbetet inkluderar flera olika strategier, såsom aggressionsreducerande design, Secure by Design (SBD), 4D-principen, situationell brottsprevention samt Crime prevention through environmental design, CPTED (Duxbury & Whittington, 2005; Casteel & Peek-Asa, 2000; Perdikaris, 2014; Peek-Asa & Zwerling, 2003; Potter & Atlas, 2013; Ulrich et al., 2018; York & MacAlister, 2015). Där vi i det här stycket i första hand kommer att fokusera på CPTED och CPTED-lösningar, då den metoden beskrivs ha en hög relevans för vårdbyggnader (McPhaul et al., 2008; MohammadiGorji et al., 2021; Morphet et al., 2018; Timmins & Timmins, 2021):

CPTED, kan beskrivas som en proaktiv strategi som främst appliceras i relation till projektering, ny- eller ombyggnation, där det i projekterings- och designfaserna tas hänsyn till hur det rumsliga kan ”uppmuntra” till regelefterlevnad, öka tryggheten och minska brottstillfällena (Thodelius & Ceccato, 2022; Potter & Atlas, 2013; Weisburd m.fl., 2016; Weisburd, Farrington & Gill, 2017; Weisburd, 2018); CPTED-strategier inkluderar, på en generell nivå, att arbeta med en utformning som stöttar naturlig övervakning och visibilitet, som möjliggör tillträdeskontroll, skapar en önskad image och materialval som underlättar underhåll samt miljöer som skapar en ägandekänsla och tydliggör territorialitet. I relation till vårdbyggnader, inkluderas inte bara analyser kring planlösningar av sårbara platser och risksituation, utan även analyser relaterade till geografisk lokalisering och interiörval (Potter & Atlas, 2013; York & MacAlister, 2015).

2.2.1 Sårbara platser och risksituationer

Sårbara platser i vårdbyggnader, handlar om platser som har en större risk att utsättas för brott under specifika situationella villkor (risksituationer). I den tidigare forskningen har fokus främst legat på hot- och våldssituationer och dess rumsliga förhållanden, och framför allt med fokus på sjuksköterskors utsatthet. Det har även varit ett fokus på så kallade tyngre vårdmiljöer, såsom, akutmottagningar, intensivvårdsavdelningar, missbruksavdelningar samt psykiatrisk vård.

Risksituationer för våld från patient eller anhörig mot sjukvårdspersonal inkluderar: direkt vårdarbete med patienter, möten med missnöjda och/eller agiterade patienter och anhöriga, möten med patienter med psykiska problem och/eller missbruk/berusning, underbemanning, ensamarbete, många nya medarbetare eller vikarier, patienttransporter inom eller mellan vårdinstanser, arbeta med långa väntetider, överfyllda eller obekväma väntrum (se till exempel: Angland et al., 2014; d'Ettorre et al., 2018; Findorff et al., 2004; Gates et al., 2006; Kowalenko et al., 2012; McPhaul & Lipscomb, 2004; Wikman et al., 2010; Wolf et al., 2014). Därtill skapar trasiga eller icke-funktionella skalskyddslösningar (lås, larm och kameror) en hög oro och osäkerhet hos personalen (Wolf et al., 2014), vilket kan leda till antingen stress hos personalen eller låg trivsel med jobbet, vilket leder till lägre vårdkvalité, högre missnöje hos vårdtagare samt ökade kostnader för vården (Abraham et al., 2018; Shaw, 2015).

Sårbara, eller så kallade heta platser, där våld ofta förekommer i vårdmiljön inkluderar framför allt entréer och väntrum som har en samt bristande lokaler kapacitet, undermålig belysning, dålig luft, för hög eller låg temperatur samt ogenomtänkta eller obekväma möbler, korridorer samt triagerum (Angland et al., 2014; El-Hadedy & El-Husseiny, 2022; Pati et al., 2016; Wolf et al., 2014). En gemensam nämnare hos alla heta platser verkar vara en svag naturlig övervakning och visibilitet i kombination med en låg tillträdeskontroll och en avsaknad av siktlinjer mellan till exempel entré och registrering/reception; registrering/reception, väntrum och triagerum eller reception/korridor/behandlingsrum (Pati et al., 2016; Fay et al., 2017).

Det kan även vara oklara gränsdragningar mellan patient- och privata personalytor, som leder till att personalens personliga utrymmen exponeras och överträds, vilket kan leda till otrygghet för personal (Angland et al., 2014). Men, här gäller även det omvända, precis som det måste finnas välavgränsade och privata personalytor, är privathet även viktigt för patienterna, särskilt i en sårbar situation som vårdsökande kan innebära, vilket ger en svår balansgång mellan att skapa visibilitet och privathet (Lau et al., 2012).

2.2.2 CPTED för vårdbyggnader

York och MacAlister (2015) har utifrån en traditionell CPTED-praktik, utvecklat en generell modell för vårdverksamheter, speciellt sjukhusmiljöer, som innefattar sju nyckelfaktorer som det bör förhålla sig till vid projektering, ny- eller ombyggnation i sjukhusmiljöer. Dessa nyckelfaktorer eller principer är följande:

1. *Tillträdeskontroll* (eng. Access control); där det handlar om att se över *hur* rörelser/förflyttningar inom byggnaden och närliggande området är tänkta att genomföras samt hur de ska hanteras för att upplevas som säkra. Det kan handla om att se över antalet entréer och dess rumsliga samband med registrering/reception, rumsliga samband mellan väntrum och behandlingsrum, parkeringars placeringar i relation till entréer samt antalet ingångar för verksamhetsspecifika avdelningar (Potter & Atlas, 2013; York & MacAlister, 2015).

2. *Naturlig övervakning och siktlinjer* (eng. Natural Surveillance and Sightlines); vårdmiljön måste möjliggöra och stödja en naturlig övervakning/tillsyn och möjliggöra goda siktlinjer, för att personal, patienter och närstående kan se andra (skapar trygghet), se vad som händer i rummet (uppleva att de har kontroll) och själva bli sedda (trygghetsskapande och minskar anonymiteten). Genom att öka den informella kontrollen och reducera mycket av den anonymitet som kan uppstå i verksamheter med höga flöden, det ökar även upptäcktsrisken av både risksituationer, samt kan verka avskräckande på brottsliga handlingar (Keyes & Stichler, 2018; York & MacAlister, 2015).

3. *Planlösning* (eng. Layout); York och MacAlister (2015) lyfter fram att planlösningen måste hantera frågor om och underlätta för orienterbarhet på flera parallella nivåer (rummet/avdelningen/vårdbyggnaden). En klar och logisk orientering är av betydelse för att besökare ska kunna hantera situationer både praktiskt och emotionellt, och reducerar stress och frustration. Det går även att arbeta med externa stöd för att ytterligare öka orienterbarheten, särskilt i sjukhusmiljöer, med stöd av till exempel skyltning, information och symboler, (Fröst, 2014; Wijk, 2014; York & MacAlister, 2015).

4. *Ögon* (eng. Eyes); att skapa fler ”ögon” på platser med en högre risk för att förstärka den naturliga informella övervakningen (punkt 2), men även förstärka med formell kontroll (till exempel ronderande väktare) är något som York och MacAlister betonar, speciellt på publika eller semipublika platser i vårdmiljön. Det kan handla om att skapa en blandning av aktiviteter eller funktioner, där till exempel riskfyllda aktiviteter (såsom kontanthanteringssituationer) placeras nära väntrum, att korridorer eller platser som upplevs som obevakade integreras med kiosker, frisörer eller förstärkt rondering av väktare eller kamerabevakning (jfr. Atlas, 2013).

5. *Ägda ytor* (eng. Sense of ownership); eller territorialitet kan uppnås med stöd av både punkt 2 och 4, eftersom dessa syftar till att öka tryggheten och reducera antalet brottstillfällen och riskfyllda situationer. Samtidigt, gäller det här att hitta en balans mellan kontroll, förväntningar och inkludering av användaren, vilket kan ske genomen tydlig zonering, information och fysiska barriärer ar (jfr. Thodelius & Ceccato, 2022; York & MacAlister, 2015).

6. *Kvalitativa miljöer* (eng. Qualitative environments); är en nyckelfaktor som betonar att ytorna inte enbart behöver vara ägda, utan även vara högkvalitativa. Det vill säga att

lokalerna och omkringliggande miljöer måste vara väl underhållna, välskötta och genomtänkta, Detta innebär att image, materialval och platsförvaltning måste tänkas igenom och vara genomförbart (York & MacAlister, 2015; Adams et al., 2019).

7. Fysiskt skydd (eng. Physical protection); knyter an till att det även måste implementeras olika fysisk skydd inom vårdmiljöer (skalskydd), vilket kan inkludera allt från fysiska barriärer, lås samt passersystem (York & MacAlister, 2015). Dessa, bidrar till upplevelsen om att ytorna är ägda (punkt 5), men skapar även ett försvårande att de facto begå brott (framförallt instrumentella brott såsom stöld, sabotage eller skadegörelse) och försvårar tillträdet till särskilt sårbara områden, till exempel teknikrum.

Förutom Yorks och MacAlisters modell av CPTED-strategier, har det under de senaste åren växt fram strategier som kombinerar CPTED-strategier och hot mot infrastruktur, och då särskilt risken för terrorism. Där det kan handla om att även säkra upp vårdbyggnadens utomhusmiljö, framförallt tillgång till tak och ventiler, för att försvåra attentat mot el- och vattensystem eller att använda ventilationssystemen för att genomföra WMD-attacker (Atlas & DiGregario, 2013).

2.2.3 Situationell prevention

Arbetet med CPTED är, som framgår, ett omfattande arbete och kan vara svårt att applicera i befintliga vårdmiljöer, där det kan vara ett alternativ att arbeta med det som kallas situationell prevention (SCP/SP). Den situationella preventionen appliceras ofta på platser där ett problem redan har uppstått och är därför något mer reaktiv strategi, den är även mer lokalt förankrad och kräver analyser av nuläget för att kunna tillämpas, såsom det systematiska säkerhetsarbetet som bedrivs på vårdcentralen eller mottagningen. Det handlar om att åtgärda lokala risksituationer eller lokala heta/sårbara platser genom att arbeta med en förstärkning av byggnaden eller byggnadens användning, till exempel att förstärka den informella kontrollen (punkt 2 i Yorks och MacAlisters modell), se över det fysiska skyddet och laga trasig utrustning (punkt 7 i Yorks och MacAlisters modell, Wolf et al., 2014) eller att se över eller byta ut möbleringen i väntrummet (jfr. Angland et al., 2014).

Att arbeta situationellt, handlar om att rikta in sig på en eller flera punkter i det som kallas för Cornish och Clarkes 25 brottsförebyggande tekniker (2003). Dessa tekniker utgår från fem övergripande kategorier av situationsbaserade åtgärder som reducerar brott på en generell nivå, nämligen: 1. Åtgärder som ökar ansträngning att begå brott; 2. Åtgärder som ökar risken med att begå brott; 3. Åtgärder som minskar belöningen med att begå brott; 4. Åtgärder som minskar provokationer som leder till brott samt 5. Åtgärder som tar bort ursäkter för att begå brott. I praktiken innebär detta att åtgärderna kan se något olika ut, utifrån den befintliga miljöns förutsättningar samt det specifika brottsproblemet.

Den situationella preventionen appliceras redan idag inom svenska vårdmiljöer, främst med stöd av tekniska lösningar (själv-check in, kamera, passersystem etcetera) och

kommer nog få ett ännu större användningsområde framöver, framförallt eftersom brott som sker utanför vårdmiljöerna i lokal samhället tenderar att flytta in över tid, vilket gör att vårdens brottsutveckling till stor del kommer spegla det omkringliggande lokal samhällets (Potter & Atlas, 2013).

2.3 Kommentar till litteraturöversikten

Som resultat av litteraturöversikten kan konstateras att alla situationer i alla sammanhang inte är studerade. Vissa brottstyper (hot och våld) är de mest studerade och fokus är hur dessa situationer hanteras och kan bemötas. I relation till detta kan också konstateras att vissa verksamheter är mer studerade, dessa är lokaler för akutvård, psykiatri och missbruk vilka alla har verksamhet där våldssituationer inte sällan uppstår. Även vissa yrkesgrupper är mer studerade, framför allt sjuksköterskor och då framför allt i de miljöer som nämnts ovan.

3. Pilotstudiens genomförande

Denna studie baseras i huvudsak på en enkät. Denna har kompletterats med litteraturstudie och platsbesök inom vårdverksamheter då också intervjuer genomfördes.

3.1 Enkätstudien

Enkäten bestod av 13 frågor, majoriteten av frågorna var utformade med fasta svarsalternativ (11 stycken) och två frågor var utformade som fritextsfrågor, där respondenten kunde utveckla sina erfarenheter och åsikter kring delar av enkätens frågeställningar. Enkäten, kan beskrivas ha en hög grad av strukturering, det vill säga att det inte gavs så stor frihet i de olika svarsmöjligheterna, detta för att i analysen underlätta för en jämförelse mellan de olika respondenternas svar, utan att behöva koda om eller tolka givna ”fria svar”.

Frågorna i enkäten utformades för att kunna besvara studiens två frågeställningar, genom att tematisera frågebatteriet tydligt. Det första temat, innehöll bakgrundsinformation kring respondenten, framförallt hens yrkesroll och regionstillhörighet. Det andra temat, *uppfattning kring brottsproblem och brottsförebyggande strategier i nuläget,* är en central del i kartläggningen – genom att den dels korresponderar med studiens första frågeställning, dels försöker bredda det något begränsade perspektivet i tidigare forskning, genom att inkludera fler brottskategorier än hot och våldsbrott samt inkludera fler typer av verksamheter. Det tredje temat, *framtidsspaning kring brottsutvecklingen inom vårdverksamheten,* syftade till att fånga in hur respondenterna ser på brottsutvecklingen inom vården inom den närmaste tiden och hur väl det matchar nuvarande problematik (se bilaga 1).

3.1.1 Spridning av enkät och bortfallsanalys

Enkäten digitaliserades med stöd av SUNET Artlogik och spreds via länk i e-post till potentiella respondenter på två sätt, dels genom en lista med namn på regionsrepresentanter som ställts samman inom projektgruppen, dels genom *Kunskapsnätverket hot- och våld*, som drivs av Peritum AB.

Därför går det att se att enkätdistributionen skett genom ett så kallat bekvämlighetsurval, i enkäten uppmuntrades även respondenterna att sprida enkäten i sina egna verksamheter, för att skapa en så kallad snöbollseffekt (se Trost, 2007, s 31).

Enkäten var tillgänglig under 30 dagar (15/9 2023- 15/10 2023), och på grund av upplägget med bekvämlighetsurval och en eventuell snöbollseffekt, gick det inte ut några påminnelser till respondenterna. Detta försvårar även bortfallsanalysen, eftersom vi inte vet hur många som i praktiken tog del av enkäten och hur många av dem som valde att avstå från att svara.

Enkäten besvarades av 27 respondenter, men med en viss variation kring antalet svarande i relation till de olika enkätfrågorna. Respondenternas yrkestillhörighet (n=26), kategoriserades i majoritet inom gruppen övrigt (34.6%) följt av säkerhetssamordnare (19.2%), säkerhetsstrateg (11.5%), säkerhetschef (11.5%) avdelningschef (7.7%), verksamhetschef (7.7%) samt verksamhetsstrateg och fastighetsstrateg (3.8% för respektive yrkeskategori). Fördelningen visar att det, trots en något låg andel svarande, finns en representation från både strategiskt och operativt verksamhetsperspektiv.

Majoriteten av de svarande representerar även Västra Götalandsregionen (50%), följt av Region Skåne och Region Stockholm (15.4% respektive). Region Uppsala, Östergötland, Kronoberg, Jämtland-Härjedalen och Halland har en viss representation (3.8% respektive). Urvalet har därför en viss geografisk bias, då cirka 80% av respondenterna representerar en region med storstad (Göteborg, Stockholm och Malmö), vilket gör att viss problematik som lyfts fram kan vara kontextberoende och inte representativ på nationell nivå

3.2 Studiebesök och fältintervjuer

Vid studiebesök genomfördes också intervjuer där brottsförebyggande strategier och effekter av aktuell byggnadsutformning diskuterades. Detta för att fånga erfarenheter som görs i de lokaler som besöktes. Inte sällan uppstår mönster och beteende utifrån vilka möjligheter som erbjuds baserat på användning av lokaler och dess bemanning. Effekter som sällan är fångade i underlaget för utformningen av lokalerna.

4. Resultat

I detta avsnitt redovisas en sammanställning av de resultat som framkommit i pilotprojektet ”Brott i vården” som denna rapport redovisar. Fokus i pilotstudien låg på vårdmiljöns risker och sårbarheter i relation till brottsförekomst och brottens rumsliga fördelning inom olika verksamheter, för att kartlägga *vilka typer av brott som sker* i ett urval av nationella vårdinstitutioner samt *var de sker*.

4.1 Erfarenheter av egna områden och uppfattningar om brott i vårdmiljön

Enkätens inledande frågeställning rörde vilka ansvarsområden inom verksamheten som respondenterna hade ansvar för, följt av en fråga om inom vilka verksamheter som respondenterna uppfattade att brottsproblemet var störst. I svaren framkom att respondenterna har ansvar och erfarenhet från flera olika verksamhetsgrenar, utifrån hur deras områdesansvar ser ut organisatoriskt (tabell 1), men vid en övergripande kategorisering går det att se att, i fallande ordning, finns det mest erfarenhet av att ha ansvarsområden relaterade till vårdmiljöer inom somatisk sjukvård inklusive OP/IVA (akutvård, medicin, geriatrik, barn- och ungdomsmedicin samt OP/IVA), följt av psykiatrisk vård (slutenvård vuxna, rättspsykiatrisk vård samt barn och ungdomspsykiatri) samt primär vård (jour- och vårdcentraler). Respondenterna tillfrågades även att ange vilka två verksamheter som de uppfattade att brottsproblemet var störst i, där angavs i första hand akutvårdsavdelningar och psykiatrisk slutenvård för vuxna, följt av rättspsykiatrin, BUP, Vårdcentraler, Jourcentraler och OP/IVA (Tabell 1).

Tabell 1: Respondenters ansvarsområden och upplevelse av brottsproblem.

Verksamhet	**Ansvar för:**	**Upplevelse av att ha störst brottsproblem**
a. Psykiatrisk slutenvård för vuxna	13% (15)	32% (17)
b. Rättspsykiatrisk vård	13% (15)	9% (5)
c. Barn och ungdomspsykiatrin	7 % (4)	8% (4)
d. Akutvårdsavdelningar	14% (16)	38% (20)
e. Slutenvård, medicin	11% (12)	0% (0)
f. Slutenvård, geriatrik	11% (12)	0% (0)
g. Högteknologisk vård: såsom operation samt IVA/MAVA	11% (13)	4% (2)
h. Barn- och ungdomsmedicin	11% (12)	0% (0)
i. Mottagningar placerade på sjukhus	11% (13)	0% (0)
j. Jourcentraler	5% (6)	4% (2)
k. Vårdcentraler	6% (7)	6% (3)
Summa	*100% (114)*	*100% (53)*

Det vi ser är att respondenterna har en uppfattning om att brottsförekomst är störst inom akutverksamhet och psykiatri, det vill säga att respondenterna i första hand associerar brott till våld. Intressant är att ingen lyfter fram de verksamheter som riskarbete i form av när vård av smärtpatienter, till exempel geriatrik. Vi kan se att brottsproblemet i huvudsak associeras till våld och de andra formerna av brott ”glöms bort”? Men även vissa riskmiljöer glöms bort, en respondent berättade om förlossningsvården som en specifik riskmiljö. Personen kommenterade att:

> *Våld eller hot om våld ser jag i stressfyllda situationer på förlossningsavdelningar. När den aggressive partnern hamnar i stress eller känner sig trängd, eller när en kontrollförlust uppstår. Här är det dock svårt att hitta utrymme att fråga den gravida/födande om våld/hot om våld förekommit [tidigare] eftersom de nu vistas gemensamt i lokalerna.*

Detta visar på betydelsen av interaktionen mellan föräldrar, rumsliga praktiker och sjukvårdens svårigheter att efterleva sina rapporteringsskyldigheter.

4.2 Identifierade brottsproblem och heta platser i vårdmiljön

På frågan om vilka brottsproblem som identifierats i den egna verksamheten framgick en bred variation av brottstyper, dock med en viss övervikt på hot om våld och våld mot personal (Tabell 2). Som framgår i tabell 2, är även skadegörelse ett stort problem inom vårdmiljöerna, följt av hot om våld mot patienter/personal, narkotikabrott, stöld av läkemedel, våld mot patienter och anhöriga, stöld av patienters/anhörigas värdeföremål, stöld av personalens tillhörigheter, cyberattacker, stöld av medicinsk utrustning, antagonistiska hot (inkl. organiserad brottslighet), anlagd brand, otillåten påverkan, bedrägerier och annan ekonomisk brottslighet, andra brottstyper samt sabotage mot infrastrukturen.

Tabell 2: Av respondenterna identifierade brottsproblem.

Brottstyper	**Antal identifierade**
a. Våld mot personal	13% (22)
b. Hot om våld mot personal	15% (26)
c. Våld mot patienter eller anhöriga	6% (11)
d. Hot om våld mot patienter eller anhöriga	9% (15)
e. Stöld av läkemedel	7% (13)
f. Stöld av medicinsk utrustning	3% (6)
g. Stöld av personalens tillhörigheter	6% (10)
h. Stöld av patienters/anhörigas värdeföremål	6% (11)
i. Skadegörelse	10% (18)
j. Anlagd brand	3% (5)
k. Narkotikabrott	7% (13)

l. Antagonistiska hot (inkl. organiserad brottslighet)	3% (6)
m. Sabotage mot infrastrukturen	1% (2)
n. Cyberattacker	4% (7)
o. Otillåten påverkan	3% (5)
p. Bedrägeri och annan ekonomisk brottslighet	2% (3)
q. Andra brottstyper	2% (3)
Summa	*100% (176)*

Vi ställde även frågan om vilka platser respondenterna identifierade som mest brottsutsatta oavsett brottstyp. De platser som identifierades rankades i följande ordning för sjukhus: inomhus på avdelning eller mottagning (1.9 std. 0.8), inomhus delade/gemensamma ytor (1.6 std. 0.9) samt utomhus på sjukhusområdet (1.5 std.0.7). För jour- och vårdcentraler ser ordningen ut på följande sätt: inomhus väntrum och reception (0.8 std. 1.1) följt av behandlingsrum (0.6 std. 1.0) samt utomhusmiljön i anslutning till jour- och vårdcentralen (0.6 std. 0.9).

Genom att slå samman ett urval av dominerande brottstyper (se tabell 1) till tre övergripande kategorier: hot- och våldsbrott, stöldbrott, skadegörelsebrott (inklusive anlagd brand) samt sabotage (inklusive cyberattacker) analyserades dessa kategorier i relation till de olika platserna ovan. I analysen lades även narkotikabrott, antagonistiska hot och otillåten påverkan till för att se om dessa har någon specifik fördelning relaterat till plats.

När de identifierade brottskategorierna differentieras i relation till de olika platserna, finns det enbart en marginell skillnad för brottskategorierna i relation till sjukhus, men där det finns en viss tendens till att hot- och våldsbrott, stöldbrott, sabotagebrott (inkl. cyberattacker) samt antagonistiska hot och otillåten påverkan sker inomhus i högre utsträckning än utomhus. Det finns även en viss tendens att antagonistiska hot och otillåten påverkan sker i delade/gemensamma ytor, medan hot- och våld sker på avdelningen/mottagningen. Dock är variationen så liten, så det är svårt att statistiskt mäta skillnaderna mellan platserna.

När det kommer till jour- och vårdcentraler, förkommer det en viss större variation jämfört med sjukhus. Hot- och våldsbrott samt antagonistiska hot och otillåten påverkan tenderar att ske i reception/väntrum samt utomhus. Samt att sabotages (inkl. cyberattacker), skadegörelse (inkl. anlagd brand), stöldbrott och narkotikabrott sker i första hand i reception/väntrum.

Fördelningen på både sjukhus, jour- och vårdcentraler går att förstå utifrån brottsgenomförandets praktiska sida. Detta vill säga, för att kunna begå ett brott, krävs att vissa villkor är uppfyllda. Inom rutinaktivitetsteorin, RAT, beskrivs brottets tre minimikrav; en motiverad gärningsperson, ett lämpligt objekt/offer samt avsaknaden av kapabla väktare (Cohen & Felson 1979). I relation till resultatet ovan, så går det att se att de brott som identifierats på sjukhus, låg distans mellan gärningsperson

brottsobjekt/offer och där det kapabla väktarskapet saknas. I fallet med antagonistiska hot och otillåten påverkan, som sker på ytor med ett högt antal potentiella kapabla väktare, skulle det dock kunna antas att väktarskapet undermineras och att gärningspersonen istället utnyttjar den anonymitet som finns på platsen.

Det här resonemanget återspeglas också i nedan citat som avser narkotikabrott.

> *Narkotikaproblematiken hos patienterna verkar även direkt kopplad till våldet i flera fall. Förutom att påverkade patienter är extra svåra [för personalen], så hamnar de i bråk med varandra om pengar, införsel, utpressningar, osv. Om vi tar narkotikan så kommer många positiva effekter på köpet.*

Det viktiga är alltså att mängdbrotten på avdelningarna kan vara följdbrott av annan brottslighet, i det här exemplet narkotikabrott.

4.3 Orsaker till brott i vårdmiljön och det brottsförebyggande arbetet

På en generell nivå framkom tre faktorer som ansågs leda till eller orsaka brott i en hög utsträckning, dessa var: möten mellan personal/patienter/anhöriga som eskalerade, effekter av upptagningsområdet och de patienter/anhöriga som verksamheten möter i vardagen agerar samt verksamhetens inriktning och lokalernas utformning (tabell 3). Förklaringarna till brottsförekomst, är därför med de två första förklaringarna på en generell nivå starkt kopplade till frågor om bemötande, och de sistnämnda mer på tvärsnittet mellan verksamhetens inriktning och lokalernas förmåga att stötta den dagliga verksamheten.

Tabell 3: Respondenterna svar gällande orsaker till brott.

Orsaker till brottsproblemet	**Svarande:**
a. Personalbrist/omsättning av personal (stress, svårigheter att efterfölja rutiner)	9% (7)
b. Upptagningsområde/patienterna och deras anhöriga	13% (10)
c. Belastning på vården (många vårdsökande)	6% (5)
d. Trängsel på avdelningen eller mottagningen	4% (3)
e. Långa väntetider i väntrummet	9% (7)
f. Situationer som eskalerar i mötet mellan personal/anhöriga/patienter	19% (15)
g. Verksamheternas inriktning	12% (9)
h. Verksamheternas lokalisering	1% (1)
i. Verksamheternas fysisk utformning (svårt att ha översikt i lokalerna, se vilka som går in etc.)	12% (9)
j. Verksamheterna är lämpliga mål (t.ex. att det finns en vetskap om att det finns mediciner/stöldbegärligt material i lokalerna eller att verksamheterna har viktig information eller liknande)	3% (2)

k. Omvärldsfaktorer: Närområdet och att närområdeseffekter ”spiller över”	5% (4)
l. Omvärldsfaktorer: Det nationella läget	8% (6)
m. Omvärldsfaktorer: Det internationella läget	0% (0)
Summa:	*100% (78)*

Genom att analysera vilka orsaker som kopplas till de olika brottskategorierna: hot- och våldsbrott, stöldbrott, skadegörelsebrott (inklusive anlagd brand) samt sabotage (inklusive cyberattacker), framkom följande mönster:

- Hot- och våldsproblemet, i första hand kan förstås utifrån följande fyra orsaker: situationer som eskalerar i mötet mellan personal/anhöriga/patienter (n=15); upptagningsområde/patienter och dess anhöriga (n=10) verksamhetens inriktning (n=9) samt verksamhetens fysiska utformning (n=9).
- I fråga om stöldbrott angavs följande tre orsaker: omvärldsfaktorer: det internationella läget (n=14); upptagningsområde/patienter och dess anhöriga (n=8) samt situationer som eskalerar i mötet mellan personal/anhöriga/patienter (n=7).
- Skadegörelsebrott (inklusive anlagd brand) förklaras utifrån: verksamhetens inriktning (n=9) situationer som eskalerar i mötet mellan personal/anhöriga/patienter (n=8) samt verksamhetens fysiska utformning (n=6)
- Sabotage (inklusive cyberattacker) förklaras uteslutande av omvärldsfaktorer, i form av det nationella läget.

Denna mer differentierade analys, visar på att det finns en skillnad i orsaker till expressiva och instrumentella brott, där de expressiva brotten, i form av hot och våld, förklaras mer av bemötande och relationella faktorer och de instrumentella (i form av stöld, skadegörelse och sabotage) är beroende av det nationella läget, verksamhetens inriktning och utformning- även om stöld och skadegörelse är till viss del relationellt utlöst också. Skadegörelse kan till exempel vara en konsekvens av en konflikt mellan patient och personal, där patienten slår sönder inredning istället för använder våld mot personalen.

Det verkar även vara så att orsaksförklaringarna till brottsproblemen, både på en generell och kategoriserad nivå, är en kombination av sociala och situationella faktorer, detta samtidigt som det brottsförebyggande arbetet i huvudsak är av situationell karaktär. Det brottsförebyggande arbetet inom verksamheterna bestod främst av skalskydd i form av larm och lås (n=23), personbundna larm (n=22), väktare (n=19), informationskampanjer riktade till personal (n=16) samt kameraövervakning (n=13). Andra åtgärder som har genomförts är ombyggnation av lokaler (n=11), att stänga verksamheter vissa tider på dygnet (n=10), samt omlokalisering av verksamheter (n=2).

På frågan om vilka de viktigaste åtgärderna för att förebygga brott i vårdmiljöer är framkommer följande skattning. Mest centralt är att lägga resurser på att redan i projektering/nybyggnation utforma så säkra vårdbyggnader som möjligt ur ett brottsförebyggande perspektiv (medelvärde 2.7, std. 0.5), följt av att det läggs resurser på att utbilda personal inom verksamheten att arbeta brottsförebyggande/öka medvetenheten om potentiella brotts- och säkerhetsproblem (2.5, std. 0.6), att det läggs mer resurser på att implementera skalskydd (2.2, std. 0.7) samt att det läggs mer resurser på väktare/akutvaktmästare som kan ingripa (2.0, std. 0.6).

Det verkar, på en generell nivå, finnas en viss diskrepans mellan det som görs idag och det som anses vara de viktigaste åtgärderna enligt respondenterna, där den fysiska miljön har en mer framträdande roll och där det finns ett större inslag av CPTED-traditionen, där det handlar om att arbeta med brottsproblemet redan i relation till projektering och nybyggnation.

En liknande diskrepans/förskjutning finns mellan mer sociala förklaringar till brott (stress, m.m.) och de åtgärder som önskas, eller som redan implementeras, där situationella åtgärder dominerar (skalskydd, m.m.). Detta kan förklaras av tre faktorer: för det första är det ett litet enkätmaterial vilket gör att varje svar får ett stort genomslag i analysen. Den andra, och kanske mer troliga förklaringen, är att åtgärderna inte ligger i linje med den analys som görs; det tredje är att åtgärder frikopplas från orsaker och istället hanteras en akut händelse och konsekvenser av denna (reaktivt).

Till exempel, om våld orsakas av en eskalerande situation, så hjälper personlarmet till att avbryta situationen och tillkalla hjälp, där och då, men personlarmet i sig kan inte förebygga den aktuella våldssituationen. Det blir, så att säga, ett mer reaktivt brottsförebyggande arbete. Det genuint proaktiva brottsförebyggande arbetet i sin tur, blir mer tydligt i relation till vad respondenterna anser borde göras för att upprätthålla tryggheten och säkerheten i stort.

Ett resonemang som liknar ovan framförs av Wikström (2007) som listar ett antal ”fallgropar” som är återkommande i det brottsförebyggande arbetet på en generell nivå. Han nämner bland annat:

- Det viktiga är att något görs, inte vad som görs.
- För många projekt startas och bedrivs samtidigt, varför resurserna smetas ut.
- Arbetet domineras av problemet för dagen, ”senaste uppgift gäller”.
- Centrala faktorer/mekanismer i brottsakten tappas bort, vilket leder till att arbetet saknar en gemensam kunskapsbas.

Vi tänker att dessa falluckor kan spegla sig i vårt enkätmaterial, även om vi aktar oss för att dra allt för starka slutsatser. Vi måste också komma ihåg att det inte finns några rena analyser, som kan omsättas i otvetydiga åtgärder/lösningar, vilket illustreras av följande fritextsvar:

> *Vi försöker dels tänka att vi ska bygga bort förutsättningarna för brott (som hos oss ofta är våld). Men tyvärr får vi även tänka att vi inte ska bygga så att vi riskerar att bli instängda med en våldsam patient. Vi tittar på lösningar med sensorteknik för att kunna se var i rummet patienten befinner sig, så de inte ställer sig i en död vinkel och attackerar när dörren öppnas. Jag tror på fler digitala lösningar framåt, för minskade brott.*

Citatet pekar även i riktning mot att förutsäga och hantera framtida brott, som vi också har frågat om.

Framtidspaning

I de sista frågorna i enkäten, bads respondenten att göra en mindre framtidspaning kring hur de tror att brottsutvecklingen kommer att öka inom vårdmiljön de närmsta fem åren. Majoriteten, strax över 90% (n=25) tror att brotten kommer att öka helt eller delvis. Framförallt tror respondenterna att hot om våld mot personal, våld mot personal samt cyberattacker kommer att öka. Följt av skadegörelse, antagonistiska hot, otillåten påverkan samt bedrägerier och ekonomisk brottslighet.

I enkätens fritextsvar lyfts även nya brottstyper fram, till exempel:

> *Det finns ingen utbildning inom PDV, pågående dödligt våld, för sjukvården i Sverige. Snart har vi säkert en incident.*

Detta illustrerar tydligt hur nya brottstyper ”flyttar in” i vårdmiljöer. I enkäten identifieras även ett problem i relationen mellan vårdverksamheten och polismyndigheten som påverkar det brottsförebyggande arbetet negativt. En av respondenterna från vårdverksamheten kommenterar:

> *Att ingen har tilltro till rättsväsendet längre utan antingen släpper man det eller löser det själv.*

En annan lyfter fram att:

> *Tillstånd för kameror med inspelningsfunktion är väldigt krångligt och svårt att få på plats, trots tydliga önskemål från Polismyndigheten för att kunna bevisföra vid begångna brott.*

Det är tydligt att brott i vården är ett problem och att detta kommer kvarstå och att brottsförebyggande arbete måste utvecklas med inriktning på vårdmiljöer.

5. Avslutande kommentar

Det är tydligt att brott är vanligt förekommande inom vårdverksamheter, det är en spegling av det omgivande samhället. Brottstrender i samhället återspeglas också inom vården. Det aktuella forskningsläget är också begränsat då det i huvudsak fokuserat ett fåtal brottstyper och inte fångat den variation som framträder i denna pilotstudie.

Resultatet visar att både organisationer och personal har ett behov av ett mer varierat brottsförebyggande arbete där social- och situationell prevention möts. Det behövs i lika delar arbetas med information och utbildning liksom nya typer av lokalutformning. I klartext skalskydd och specifika lösningar där CPTED kan vara ett perspektiv att utgå ifrån. Brott tar plats, det sker i de lokaler där vårdverksamheten genomförs.

Givet dels avsikten att vården ska vara öppen och inkluderande, dels funktionellt uppdelad inkluderande även hemsjukvård så skapas en stor mängd situationer på en rad olika typer av platser som alla kommer att ha sina specifika utmaningar. Detta berör till exempel mobila team och nya lösningar där administration, vård och publika lokaler integreras.

Att notera är att ökningen av välfärdsbrott och affärsmodeller kopplat till vårdverksamhet kan ge utrymme för brottslig verksamhet eller vara plattform för detta. Här behövs utveckling av översyn, granskning och ett brottsförebyggande arbete också utanför den direkta vårdverksamheten.

Därtill behöver verksamheterna utveckla strategier för att hantera mörkertalet avseende brott/anmälda brott och nya vägar att samverka med polismyndigheten och andra samhällsfunktioner för att möjliggöra ett proaktivt brottsförebyggande arbete.

Avslutningsvis och med beaktande av vårdens utmaningar så innebär detta att även brottsförebyggande arbete behöver bli en tydlig del av verksamheten och planeringen av dess lokaler.

Referenser

Abraham, L. J., Thom, O. M., Greenslade, J. H., Wallis, M., Johnston, A. N., Carlström, E., Mills, D., & Crilly, J. (2018). Morale, stress and coping strategies of staff working in emergency department: A comparison of two different sized departments. *Emergency medicine Australasia, EMA, 30*(3):375-381.

Acquadro Maran, D., Varetto, A., Zedda, M., & Magnavita, N. (2018). Workplace Violence Toward Hospital Staff and Volunteers: A Survey of an Italian Sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *27*(1), 76–95.

Adams, W.A., McCord, S., & Felson, M. (2019). How to ruin CPTED. Ur: R. Armitage & P. Ekblom (red.). *Rebuilding Crime Prevention Through Environmental Design.* Routledge.

Anderson, A., & West, S. G. (2011). Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in clinical neuroscience*, *8*(3), 34.

Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International emergency nursing, 22*(3), 134-139.

Arbetsmiljöverket. (2018). *Arbetsskador 2017. Arbetsmiljöstatistik*. Rapport 2018:1. Nedladdad via: https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljostatistik-arbetsskador-2017-rapport-2018-1.pdf [2019-02-05].

Atlas, R. I. (red.). (2013). *21st century security and CPTED: Designing for critical infrastructure protection and crime prevention.* CRC Press.

Atlas, R. I., & DiGregario, T. (2013). "Terrorism and infrastructure protection, risk and protection." Ur Atlas, R.I (red.). *21st Century Security and CPTED: Designing for critical infrastructure, protection and crime prevention.* CRC Press. s. 147-172.

Berge, K. H., Dillon, K. R., Sikkink, K. M., Taylor, T. K., & Lanier, W. L. (2012). Diversion of Drugs Within Health Care Facilities, a Multiple-Victim Crime: Patterns of Diversion, Scope, Consequences, Detection, and Prevention. *Mayo Clinic Proceedings*, *87*(7), 674–682.

Björk, M., Engdahl, O., Lindahl, G., Thodelius, C., & Tornberg, J. (2021). *Brott, fysisk miljö och hållbara städer: Fördjupade analyser av mikroplatsens betydelse för vissa kortbedrägerier*. För forskningsprogrammet Hållbart samhällsbyggande, Delområde Ökad rörlighet mellan akademi och praktik. FORMAS Slutrapport för projektet (dnr. 2019–02042)

Brockmann M. (2002). New perspectives on violence in social care. *Journal of Social Work, 2*(1), 29-44.

Casteel, C., & Peek-Asa, C. (2000). Effectiveness of crime prevention through environmental design (CPTED) in reducing robberies. *American Journal of preventive medicine, 18*(suppl. 4):99-115.

Clarke, R.V. (1999). *Hot products: Understanding, anticipating and reducing demands for stolen goods* (Paper No. 112, Police Research Series). British Home Office Research Publications

Chappell, D. & Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (3:d ed). International Labour Office, Geneva.

Cohen, L. E., & Felson, M. (1979). Social Change and Crime Rate Trends: A Routine Activity Approach. *American Sociological Review, 44*(4): 588–608.

Cornish, D., & Clarke, R.V. (2003). Opportunities, precipitators, and criminal decisions: A reply to Wortley's critique of situational crime prevention. Ur: M.J. Smith & D. Cornish (red.) *Theory for Practice in Situational Crime Prevention*, *Vol. 16.* Monsey, N.Y.: Criminal Justice Press. s. 41-96.

d'Ettorre, G., Mazzota, M., Pallicani, V., & Vullo, A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Biomed for Health Professions 89*(4):28-36.

Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing, 50*(5):469-478.

El-Hadedy, N., & El-Husseiny, M. (2022). Evidence-based design for workplace violence prevention in emergency departments utilizing CPTED and space syntax analyses. *HERD: Health Environments Research & Design Journal, 15*(1), 333-352.

Fay, L., Caroll-White, A., & Harrell, J. (2017). Coming full cycle: Linking POE findings to design application. *HERD, 10*(3).

Felson, M., & Boba, R. (2010). *Crime and everyday life.* 4 uppl. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Findorff, M. J., McGovern, P. M., Wall, M., Gerberich, S. G., & Alexander, B. (2004). Risk factors for work related violence in a health care organization. *Injury Prevention,* 2004:(10):296-302.

Foley, M., & Rauser, E. (2012). Evaluating progress in reducing workplace violence: Trends in Washington State workers' compensation claims rates, 1997–2007. *Work, 42*(1):67-81.

Fröst, P. (2014). Design av framtidens vårdmiljöer. Ur: Wijk, H. (red). *Vårdmiljöns betydelse*. Studentlitteratur. s. 275-292.

Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *39*(7/8), 340–349.

Gates, D. M., Ross, C. S., & McQueen, L. (2006). Violence against Emergency Departments workers. *Journal of Emergency Medicine, 31*(3):331-337.

Gunnarsson L., & Lindh N. (2010). *Hot och våld i prehospitala vårdsituationer vid intoxikation med GHB-preparat.* [Masteruppsats, Högskolan i Borås]. DiVA. https://urn.kb.se/resolve?urn=urn%3Anbn%3Ase%3Ahb%3Adiva-20013

Hansson, B., Lundin, E., Thodelius, C. (2023). *Trygga och säkra receptioner: Rapport från ett pilotprojekt*. Centrum för vårdens arkitektur. https://www.chalmers.se/centrum/cva/publikationer/trygga-och-sakra-receptioner-rapport-fran-ett-pilotprojekt/

ILO. (2022). *International Labour Organization*. https://www.ilo.org/

Jakobsson, J., Örmon, K., Axelsson M., & Berthelsen, H. (2023). Exploring workplace violence on surgical wards in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Nursing, 22*(1), 106.

Kandasamy, K., Srinivas, S., Achuthan, K., & Rangan, V. P. (2020). IoT cyber risk: A holistic analysis of cyber risk assement frameworks, risk vectors and risk ranking process. *EURASIP J.Inf. Secur*. 8:1-18.

Kessler, S. R., Pindek, S., Kleinman, G., Andel, S. A., & Spector, P. E. (2020). Information security climate and the assessment of information security risk among healthcare employees. *Health informatics journal*, *26*(1), 461-473.

Keyes, Y., & Stichler, J.F. (2018). Safety and Security Concerns of Nurses Working in the Intensive Care Unit: A qualitative study. *Critical Care Nursing Quarterly 41*(1): 68-75.

Kowalenko; T., Cunningham, R., Sachs, C.J., Gore, R., Barata, I. A., Gates, D., Hargarten, S. W., Josephson, E. B., Kamat, S., Kerr, H. D., & McClain, A. (2012). Workplace violence in emergency medicine: Current knowledge and future directions. *The Journal of Emergency Medicine 43*(3):523-531.

Lau, J.B.C., Margarey, J., & Wiechula, R. (2012). Violence in an emergency department: An ethnographic study (Part I). *International Emergency Nursing, 20*(2):69-75.

McKay, D., Heisler, M., Mishori, R., Catton, H., & Kloiber, O. (2020). Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. *The Lancet, 395*(10239), 1743-1745.

McPhaul, K.M., & Lipscomb, J.A. (2004). Workplace violence in Health Care: Recognized but not Regulated. *Online Journal of Issues in Nursing 9*(3), manuscript 6.

McPhaul, K.M., London, M. Murret, K., Flannery K.Rosen, J., & Lipscomb, J. (2008). Environmental evaluation for workplace violence in healthcare and social service. *Safer Communities, 15*(1):49-62.

MohammadiGorji, S., Bosch, S. J., Valipoor, S., & De Portu, G. (2021). Investigating the impact of healthcare environmental design on staff security: A systematic review. *HERD, 14*(1):251-272.

Morphet, J., Griffiths, D., Beattie, J., Velasquez Reyes, D., & Innes, K. (2018). Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: A scoping review. *Collegian, 25*(6):621-632.

Moura, P., Fazendeiro, P., Inácio, P. R., Vieira-Marques, P., & Ferreira, A. (2020). Assessing access control risk for mhealth: A delphi study to categorize security of health data and provide risk assessment for mobile apps. *Journal of healthcare engineering*, *2020*(1), 5601068.

MSB. (2021). *Den robusta sjukhusbyggnaden. En vägledning för driftsäkra sjukhusbyggnader.* Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Pati, D., Pati, S. & Harvey, T.E. Jr. (2016). Security implications of physical design attributes in the emergency department. *HERD, 9*(4):50-63.

Peek-Asa, C. Cubbin, L. & Hubbel, K. (2002). Violent events and security programs in California emergency departments before and after 1993 security act. *Journal of Emergency Nursing, 28*(5):420-426.

Peek-Asa, C. & Zwerling, C. (2003). Role of environmental interventions in injury control and prevention. *Epidemiologic Reviews, 25*(1):77-89.

Perdikaris, J. (2014). *Physical Security and Environmental Protection.* Boca Raton: CRC Press.

Potter, A. & Atlas, R.I. (2013). Designing Safe Healthcare Facilities: Hospitals and Medical Facilities. Ur: Atlas, R.I. (red.*). 21st Century Security and CPTED. Designing for Critical Infrastructure Protection and Crime Prevention.* CRC Press. s. 373-400.

Priestman, W., Anstis, T., Sebire, I. G., Sridharan, S., & Sebire, N. J. (2019). Phishing in healthcare organisations: Threats, mitigation and approaches. *BMJ health & care informatics*, *26*(1).

Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R., & Amandus, H. (2015). Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work*, *51*(1), 19–28.

Rousseau, R. R. (2020). Drug Diversion in the Health Care System: Cultural Change via Legal and Policy Mechanisms. *American Journal of Law & Medicine*, *46*(4), 446–468.

Sardi, A., Rizzi, A., Sorano, E., & Guerrieri, A. (2020). Cyber risk in health facilities: A systematic literature review. *Sustainability*, *12*(17), 7002.

Shaw, J. (2015). Staff perceptions of workplace violence in pediatric emergency departments. *Work, 51*(5):39-49.

SKR. (2023). *Förebygga hot, våld och otillåten påverkan*. Sveriges kommuner och regioner. https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/forebyggahotvaldochotillatenpaverkan.76299.html

Svenskt Näringsliv. (2022). *Brottslighetens kostnader 2022*. https://www.svensktnaringsliv.se/sakomraden/sakerhet-och-risk/brottslighetens-kostnader-2022_1180865.html

Tchankova, L. (2002). Risk identification. Basic strategies in risk management. *Environmental management and health, 13*(3), 290-297.

Timmins, F. & Timmins, B. (2021). An intergrative review of waiting time, queuing, and design as contributory factors to emergency department violence. *Journal of Evidence – Based Medicine, 14*(2):139-151.

Thodelius, C., Berglund, J., Lindahl, G. (2024). Healthcare as a crime scene: Exploring crime occurences and strategies for prevention through CPTED. In *AMPS Proceedings Series*. In press.

Thodelius, C. & Ceccato, V. (2022). *Kriminologiska perspektiv på situationsbaserad brottsprevention.* Liber.

Trost, J. (2007). Enkätboken. Lund: Studentlitteratur.

Ulrich, R.S., Bogren, L., Gardiner, S.K. & Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behaviour. *Journal of Environmental Psychology, 57*:53-66.

Weisburd, D., m. fl. (2016). *Place Matters.* Cambridge University Press.

Weisburd, D., Farrington, D.P., & Gill, C. (2017). What Works in Crime Prevention and Rehabilitation: An Assessment of Systematic Reviews. *Criminology & Public Policy 16*(2): 415–49.

Weisburd, D. (2018). Hot Spots of Crime and Place-Based Prevention. *Criminology & Public Policy* 17: 5–25.

Wijk, H. (red.) (2014). *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur.

Wikman, S., Estrada, F., Nilsson, A. (2010). *Våld i arbetslivet – en kriminologisk kunskapsöversikt*. Rapport 2010:4. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.

Wolf, L.A., Dealo, A.M. & Perhats, C. (2014). Nothing changes, nobody cares: Understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing, 40*(4):305-310.

York, T. W., & MacAlister, D. (2015). *Hospital and healthcare security* (6 uppl.). Butterworth-Heinemann.

ÅFS. (2005:9). *Åklagarmyndighetens föreskrifter och allmänna råd om ledning av förundersökning i brottmål*. Åklagarmyndighetens författningssamling. https://www.aklagare.se/globalassets/dokument/afs---enbart-konsoliderade--aldrig-andrade-gallande-forfattningar-i-dess-nuvarande-lydelse/afs-200509.pdf

Ögren, A. (2023, 16 augusti). Akutläkaren Stella: Fel patienter i vägen för det riktigt sjuka. *Aftonbladet*.

Öğüt, H., Raghunathan, S., & Menon, N. (2011). Cyber security risk management: Public policy implications of correlated risk, imperfect ability to prove loss, and observability of self-protection. *Risk Analysis 31*(3): 497–512

Bilaga 1: Enkät

Enkäten är en del av en pågående pilotstudie om brott och brottsförekomst i sjukvården. Syftet med pilotstudien är att studera brott i sjukvården med ett särskilt fokus på sambandet mellan brott och fysisk miljö (incidenter och rumslig gestaltning), där enkäten är en kartläggning av nuläget i de olika regionerna utifrån olika perspektiv. Enkäten vänder sig därför till Dig som arbetar med fastighets-, verksamhets- eller säkerhetsfrågor inom öppen- och sluten vård.

Enkäten består av 13 korta frågor utifrån tre teman och tar cirka 10 minuter att besvara. Deltagandet i enkäten är frivilligt och Dina svar kommer att vara anonyma. Vi hoppas att du har möjlighet att besvara enkäten, Din kunskap och erfarenhet är viktiga för att kunna kartlägga nuläget inom regionerna. En sammanställning av enkätsvaren kommer att publiceras i en rapport, som kommer att ges ut av Centrum för vårdens arkitektur (CVA), Chalmers tekniska högskola, Göteborg under våren 2024.

Har Du frågor om enkäten eller om projektet, är Du välkommen att kontakta Charlotta Thodelius, universitetslektor i kriminologi, Högskolan i Borås antingen via mail (charlotta.thodelius@hb.se) eller via telefon: 0737-419223.

Tema 1:Bakgrundsfrågor

Det första temat i enkäten består av fyra frågor som syftar till att sammanställa olika bakgrundsfaktorer som handlar om Din yrkesroll, regionstillhörighet samt verksamhetsområde och Din uppfattning kring vilka verksamheter som är mest brottsdrabbade i dagsläget.

1. **Vilken är Din yrkesroll?**

a. Fastighetschef
b. Fastighetstrateg
c. Fastighetsförvaltare
d. Verksamhetschef
e. Verksamhetsstrateg
f. Avdelningschef
g. Säkerhetschef
h. Säkerhetsstrateg
i. Säkerhetsamordnare
j. Väktare/akutvaktmästare
k. Övrigt

2. **Vilken region tillhör Din verksamhet?**

3. **Vilka typer av vårdverksamheter ingår i Ditt ansvarsområde?**

a. Slutenvård psykiatri/rättspsykiatri
b. Barn och ungdomspsykiatri
c. Akutvårdsavdelningar

d. Slutenvård medicin
e. Slutenvård geriatrik
f. Operation, IVA/MAVA
g. Barn- och ungdomsvård
h. Mottagningar placerade på sjukhus
i. Jourcentraler
j. Vårdcentraler

4. Vilka två vårdverksamhetsgrenar upplever/tror Du har de största brottsproblemen?

a. Psykiatrisk slutenvård för vuxna
b. Rättspsykiatrisk vård
c. Barn och ungdomspsykiatrin
d. Akutvårdsavdelningar
e. Slutenvård, medicin
f. Slutenvård, geriatrik
g. Högteknologisk vård: såsom operation samt IVA/MAVA
h. Barn- och ungdomsmedicin
i. Mottagningar placerade på sjukhus
j. Jourcentraler
k. Vårdcentraler

Tema 2: Uppfattning kring brottsproblem och brottsförebyggande strategier i nuläget

Det här temat i enkäten, består av fem frågor som syftar till att kartlägga dagens brottsproblem inom Din verksamhet, vilka platser som är särskilt utsatta för brottsförekomst samt hur brottsproblemen hanteras.

5. Vilka av följande brottsproblem har Du/Ni i nuläget identifierat inom Ert verksamhetsområde?

a. Våld mot personal
b. Hot om våld mot personal
c. Våld mot patienter eller anhöriga
d. Hot om våld mot patienter eller anhöriga
e. Stöld av läkemedel
f. Stöld av medicinsk utrustning
g. Stöld av personalens tillhörigheter
h. Stöld av patienters/anhörigas värdeföremål
i. Skadegörelse
j. Anlagd brand
k. Narkotikabrott
l. Antagonistiska hot (inkl. organiserad brottslighet)
m. Sabotage mot infrastrukturen
n. Cyberattacker

o. Otillåten påverkan
p. Bedrägeri och annan ekonomisk brottslighet
q. Andra brottstyper

6. Vilka platser identifierar Du som mest brottsutsatta inom Din verksamhet? Skatta följande sex platser på en skala mellan 0 och 3 (där 0 = ej aktuellt för verksamheten, 1=enstaka brottsproblem, 2= vissa brottsproblem-3= stora brottsproblem)

a. Sjukhus: inomhus på avdelning eller mottagning
b. Sjukhus: inomhus i delade/gemensamma ytor (entréer, caféer etc.)
c. Sjukhus: utomhus på sjukhusområdet
d. Vård-/jourcentral: inomhus vid väntrum och reception
e. Vård-/jourcentral: inomhus i behandlingsrum
f. Vård/jourcentral: utomhus, i direkt anslutning till vård-/jourcentral

7. Vilka tre faktorer tror Du påverkar brottsförekomsten inom verksamheten?

a. Personalbrist/omsättning av personal (stress, svårigheter att efterfölja rutiner)
b. Upptagningsområde/patienterna och deras anhöriga
c. Belastning på vården (många vårdsökande)
d. Trängsel på avdelningen eller mottagningen
e. Långa väntetider i väntrummet
f. Situationer som eskalerar i mötet mellan personal/anhöriga/patienter
g. Verksamheternas inriktning
h. Verksamheternas lokalisering
i. Verksamheternas utformning (svårt att ha översikt i lokalerna, se vilka som går in etc.)
j. Verksamheterna är lämpliga mål (t.ex. att det finns en vetskap om att det finns mediciner/stöldbegärligt material i lokalerna eller att verksamheterna har viktig information eller liknande)
k. Omvärldsfaktorer: Närområdet och att närområdeseffekter ”spiller över”
l. Omvärldsfaktorer: Det nationella läget
m. Omvärldsfaktorer: Det internationella läget
n. Annat

8. Hur upplever Du att brottsproblemen hanteras/åtgärdas inom verksamheten idag?

a. Informationskampanjer om t.ex. ökad vaksamhet riktade mot personal
b. Informationskampanjer om t.ex. ökad vaksamhet riktade mot patienter/anhöriga
c. Ronderande väktare
d. Kameraövervakning
e. Skalskydd (lås och larmsystem)
f. Personbundna larm att ha på avdelning/mottagning/vårdcentral

g. Stänga verksamheten vissa tider på dygnet (t.ex. att anhöriga/vårdsökande får ringa på till akutmottagningen)
h. Ombyggnationer av lokaler
i. Omlokalisering av verksamheter
j. Annat
k. Vet ej

9. Om Du skulle skatta följande påståenden på en skala mellan 0-3 (där 0=vet ej, 1= oviktigt, 2= viktigt och 3=mycket viktigt), hur viktigt anser Du att det är:

a. Att det läggs mer resurser på att implementera skalskydd inom verksamheterna(lås, larm, övervakningskameror etc.
b. Att det läggs mer resurser på säkerhet i verksamheterna i form av väktare/akutvaktmästare som kan ingripa på plats vid en brottshändelse
c. Att det läggs mer resurser på att utbilda personal inom verksamheterna att arbeta brottsförebyggande/öka medvetenheten om potentiella brotts- och säkerhetshot mot verksamheten
d. Att det läggs resurser på att utforma lokalerna på rätt sätt för att försvåra brottstillfällen/brottsgenomförande vid en ombyggnation
e. Att det läggs resurser på att redan i projektering/nybyggnation sträva efter att utforma så säkra vårdbyggnader som möjligt ur ett brottsförebyggande perspektiv

Tema 3: Framtidsspaning kring brottsutvecklingen inom vårdverksamheten

Det avslutande temat, består av fyra frågor, och rör Din uppfattning om framtida utmaningar inom verksamheten.

10. Tror Du att brott inom/mot verksamheten kommer att öka inom 5 år?

a. Ja
b. Ja, till viss del
c. Nej
d. Vet ej

11. Vilken/vilka typer av brott inom/mot verksamheten tror Du kommer att öka inom 5 år?

a. Våld mot personal
b. Hot om våld mot personal
c. Våld mot patienter eller anhöriga
d. Hot om våld mot patienter eller anhöriga
e. Stöld av läkemedel
f. Stöld av medicinsk utrustning
g. Stöld av personalens tillhörigheter
h. Stöld av patienters/anhörigas värdeföremål
i. Skadegörelse
j. Narkotikabrott

k. Anlagd brand
l. Antagonistiska hot
m. Sabotage mot infrastrukturen
n. Cyberattacker
o. Otillåten påverkan
p. Bedrägeri och annan ekonomisk brottslighet
q. Tror inte att brotten kommer att öka

12. Något övrigt Du vill lägga till som rör brott och/eller brottsförebyggande åtgärder inom verksamheten som vi har missat att fråga om?

13. Enkätfrågorna rör i första hand om brott, är det andra saker som Du tycker är viktigt att lyfta fram i relation till säkerhetsarbetet (infrastruktur, elförsörjning etc.)?

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige
www.chalmers.se

Denna rapport är en del av Centrum för vårdens arkitekturs rapportserie. Centrum för vårdens arkitektur, CVA är Sveriges ledande centrum för utveckling, utbyte och spridning av kunskap om vårdens fysiska miljöer. Centrumet är en nationell arena och plattform för kunskapsmöten. Fokus är att bidra till en personcentrerad, effektiv och säker vård. CVA engagerar sig i kunskapsspridning och forskning, bidrar till grund- och forskarutbildning samt driver uppdragsutbildning. CVA ger ut rapporter från utvecklingsprojekt och redovisar aktuella frågor för att bidra till kunskapsutvecklingen. Aktiv samverkan med organisationer inom och relaterade till hälso- och sjukvårdsområdet är centralt för relevans och nyttiggörande. Sahlgrenska akademin och Sveriges regioner är samverkanspartners.

För ytterligare information om CVA:s rapporter och aktiviteter, se vår hemsida:
https://www.chalmers.se/cva

CHALMERS