

Hot och våld mot ambulanspersonal

– nuläge, analys och utvecklingsförslag

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

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

Artikelnummer: 2025-6-9626

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2025

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga, identifiera åtgärder och lämna förslag för att skapa en trygg arbetsmiljö för ambulanspersonal (S2024/01310).

Anders Nordlund har varit huvudprojektledare och Maria State projektägare och ansvarig enhetschef. Hans Lindqvist och Annika Eriksson har varit delprojektledare. Zara Daghbashyan och Birgitta Svensson har tagit fram underlag och beräknat ekonomiska konsekvenser av de förslag vi presenterar i rapporten. Experten Magnus Viking, medicinskt sakkunnig Bruno Ziegler och utredaren Thomas Malm har lämnat värdefulla bidrag till rapporten.

Socialstyrelsen vill tacka: ambulanspersonal som vi intervjuat för uppdraget, olika nätverk för prehospital ambulanssjukvård, SOS Alarm, Sjukvårdens larmcentral, Arbetsmiljöverket, Polisen, samt utbildningsansvariga inom psykiatrin. Ett tack riktas också till övriga aktörer och intressenter som myndigheten haft kontakt med under uppdraget.

Björn Eriksson
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Inledning	8
Hot och våld mot ambulanspersonal är ett nationellt och internationellt problem	8
Avgränsning och metod	9
Prehospital akutsjukvård	11
Prehospital akutsjukvård och ambulanssjukvård	11
Information om patienten och den plats där patienten befinner sig	12
Ambulansuppdraget	14
Informationsvägar	15
Frivillighet	17
Hot och våld	19
Aggression	19
Hot och våld i arbetet	20
Arbetsmiljöverkets föreskrifter	23
Kunskap om hot och våld mot ambulanspersonal	25
Förekomst utanför Sverige	25
Förekomst i Sverige	26
Ambulanspersonals upplevelser av hot och våld	29
Hot och våld relativt sällsynt men har ofta långvariga konsekvenser	30
Förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården	32
Vård- och insatsprogram	32
Exempel på förebyggande arbete	33
Intervjuer med ambulanspersonal	36
Hot och våld	36
Påverkan på arbetsmiljö och arbetssätt	39
Samverkan med polisen	39
Informationssystem	41
Skyddsvästar	43
Några förändringar kan göra stor skillnad	44
Informationssystem	44
Inre sjukvårdsledning	47

Utbildning i att möta hot och våld	48
Samverkansövningar mellan polis och ambulanspersonal	49
FoU-projekt om kroppskameror inom prehospital akutsjukvård	49
Kunskapsstyrning.....	52
Kartläggning av hot och våld mot ambulanspersonal	53
Ekonomiska beräkningar.....	55
Slutenvårdsjournal i ambulans	55
Inre sjukvårdsledning	56
Utbildning för ambulanspersonal att möta våld	58
Samverkansövningar	60
FoU-projekt om kroppskameror inom prehospital akutsjukvård	62
Kunskapsstyrning.....	62
Kartläggning av hot och våld mot ambulanspersonal	63
Avslutande diskussion	64
Referenser.....	66
Bilaga 1. Metodbeskrivning.....	70
Bilaga 2. Angående förslag om register för "flaggning"	71
Exempel på mediala inslag om flaggning	72
Bilaga 3. Diagnoser som prediktionsmarkörer för problembeteenden	73
Bilaga 4. Utbildning i att möta hot och våld	76
Defensiva tekniker	76
Bilaga 5. Samverkansövningar mellan polis och ambulanspersonal	79
Krisövningar och rollspel	79

Sammanfattning

Ambulanspersonal arbetar ute i samhället i alla olika miljöer där människor vistas. Problematiken med hot och våld är därför mer komplex för ambulanspersonal än för de flesta andra yrkesgrupper. Ambulanspersonal arbetar ofta med patienter, närstående och åskådare som är oroliga, rädda, frustrerade, stressade, upprörda eller arga, och ibland räcker inte instruktioner och tillsägelser. Patienter, närstående och åskådare uppvisar ibland ett problem-beteende som hotar och i värsta fall leder till våld mot ambulanspersonal. Ofta kan ambulanspersonal själva hantera situationen. Ibland behöver ambulanspersonalen hjälp från polis. Ibland är den enda möjliga åtgärden att avbryta omvårdnadsinsatsen.

Ambulansuppdraget har genomgått en professionalisering och stora förändringar under de senaste årtiondena. Från att i stor utsträckning ha varit ett uppdrag att transportera patienter till sjukhus, handlar uppdraget nu om att också göra avancerade medicinska bedömningar och prioriteringar. Bedömningar och prioriteringar som förut gjordes på akutmottagningar görs nu i allt högre utsträckning av ambulanspersonalen ute i samhället, och då i patientens hem eller på offentlig plats. Det har inneburit ökad risk för menings-skiljaktigheter mellan patienter, närstående och ambulanspersonal. Den risken behöver motverkas med utveckling av informationssystem, utbildning och övning, och rutiner för samverkan med polis.

Forskning visar att hot och våld mot ambulanspersonal är relativt sällsynt, men när det händer har det ofta långvariga konsekvenser. Hot och våld sker oftast i patientens hem, men ambulanspersonalen kan ställas inför hotfulla och våldsamma situationer överallt där de arbetar. Ambulanspersonal som utsätts för hotfulla situationer känner sig kränkta och sårbara och upplever etiska dilemman. Ambulanspersonal beskriver att de efter våldsamma situationer drabbas av psykiska problem. När händelser resulterar i polisanmälningar upplevs en frustration över långvariga rättsprocesser.

Intervjuer och studiebesök har genomförts inom ramen för regeringsuppdraget. Intervjuerna bekräftar bilden av att hot och våld är relativt sällsynt, men att händelser påverkar ambulanspersonalen under lång tid. Ofta är händelserna kopplade till psykisk ohälsa, alkohol och narkotika: var för sig eller i kombinationer. Samarbetet med polisen när ambulanspersonalen uppger risk för hot och våld upplevs variera från situation till situation. När ambulanspersonal och polis arbetar tillsammans på platsen för ambulansuppdraget beskrivs samarbetet positivt. När det handlar om andra former av samverkan, exempelvis vid kontakter med polisens ledningscentral, går beskrivningarna tydligt isär.

Socialstyrelsen lämnar i rapporten ett antal förslag:

- Tillgång till slutenvårdsjournaler i ambulanser, förbättrad överföring av hotbedömningar från larmoperatörer till ambulans och samordnade rutiner mellan polis och ambulanspersonal samt även enhetliga rutiner för larmkedjan vid överfallslarm via Rakel.
- Larmcentraler som inte har inre sjukvårdsledning (inre befäl) och som har larmoperatörer som inte är legitimerad sjukvårdspersonal, bör fortsätta utvecklingsarbetet med inre sjukvårdsledning, och särskilt överväga hur funktionen kan stödja ambulanspersonal i riskbedömningar av hot och våld.
- Redan befintliga utbildningar bör vidareutvecklas för att ge ambulanspersonal ökade möjligheter att hantera hotfulla situationer.
- Samverkansövningar mellan polis och ambulanspersonal bör utvecklas och genomföras för gemensam förståelse kring hantering av riskfyllda situationer.
- FoU-projekt avseende kroppskameror för ambulanspersonal bör övervägas för att förebygga och underlätta lagföring av hot och våld mot ambulanspersonal.
- Kunskapsstöd om preventivt arbete mot hot och våld inom prehospital sjukvård ska tas fram.
- Kartläggning av hot och våld bör standardiseras och genomföras med regelbundna tidsintervall i hela landet för utvärdering av insatta åtgärder.

Avslutningsvis presenteras en ekonomisk analys av de förslag som lämnas i rapporten.

Inledning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga, identifiera åtgärder och lämna förslag för att skapa en trygg arbetsmiljö för ambulanspersonal (S2024/01310). Kartläggningen ska omfatta hot och våld mot ambulanspersonal i verksamheter som bedrivs i såväl offentlig som privat regi. Kartläggningen ska ge kunskap om vad som bidrar till att skapa en otrygg arbetsmiljö för ambulanspersonal relaterat till hot och våld. Kartläggningen ska även inkludera uppgifter om hur förekomsten av hot och våld mot ambulanspersonal ser ut: vilka som står för utövandet samt hur och i vilka situationer det förekommer.

I uppdraget ingår även att

- beskriva hur ambulanspersonal får information om patienten och den plats där patienten befinner sig
- beskriva informationsvägarna mellan ambulanspersonal, vårdinrättningar, larmcentraler m.fl., när det gäller t.ex. patientens tillstånd men även relevanta omgivningsfaktorer, vilket kan inkludera ev. våldsrisk hos patienten
- beskriva ambulanspersonalens samverkan med övrig s.k. blåljuspersonal
- genom kvalitativa metoder analysera ambulanspersonalens upplevelser av hot och våld och hur det påverkar deras arbetsmiljö, och genom kvantitativa metoder uppskatta omfattningen av upplevelserna av hot och våld.

Socialstyrelsen ska utifrån kartläggningen identifiera ändamålsenliga åtgärder för att skapa en trygg arbetsmiljö och motverka att ambulanspersonal utsätts för hot och våld. Socialstyrelsen ska även identifiera vilka verktyg som ambulanspersonal behöver för att kunna hantera sådant som skapar en otrygg arbetsmiljö, så som oförutsedda hotfulla situationer, som t.ex. kan uppstå i möte med patienter.

Hot och våld mot ambulanspersonal är ett nationellt och internationellt problem

Den arbetsmiljö där ambulanspersonal arbetar är en miljö med flera yrkesrelaterade utmaningar och risker [1]. En av de risker som ambulanspersonal står inför är att bli utsatt för hot men även våld [2]. Under senare år har hot och våld mot ambulanspersonal uppmärksammats i större utsträckning än tidigare både i Sverige och många andra länder. Hot och våld har också alltmer kommit att bli föremål för akademisk forskning, och forskningsstudier finns numera från flertalet kontinenter [3-5].

Ambulanspersonal är ofta de som först möter svårt sjuka och skadade. Att bli omhändertagen av ambulanspersonalen är i Sverige och andra länder med avancerad sjukvård ofta starten på en längre vårdprocess. Hur patientmötet blir kan komma att på ett betydande sätt även påverka fortsatta steg i vårdkedjan. Oro för hot och våld och hur det påverkar omvårdnadsprocessen kan därför också påverka omvårdnaden av alla patienter – oavsett faktisk risk för hot och våld. Att minimera risker och konsekvenser av hot och våld är inte bara viktigt av omtanke om ambulanspersonal utan även för omvårdnaden för alla patienter.

Alla yrken är på sina sätt unika, men ambulanspersonalens yrke är ett av de mest mångfacetterade. Människor med alla typer av sjukdomar och från alla sociala bakgrunder ges omvårdnad i sammanhang som är helt unika [6]. Som ett exempel kan nämnas skillnaden mellan att ge omvårdnad till en patient i personens eget hem, och den omvårdnad som ges i samband med ett våldsbrott på en allmän plats.

I Sverige har hot och våld mot polis, räddningstjänst och ambulanssjukvård kommit högt upp på den politiska agendan under det senaste decenniet. Ett exempel är den så kallade Blåljusutredningen.¹ Efter förslag från Blåljusutredningen har det straffrättsliga skyddet för polisverksamhet, räddningstjänst och ambulanssjukvård stärkts fr.o.m. den 1 januari 2020, exempelvis genom att ett nytt brott med benämningen blåljussabotage fördes in i 13 kap. brottsbalken (1962:700). De allvarligaste fallen av brottet kan ge upp till livstids fängelse. I en lagrådsremiss från den 6 februari 2025 föreslås även moderniseringar i brottsbalken som leder till att det straffrättsliga skyddet för tjänstemän och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner stärks. Dessa lagändringar föreslås träda i kraft den 2 juli 2025. Förändringen innebär att utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner inkluderar bland annat hälso- och sjukvårdspersonal.

Avgränsning och metod

I regeringsuppdraget definieras inte termerna hot och våld. Vi har därför valt att använda termerna i denna rapport i en vid mening. Vår tolkning av termerna har också präglats av hur de används inom svensk akademisk forskning, se forskningsgenomgång nedan. Det innebär att termerna hot och våld i denna rapport inkluderar följande: trakasserier, hot om att bli anmäld till myndigheter, hot om kontakt med media, hot om att utsättas för fysiskt våld inkluderande sexuellt våld, uttalat eller underförstått hot om att utsättas av våld från hund, och direkt fysiskt våld. Hot och våld kan enligt vår definition inkludera både situationer där förövaren avsiktligt vill skada ambulanspersonal psykiskt eller fysiskt, och situationer där förövaren saknar en tydlig av-

¹ Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. SOU 2018:2.

sikt som exempelvis vid hot och våld från människor med demenssjukdom eller andra former av psykisk ohälsa.

Flera andra yrkesgrupper som arbetar tillsammans med ambulanspersonal är också föremål för samma typer av hot och våld som ambulanspersonal. Det kan exempelvis handla om personal på ledningscentraler och annan räddningspersonal. Eftersom regeringsuppdraget anger att föremålet för uppdraget är ambulanspersonal, har vi inte inkluderat andra yrkesgrupper i rapportens analys och åtgärdsförslag. Ambulanspersonal definierar vi som personal som arbetar med ambulanssjukvård. Med ambulanssjukvård avser vi hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans.² En ambulans definieras som transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade.³

Som underlag för rapportens analys och förslag har vi gjort studiebesök vid ambulansstationer och larmcentraler, genomfört intervjuer med ambulanspersonal och chefer, och deltagit i nätverksmöten arrangerade av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Nätverket för utbildningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård (NUSA), respektive Vårdförbundet. I bilaga 1 beskriver vi mer utförligt studiebesök, intervjuer och metod för analys av intervjuer.

² 1 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

³ 1 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

Prehospital akutsjukvård

Den nationella styrningen av prehospital akutsjukvård är begränsad [6]. Det har kommit att innebära att organisation, arbetssätt och kompetenser ser olika ut i landets regioner. Nedan redovisas den nationella styrning som ändå finns avseende begrepp och organisation. Vidare presenteras några likheter och skillnader mellan regionernas organisationer.

Prehospital akutsjukvård och ambulanssjukvård

I Socialstyrelsens termbank definieras *prehospital akutsjukvård* som omedelbara medicinska insatser som utförs utanför vårdenhet av hälso- och sjukvårdspersonal. En ytterligare definition av begreppet prehospital akutsjukvård finns i Socialstyrelsens föreskrifter.⁴ Där definieras begreppet som omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus. Central för den prehospitala akutsjukvården är ambulanssjukvården.

Ambulanssjukvård definieras i Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. som hälso- och sjukvård som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal i eller i anslutning till ambulans. Med *ambulans* avses ett transportmedel avsett och utrustat för ambulanssjukvård och transport av sjuka och skadade. Utöver ambulanser kan det finnas andra typer av fordonsresurser tillgängliga för den prehospitala akutsjukvården och patienttransporter, exempelvis akutbil, bedömningsbil eller ledningsbil.

Inom den prehospitala akutsjukvården finns även andra verksamheter såsom jourläkarbilar och mobila team. Denna mobila vård är ett område under utveckling som innefattar mer än enbart det traditionella prehospitala akuta uppdraget. Den mobila vården kan organisatoriskt tillhöra primärvården, specialistvården eller den traditionella akutsjukvården [7].

Den prehospitala akutsjukvårdens bemanning och arbetssätt har förändrats under de senaste årtiondena [6]. Inte minst med införandet av legitimerade sjuksköterskor i prehospital ambulanssjukvård har omvårdnaden successivt blivit mer avancerad; prehospital akutsjukvård har gått från att vara en lasta- och kör-transportorganisation till att bli en integrerad del av sjukvårdssystemet.

Regionen ansvarar för att det finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för

⁴ 1 kap. 2 § SOSFS 2009:10.

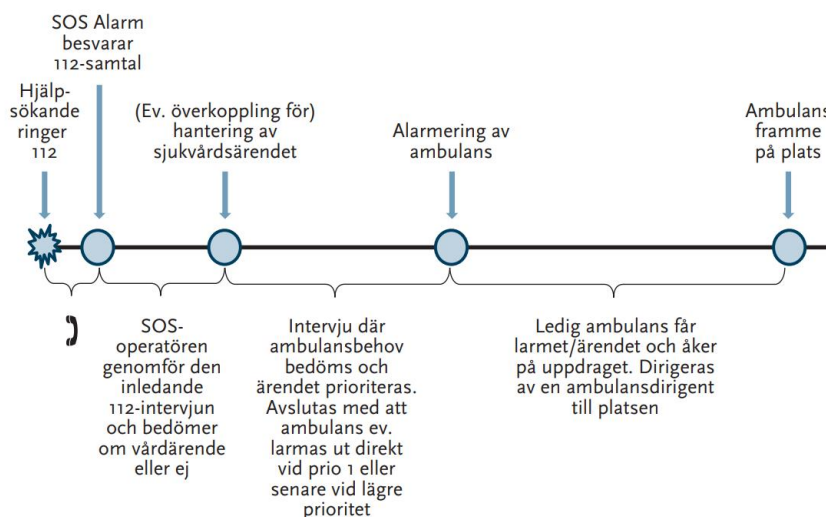
ändamålet, oavsett om den bedrivs på land, vatten eller i luft.⁵ Den övergripande benämningen på sådana transporter är sjuktransporter, vilket bl.a. innefattar transport med ambulans.⁶ Sjuktransporter utgör en del av hälso- och sjukvården⁷ och omfattas därför av samma lagar och regler som andra former av hälso- och sjukvård. Varje region ska upprätta en plan för ambulanssjukvården inom sitt geografiska område [7].

Information om patienten och den plats där patienten befinner sig

Den som befinner sig i en nödsituation där det finns ett akut behov av insatser från något av hjälporganen – ambulans, räddningstjänst eller polis – ska ringa det nationella nödnumret 112. SOS Alarm har ensamrätt på hantering av nödnumret 112 och besvarar således alla samtal till 112. SOS Alarm bedömer om det är ett akut ärende, och om så är fallet vilket eller vilka hjälpinsatser som behövs.

Alarmeringskedja är ett samlingsbegrepp för de moment som utförs från det att ett samtal inkommer till det nationella nödnumret 112 till dess att en ambulans är framme på plats, se figur 1. Organisering av alarmeringskedjan skiljer sig åt mellan regioner fränsett SOS-operatörens inledande intervju med den hjälpsökande som ringer nödnumret 112 [7].

Figur 1. Process för alarmeringskedjan



Källa: Statens insatser inom ambulansverksamheten 2012:20 [8].

Två olika organisationer hanterar larmsamtal efter besvarandet av 112-tjänsten. För regioner som anlitar SOS Alarm tar bolaget också hand om bedöm-

⁵ 7 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁶ Betänkande Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga, SOU 2022:6, s. 817.

⁷ 2 kap. 1 § första stycket 2 HSL.

ning av ambulansbehov, prioritering och utalarmering av ambulanser. Vissa regioner har i stället valt att bedriva bedömning av ambulansbehov, prioritering och utalarmering av ambulanser i egen regi. Sjukvårdens larmcentral (SvLc) drivs av regionerna själva, och larmcentralerna i Uppsala, Västmanland, Värmland och Sörmland behandlar larmsamtal efter att SOS Alarm lämnat över ärendet. Larmcentralerna har ansvaret för dirigeringen av alla ambulanser i de fyra regionerna. Västra Götalandsregionens larmcentral drivs i egen regi och benämns också Sjukvårdens larmcentral men är organisatoriskt fristående från SvLc i övriga regioner.

Med början runt 2020 inrättades inre befäl (IB) med placering på SOS-centraler i några regioner. Skälet var att regionerna såg fördelar med att flytta in beslutsmandat i SOS-centralen i samverkan med SOS Alarms larmoperatörer. Upplägget har därefter utvecklats och införts av fler regioner. Det har dock inneburit att funktionen inre befäl skiljer sig åt mellan olika regioner. Det används också olika begrepp med delvis olika arbetssätt, t.ex. operativ koordinator (OPK) eller inre sjukvårdsledning. Alla larmoperatörer vid SvLc är legitimerade sjuksköterskor med minst tre års erfarenhet från akutsjukvård, och SvLc har därför valt att inte ha den funktion som benämns som inre befäl hos SOS Alarm.

Prioritering och dirigering

När SOS Alarm har gjort bedömningen att ett samtal rör ett vårdärende ska samtalet antingen kopplas vidare till SvLc eller fortsatt handläggas av SOS Alarm. I detta skede genomförs en vårdintervju av en larmoperatör (SOS Alarm) eller sjuksköterska (SvLc) för att bedöma behovet av ambulans och bestämma prioritet baserat på patientens symtombild och medicinska behov. Vid utgående larm från en larmcentral ska följande prioriteringsgrader gälla [7]:

- prio 1 – akuta livshotande symtom eller olycksfall
- prio 2 – akuta men inte livshotande symtom
- prio 3 – övriga uppdrag med vård- eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd.

I dirigering ingår att larma ut och koordinera befintliga ambulanser utifrån bedömd prioritet samt att utnyttja varje resurs optimalt. Där akutmottagningen tidigare var standarddestinationen för ambulanser, finns nu i många regioner ett mandat för ambulanspersonalen att triagera patienter till andra vårdalternativ (t.ex. egenvård, vårdcentraler) där det är möjligt. Alternativt kan patienter också triageras direkt till specialiserad vård via ett lämpligt prehospitalt snabbspår. Ambulanspersonalen kan också ge förslag på egenvård. Detta innebär att icke-transporterade patienter, det vill säga patienter som inte transporteras till akutmottagningen av ambulansen, blir allt vanligare [9].

I gruppen lågakuta, det som kallas prio 3 ovan, sker både över- och underprioritering i stor utsträckning, medan de högakuta prioriteras med avsevärt större träffsäkerhet. Identifiering av lågakuta patienter är den stora svårigheten vid prioritering av sjukvårdsärenden [10]. I en forskningsstudie beskrivs att av alla patienter som bedöms av ambulanspersonal saknar 10–50 procent akuta vårdbehov och lämnas i hemmet [9]. En relativt stor andel av patienterna bedöms inte vara i behov av ambulanssjukvård utan hänvisas efter undersökning till annan vårdinstans eller till egen transport. I de fall bedömningen är att ytterligare akuta vårdinsatser behövs, transporteras patienterna till vårdinrättning för fortsatt vård.

Ofta saknar prioriterings- och dirigeringstjänsten tilldelade alternativa resurser som skulle kunna avlasta ambulanssjukvården då inget direkt akut vårdbehov finns. Patienter eller närstående som ringt 112 har gjort det för att de själva bedömt att det finns ett akut vårdbehov. När ambulanspersonalen konstaterar att så inte är fallet finns en förhöjd risk för konflikter som kan eskalera till hotfulla eller våldsamma situationer.

Ambulansuppdraget

Alla ambulansuppdrag är olika, men det finns ofta gemensamma drag som kan delas in i sex faser av kontinuerlig planering och beslutsfattande: mottagande av larm och framkörning, framkomst till adressen, bedömning och behandling på plats, transportbeslut och avfärd, bedömning och behandling på väg till vårdinrättning samt överlämning [6]. Se tabell 1.

Bedömningsprocessen börjar när ambulanspersonalen får uppdraget från larmcentralen. Utifrån informationen från larmcentralen skapar ambulanspersonalen en bild av den aktuella situationen och förbereder sig mentalt på vilka insatser som situationen kommer att kräva. I denna fas finns risk för förankrings-/justeringsbias, dvs. att den tidiga hypotesen kan innebära att annan och senare information ignoreras eller får en för liten vikt i beslutsfattandet [11].

Tabell 1. Ambulansuppdragets faser och aktiviteter

Fas	Aktivitet och plats
Mottagande av larm och framkörning	Hitta adressen. Bedöma risker utifrån informationen från larmcentralen. Är adressen känd? Finns information om t.ex. droger, hot och våld eller farlig miljö? Inhämta mer information från larmcentralen eller kontakta inringaren via telefon. Planera. Vilket är det troliga scenariot? Vem ansvarar för vad? Vad ska tas med in till patienten? Behövs fler resurser? Vad säger behandlingsriktlinjerna?
Framkomst till adressen	Bedöma risker utifrån visuell information. Scenbedömning, dvs. samla in och bedöma information om t.ex. väder, ljusförhållanden och sociala förhållanden. Första intrycket. Bedöma information om t.ex. kroppsposition, hudfärg, rörelsemönster och andningsmönster.
Bedömning och behandling på plats	Första bedömning luftväg, andning, cirkulation, vakenhet och kropp (ABCDE). Andra bedömning: fokuserad anamnes, fokuserad undersökning, vitala parametrar och triage. Kliniskt beslutsfattande: vårdtempo, vårdnivå, generella behandlingsbeslut, interventioner, nödvändig behandling på plats.
Transportbeslut och avfärd	Transportbeslut. Beslut om att lämna patienten hemma, transportera till primärvård, närmaste akutmottagning, eller specialistundersökning/specialistbehandling. Reevaluerad av ABCDE. Beslut om transportteknik, dvs. bästa sättet att förflytta patienten till ambulansen.
Bedömning och behandling på väg till vårdinrättning	Reevaluering av ABCDE. Fortsatt bedömning och kompletterande anamnes och bedömning. Kommunikation med mottagande vårdenhet, via telefon eller textkommunikation.
Överlämning	Ankomst till vårdinrättning. Förbereda patienten för överlämningen. Överlämningsrapport. Lämna en strukturerad muntlig rapport. Dokumentation enligt lokala rutiner och system. Återställande av ambulans och utrustning. Reflektion. Analysera uppdraget och patientomhändertagande.

Källa: Prehospital akutsjukvård [6].

Ambulanspersonal som anländer till en patient bedömer om patienten har ett sådant vårdbehov som kräver transport till vårdinrättning. Om ett sådant vårdbehov inte anses finnas kan patienten efter bedömning stanna kvar i hemmet (alternativt annan plats), hänvisas till annan vårdinstans, alternativt ta sig till en akutmottagning via egen transport [6].

Informationsvägar

Alla ambulanser har informationssystem som hanterar kommunikation med larmcentral, navigation, överföring av patientdata till mottagande vårdenhet med mera. Kommunikationen mellan SOS Alarm och ambulans sker via det

digitala radiokommunikationssystemet Rakel. Rakel drivs av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och utgör en kommunikationskanal mellan enheter inom bland annat polis, räddningstjänst och prehospital akut-sjukvård.

I ambulansfordonet finns två pekskrämar med varsitt IT-system. En pek-skärm är placerad i förarhytten och innehåller navigations- och kommunikationsverktyg och ärendehantering. Om larmoperatören på SOS Alarm misstänker att det finns risk för en hotfull situation finns möjlighet att skicka ett meddelande till ambulanser i ärendehanteringssystemet med texten RISK: Hot/Våld.

Larmoperatörer på Sjukvårdens larmcentral kan också skicka ut en varning till ambulanser efter att ärendehanteringssystemet indikerat att det finns en individuell vårdinformation (IVI) på en patient med ett tidigare dokumenterat problembeteende mot ambulanspersonal. IVI skrivs av medicinsk ledningsansvarig läkare (MLL) eller prehospital operativ läkare (POL).

Den andra pekskrämen är monterad i vårdutrymmet och används för journalföring och överföring av medicinsk information till mottagande vård-enhet. Ambulansers journalsystem är ett eget system skilt från sjukhusens och vårdcentralers journalsystem, nedan benämnt patientjournaler. Det innebär att ambulansers journalsystem inte bidrar med information om patienters tidigare kontakt med hälso- och sjukvården utan är begränsat till vårdaktiviteter utförda av ambulanspersonal.

Ambulanspersonal kan få tillgång till patientjournaler på olika sätt: via sjukhusens eller primärvårdens patientjournaler eller via NPÖ (nationell patientöversikt), eller en kombination av de tre. Nationell patientöversikt gör det möjligt för vårdgivare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. Vårdpersonal kan ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, men förutsättningen är att patienten i förväg har gett sitt samtycke till det.

I en inventering som Socialstyrelsen genomförde hade tre regioner tillgång till patientjournaler men olika grader av tillgång för ambulanspersonalen [7]. I två regioner hade ambulanspersonal också tillgång till primärvårdsjournaler. Region Kronoberg var den enda region där tillgång till patientjournaler och primärvårdsjournaler fanns i alla ambulanser. I tre regioner var NPÖ infört och flera regioner angav att de planerade att införa systemet.

All ambulanspersonal bär på en så kallad Rakel-terminal som utseendemässigt ser ut som en äldre mobiltelefon. Terminalen används för kommunikation mellan ambulanspersonal och ledningscentralen, men även mellan ambulanspersonal och polis och räddningstjänst.

Samverkan RAPS⁸ finns för att möjliggöra insatssamverkan mellan enheter från räddningstjänst, ambulans, SOS Alarm, Sjukvårdens larmcentral, polis och polisens ledningscentral samt Trafikverket. Vid sådan samverkan används länsgemensamma RAPS-talgrupper. Ambulanspersonalen använder RAPS-talgrupper för kommunikation med polis och räddningstjänst.

På Rakel-terminalen sitter en röd larmknapp. Om knappen trycks in några sekunder går ett överfallslarm till ambulansens larmcentral som då kan positionera den terminal som larmet kommer ifrån (fordons- eller handenhet) på sin digitala karta. Samtidigt öppnas den larmande terminalen upp för bakgrundsavlyssning av situationen för larmoperatör. Larmoperatören larmar den ambulans som är närmast tillgänglig den larmande enheten för assistans, och kontaktar polisens ledningscentral (RLC) för polisassistans.

Frivillighet

Hälso- och sjukvård är som utgångspunkt frivillig och får inte ges utan en patients samtycke om det inte är särskilt reglerat i lag.⁹ Sådana bestämmelser finns i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, och i smittskyddslagen (2004:168). Att hälso- och sjukvård är frivillig, vilket innebär att patienten:

- kan avstå från erbjuden vård och behandling
- har rätt att avbryta en pågående behandling och säga nej till undersökningar och mediciner
- inte kan bli inskriven på sjukhus mot sin vilja
- kan lämna sjukhuset när hen vill.

Ambulanspersonalen kan inte tvinga patienter till vård. Samverkande patienter är också en förutsättning för patientsäker hälso- och sjukvård. Av det följer att ambulanspersonal inte kan ge hälso- och sjukvård till en patient som helt motsätter sig hälso- och sjukvård. Om en patient hotar ambulanspersonalen kan hoten i vissa fall anses innebära ett frivilligt avstående från vård. Ambulanspersonalen får då informera patienten om att hen får uppsöka sjukvården på annat sätt än med hjälp av ambulanssjukvård, och därefter lämna patienten.

Om problembeteenden har psykiatriska eller somatiska orsaker ökar ansvaret på ambulanspersonalen att förmå patienter att medverka i vården. Läkare kan initiera tvångsvård med ett vårdintyg, och polishandräckning kan bli aktuell för patienttransport.¹⁰ Ambulanspersonal kan medverka vid po-

⁸ Förkortning av räddningstjänst, ambulans, polis och SOS.

⁹ 4 kap. 2 § patientlagen (2014:821).

¹⁰ 47 § LPT.

Hot och våld mot ambulanspersonal

lishandräckning, men kan aldrig själva tvinga patienter till att medfölja i ambulanser.

Hot och våld

Hot och våld är mänskliga beteenden som genomsyrar hela mänsklighetens historia. Hur hot och våld betraktas utifrån en värderingsmässig utgångspunkt varierar också historiskt och beroende på i vilken kontext hot och våld används. Hot och våld är exempelvis accepterat om det är tillåtet enligt ett lands lagstiftning, exempelvis polisens användning av hot och våld för att bekämpa brottslighet. I andra sammanhang är hot och våld ofta betraktat som något dåligt och förkastligt som måste undvikas med alla till buds stående medel. I detta kapitel gör vi en kort genomgång av olika centrala begrepp för förståelse av hot och våld i arbetslivet och särskilt i hälso- och sjukvård.

Aggression

En i forskningen ofta använd psykologisk beskrivning av aggression är att det är en handling med en intention att på något sätt orsaka skada hos en annan person. Dessutom ska utföraren av aggressionen tro att handlingen kommer att skada, och att den som blir utsatt för aggressionen vill undvika att bli utsatt för handlingen. Ett exempel på en sådan psykologisk beskrivning av aggression är:

“... any behavior directed toward another individual that is carried out with the proximate (immediate) intent to cause harm. In addition, the perpetrator must believe that the behavior will harm the target, and that the target is motivated to avoid the behavior [12].”

Aggressioner kan ta olika uttryck. Aggression kan vara fysiskt våld (slå någon), icke-verbal (kroppsspråk, nedlåtande tecken med fingrar), verbal (skrika, hota), social och relationell (inte hälsa) eller elektronisk (utöva aggressivitet i sociala medier). Aggressioner kan också förstärkas med tillhyggen men även med djur, exempelvis genom att använda en hund som förstärkning av aggressionen. Allt våld är aggression, men aggression kan alltså också förekomma utan inslag av våld.

Även om vi till stor del instämmer i en definition som inkluderar intention om att skada menar vi att aggression också kan inkludera agerande som saknar en klar intention om att skada, exempelvis aggressioner från personer som är utåtagerande på grund av somatisk sjukdom eller psykisk ohälsa.

Aggression kan också delas upp i affektiv respektive instrumentell aggression. När det gäller instrumentell eller proaktiv aggression är syftet i första hand att uppnå ett mål, exempelvis mer makt, status, befordringar eller pengar, och där är eventuella skador på den som utsätts mer eller mindre oönskade bieffekter av aggressiviteten [13]. Denna typ av aggression kan

komma till uttryck inom prehospital akutsjukvård, exempelvis då patienter eller närstående reagerar aggressivt när de inte tycker de får den vård de anser sig behöva av ambulanspersonal.

Den instrumentella aggressionen kan sammanfattas som att utövaren

- använder våld som verktyg för att uppnå något annat
- ofta har en känsla av dominans.

Den affektiva eller reaktiva aggressionen å andra sidan, syftar inte till att uppnå något och inte heller nödvändigtvis till att psykologiskt eller fysiskt skada en annan person, grupp eller organisation. Aggressionen kommer till uttryck som ett svar på en provokation av något slag, eller för att förövaren inte förstår situationen. Provokationen skapar negativa känslor, som i sin tur kan ge upphov till affektiv aggression [14]. Denna typ av aggression kan liknas vid den mer impulsiva och reaktiva, eller som det i vardagligt tal brukar uttryckas som ”droppen som får bägaren att rinna över”. Förutom att syftet med aggressionen skiljer sig åt mellan de olika formerna, handlar skillnaden också om i vilken utsträckning individen har kontroll över de aggressiva handlingarna.

Den affektiva aggressionen kan sammanfattas som att utövaren

- använder våld för att den inte förstår situationen
- inte kan försvara sig
- ofta upplever sig vara i underläge.

Hot och våld i arbetet

Enligt Arbetsmiljöverket [15] är en ofta förekommande definition av hot och våld i yrkeslivet:

”beteende hos en eller flera individer, från organisationen eller utifrån, som har intentionen att fysiskt eller psykologiskt skada en eller flera anställda i en arbetsrelaterad kontext.”

Definitionen pekar ut viktiga aspekter av hot och våld i yrkeslivet. Den första handlar om utförare av handlingen, en eller flera individer, som finns i organisationen eller utanför den. Den andra handlar om intentionen med handlingen. Om intention är väsentlig för definition av hot och våld i yrkeslivet är omdebatterat inom forskningen. Vi anser att definitionen blir för snäv i ett hälso- och sjukvårdssammanhang om den begränsas till att endast inkludera hot och våld som har intention att skada.

Den tredje handlar om fysisk eller psykologisk skada. I typen av skada ligger även att handlingar uppfattas och upplevs olika av olika individer. Samma handling kan alltså resultera i en skada av olika svårighetsgrad hos den som utsätts för hot och våld. Den fjärde behandlar måltavlan för hand-

lingen och den kontext som handlingen utförs i, det vill säga att det handlar om ett problembeteende riktat mot professionellt arbetande personer.

Hot och våld inom hälso- och sjukvård

Hot och våld gentemot vårdpersonal inom hälso- och sjukvården är ett känt arbetsmiljöproblem både nationellt och internationellt. Det finns dessutom ett mörkertal gällande antalet incidenter eftersom vårdpersonal tenderar att inte anmäla hotfulla och våldsamma händelser som inte resulterat i allvarliga fysiska skador. Tidigare studier har indikerat att vårdpersonal avstår från att anmäla incidenter som rör hot och våld av den anledningen att det har blivit en del av vardagen, vilket medför en risk för ett försämrat välmående och påverkan på omvårdnadsarbetet som en konsekvens [16].

Enligt en undersökning av Arbetsmiljöverket 2024 hade 28 procent av de som jobbar inom vård och omsorg blivit utsatta för hot och våld en till några gånger det senaste året, vilket är den högsta andelen inom de olika näringsgrenarna som omfattas av undersökningen.¹¹ Även antalet anmälningar enligt 3 kap. 3a § arbetsmiljölagen (1977:60) om hot och våld på vård- och omsorgsboenden ökar enligt Arbetsmiljöverket. Hot och våld som också leder till anmälda arbetsplatsolyckor med sjukfrånvaro, utgör 25 procent av samtliga anmälningar från vård- och omsorgsboenden – en nivå som varit oförändrad de senaste 5 åren. Av arbetstagare på vård- och omsorgsboenden uppger 35 procent att de blivit utsatta för våld, eller hot om våld, de senaste 12 månaderna [17].

De ovanstående aspekterna av hot och våld i yrkeslivet är bra hjälpmedel för att förstå det allmänna och det unika med hot och våld mot ambulanspersonalen. Om hot och våld begränsas till att avse handlingar som har intentionen att fysiskt eller psykiskt skada får emellertid termerna svårt att fånga hot och våld mot hälso- och sjukvårdspersonal och därmed också ambulanspersonal. I vissa fall saknas intentionen att skada vid hot och våld inom hälso- och sjukvård eftersom handlingen kan bero på sjukdom; exempelvis kan utåtagerande personer med demenssjukdom som slår eller klöser ambulanspersonal knappast anses göra det med intention att skada. En definition som ska användas för att analysera hot och våld mot ambulanspersonal behöver därför inkludera hot och våld som saknar intention att skada.

Den ofta förekommande definitionen av hot och våld i yrkeslivet som Arbetsmiljöverket identifierat fångar emellertid den viktiga aspekten att hot och våld uppfattas olika av hälso- och sjukvårdspersonal. En handling som

¹¹ Arbetsmiljöstatistik från Arbetsmiljöverket: Rapport 2025:01. Arbetsmiljön 2024, s. 52.

ger upphov till djupa emotionella ärr i en person kan i vissa fall för en annan person vara en utgångspunkt för professionellt lärande.

Hot och våld inom ambulanssjukvården

Ambulanspersonal är en av de yrkesgrupper som befinner sig i alla samhällens sammanhang. Ofta ger ambulanspersonal omvårdnad i människors hem, men de olika sammanhangen där ambulanspersonal arbetar har inga begränsningar. Dessutom sker en del av vården i ambulansen där ambulanspersonalen har begränsad möjlighet till flykt. Sammantaget innebär detta att även om hot och våld alltid är en komplex företeelse, är hot och våld mot ambulanspersonal mer komplext än för de flesta andra yrkesgrupper. Vem som helst kan behöva hjälp av ambulanspersonal, vilket innebär att våld och hot kan komma från alla människor oberoende av ålder, kön, kulturell eller socioekonomisk bakgrund.

Människor kan agera på sätt som andra finner utmanande i vissa situationer, särskilt om vi är oroliga, rädda, frustrerade, slutkörda, stressade, upprörda eller arga. Utmanande beteende är ett begrepp som används inom LSS-verksamheter för att förstå och förebygga beteenden som utmanar, som till exempel utåtagerande eller självskadande beteende [18]. Om kognitiva svårigheter gör situationen obegriplig eller övermäktig kan en person reagera med utmanande beteende. Utmanande beteende kan ses som ett tecken på att situationens krav och individens förmågor inte matchar varandra. Utmanande beteenden för personer som bor på vård- och omsorgsboenden är signaler på att personen inte får sina behov tillgodosedda [19].

Ambulanspersonal får uppdrag att hämta och ge omvårdnad till personer som bor på vård- och omsorgsboenden. Samtidigt är vård- och omsorgsboenden bara en av många platser som ambulanspersonal arbetar på – platser som också i många fall saknar likheter med vård- och omsorgsboenden. I denna rapport använder vi begreppet problembeteende i stället för utmanande beteende för att utvidga sammanhangen där hot och våld kan förekomma. Samtidigt är utgångspunkten densamma för båda begreppen, i det att problembeteenden uppstår när situationens krav och individers kognitiva förmågor inte är i balans.

Ambulanspersonal arbetar ofta med patienter, närstående och åskådare som är oroliga, rädda, frustrerade, stressade, upprörda eller arga. Ofta kan det lösas med instruktioner, exempelvis att åskådare måste flytta sig en längre sträcka för att inte störa. För närstående kan det handla om instruktioner om att de gärna får vara i närheten men att de inte får göra något som avbryter eller stör ambulanspersonalens omvårdnadsarbete.

Ibland räcker inte instruktioner och tillsägelser. Patienter, närstående och åskådare uppvisar ibland ett problembeteende som hotar och i värsta fall leder till våld mot ambulanspersonal. Individer som har problembeteenden

saknar balans mellan situationens krav och individuella kognitiva förmågor. Brister i kognitiva förmågor kan orsakas av många olika saker, exempelvis psykisk ohälsa, somatiska sjukdomar, drogmissbruk, et cetera.

Vilka åtgärder som kan sättas in för att förhindra och mildra konsekvenser av problembeteenden beror på vad som orsakar obalansen mellan situationens krav och individens kognitiva förmåga. Ofta kan ambulanspersonal återställa obalansen om det egna beteendet anpassas till den aktuella typen av kognitiv nedsättning. Ibland behöver ambulanspersonalen hjälp från polis. Ibland är den enda möjliga åtgärden att avbryta omvårdnadsinsatsen.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter

Arbetsmiljöverkets föreskrifter¹² om planering och organisering av arbetsmiljöarbete anger grundläggande ansvar för arbetsgivare. Femte kapitlet behandlar särskilt hot och våld, och av 5 kap. 3 § framgår att arbetsgivaren ska

- ordna arbetet så att risken för våld, eller hot om våld, förebyggs så långt som möjligt
- ha särskilda säkerhetsrutiner för det arbete som kan medföra risk för våld, eller hot om våld
- följa upp säkerhetsrutinerna, och uppdatera dem om något ändras, så att de alltid är aktuella.

Vidare framgår det av kapitel 5 att arbetsgivaren ska se till att arbetstagarna får särskilt stöd och handledning vid arbete där det finns risk för återkommande våld eller hot om våld (4 §). Arbetsgivaren ska också se till att arbetsplatser placeras, utformas och utrustas så att risken för våld eller hot om våld så långt som det är möjligt förebyggs (5 §). Det framgår av arbetsmiljölagen 3 kap. 4§ att arbetstagaren har ett ansvar att medverka i arbetsmiljöarbetet samt att om arbetstagaren finner att arbetet innebär omedelbar och allvarlig fara för liv eller hälsa, ska arbetstagaren snarast underrätta arbetsgivaren eller skyddsombud. System för rapportering av risker och tillbud ska tillhandahållas av arbetsgivaren, vilket framgår av Socialstyrelsens föreskrifter¹³ samt arbetsmiljölagen.

Arbetsgivaren har således ett mycket långtgående ansvar för att förebygga risker för hot och våld. Samtidigt finns det inget absolut krav på att arbetsgivare helt ska eliminera risker för hot och våld. Om det finns en omedelbar och allvarlig fara för arbetstagares liv eller hälsa kan ett skyddsombud avbryta arbetet enligt arbetsmiljölagen.¹⁴ Arbetsgivaren har då att hålla med el-

¹² Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar.

¹³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.

¹⁴ 6 kap. 7 § arbetsmiljölagen.

ler att inte hålla med om att det föreligger omedelbar och allvarlig fara för arbetstagares liv och hälsa. Om arbetsgivaren håller med åtgärdar arbetsgivaren orsaken till skyddsstoppet. Om arbetsgivaren inte håller med avgör Arbetsmiljöverket om ett visst arbete ska förbjudas eller inte.

Kunskap om hot och våld mot ambulanspersonal

Förekomst av hot och våld mot ambulanspersonal är något som fått ökad uppmärksamhet inom forskningen de senaste decennierna. Först i kapitlet presenteras forskning om hot och våld i andra länder än Sverige. Därefter presenteras statistik från Arbetsmiljöverket och tre svenska studier utförda med kvantitativ metod. Därefter ges exempel på svensk forskning om ambulanspersonals upplevelser av hot och våld, och hur det påverkar arbetsmiljön. Avslutningsvis sammanfattas kapitlet.

Förekomst utanför Sverige

Beskrivningar av förekomsten av hot och våld mot ambulanspersonal varierar mellan olika studier. I en litteraturstudie baserad på ett urval om 104 artiklar i vetenskapliga tidskrifter eller yrkesprofessionstidningar konstaterades att 57 till 93 procent av ambulanspersonal någon gång under sin yrkesverksamma tid upplevt hot och våld [20]. I en studie från USA baserad på ett urval på över 4 000 ambulanspersonal konstaterades att över två tredjedelar av personalen upplevt våld under det senaste året [21].

I en studie från Kanada som omfattade över 1 600 enkätsvar från ambulanspersonal svarade 75 procent att de upplevt hot och våld under de senaste 12 månaderna [22]. Olika former av verbala övergrepp i form av grovt språk, kritik av ambulanspersonalens utförande av sitt arbete, förolämpningar, och hot om våld rapporterades av 67 procent av respondenterna. Hoten och förolämpningarna kom oftast från patienter och deras familjer. Fysiska angrepp rapporterades av 26 procent av respondenterna, och dessa angrepp kom ofta från drogpåverkade personer, personer med huvudskador, personer med demenssjukdomar och personer med olika slags intellektuella funktionsnedsättningar. Sexuella trakasserier hade drabbat 14 procent av respondenterna och inkluderade obscena gester och förslag, nedsättande epiteter, förtal och skämt. Ofta förekommande förövare var patienter och deras familjer.

I en finsk studie byggd på journalgranskning analyserades 40 263 ambulansuppdrag under perioden juni till november 2018 [23]. Ambulanspersonal dokumenterade våldsamt beteende i 0,7 procent av alla uppdrag. Våld förekom även när polisen var närvarande på uppdraget. Våldsamt beteende utövades vanligtvis i ett tätortsområde på helgnätter av manliga förövare som var påverkade av alkohol. Psykisk ohälsa var även vanligt. Patienten var den vanligaste utövaren (98,0 procent), men även familjemedlemmar (1,0 procent) och åskådare (1,0 procent) betedde sig våldsamt. Våldet inträffade oftast i patientens hem eller i annans bostad (34,7 procent), i ambulans (15,5 procent), på vårdinrättningar (19,9 procent) och på offentliga platser (17,2 procent). Ambulanspersonalen dokumenterade också att våld förekom i fängel-

ser (2,4 procent) och ibland på flera ställen under ett uppdrag (4,7 procent) till exempel i ambulansen och på vårdinrättningar. Av de våldsamt uppträdande patienterna var 3,4 procent yngre än 15 år, 62,0 procent var mellan 15 och 64 år, 24,9 procent var mellan 65 och 84 år och 9,8 procent var över 85 år. Patienterna var mestadels män (62,6 procent).

Förekomst i Sverige

Arbetsmiljöverket har i uppdrag att samla in och sammanställa statistik om arbetsskador och arbetsmiljö. Den officiella arbetsskadestatistiken bygger på anmälda arbetsskador och en arbetsmiljöundersökning som SCB genomför på uppdrag av Arbetsmiljöverket vartannat år.

Arbetsgivare har skyldighet att anmäla händelser enligt 3 kap. 3a § arbetsmiljölagen till Arbetsmiljöverket och personskador enligt 42 kap. 10 § socialförsäkringsbalken (2010:110) till Försäkringskassan. Dödsfall och allvarliga arbetsplatsolyckor rapporteras till Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan. Arbetsplatsolyckor som resulterar i mindre personskador rapporteras till Försäkringskassan. Allvarliga tillbud som skulle ha kunnat resultera i personskada rapporteras till Arbetsmiljöverket. Det är arbetsgivaren själv som från fall till fall bedömer om tillbudet eller skadan är så allvarlig att den behöver anmälas. Arbetsskadeanmälan till Försäkringskassan ska göras av arbetsgivaren i samråd med skyddsombud och den drabbade.

Tabell 2 visar anmälningar inom ambulanssjukvård och ambulanstransporter enligt 3 kap. 3a § arbetsmiljölagen fördelat på händelser. Statistiken påverkades av covid-19-pandemin och efter 2022 upphörde anmälningar relaterade till smitta av covid-19, se annan orsak i tabell 2. Tabell 2 visar att 41 anmälningar av hot gjordes 2024, och att det finns en viss nedåtgående trend. Fysiskt våld rapporterades som orsak till händelsen 22 gånger under 2024, och åren före var variationerna små.

Tabell 2. Anmälningar inom ambulanssjukvård och ambulanstransporter enligt 3 kap. 3a § arbetsmiljölagen fördelat på händelser

Orsaker	Anmälningsår				
	2020	2021	2022	2023	2024
Övriga orsaker ¹⁵	36	55	158	43	36
Hot	50	47	45	40	41
Fysiskt våld	19	19	21	15	22
Psykisk chock	1			2	
Annan orsak ¹⁶	110	70	20	12	7
Total	216	191	244	112	106

Utlämnat från Arbetsmiljöverket: 2025-05-14.

Anmälda arbetsplatsolyckor med sjukfrånvaro längre än 14 dagar visas i tabell 3. År 2024 rapporterades 5 arbetsplatsolyckor som orsakats av våld eller hot, och variationen över åren är liten.

Tabell 3. Anmälda arbetsplatsolyckor inom ambulanssjukvård och ambulanstransporter med sjukfrånvaro längre än 14 dagar efter avvikelse

Orsaker	Anmälningsår				
	2020	2021	2022	2023	2024
Alla andra orsaker till sjukfrånvaro längre än 14 dagar	59	67	65	57	63
Våld eller hot från personer utanför företaget, riktat mot de skadade inom ramen för deras arbete	3	3	5	3	5
Total	62	70	70	60	68

Utlämnat från Arbetsmiljöverket: 2025-05-14.

Arbetsmiljöundersökningen är en urvalsundersökning och kan av statistiska skäl inte brytas ned på ambulanspersonal. Inom vård och omsorg 2024 hade emellertid 28 procent blivit utsatta för hot och våld en till några gånger det

¹⁵ Sammanslagning av orsaker som inte kopplas till hot och våld.¹⁶ Orsaker av annan art som summerats av Arbetsmiljöverket.

senast året, vilket är den högsta andelen inom de olika näringsgrenarna som omfattas av undersökningen.¹⁷

I en forskningsstudie publicerad 2002 analyserades hot och våld vid tre ambulansstationer som representerade både stad och land i västra Sverige. Av de 72 enkäter som distribuerades besvarades 66. Av de 66 respondenterna svarade 53 (80,3 procent) att de hade erfarenhet av att bli utsatt för hot och våld. Avseende hur ofta hot och våld förekom svarade 65 procent att det förekom en eller flera gånger per år. De vanligaste hoten var verbala hot. Hot med vapen förekom också; 17 procent av respondenterna angav att de hade erfarenheter av att bli hotade med vapen. Vidare uppgav 67 procent av respondenterna att de hade erfarenhet av att bli utsatt för fysiskt våld [5].

En studie publicerad 2011 [4] omfattade elva ambulansstationer från fyra regioner i Sverige. Ambulansstationerna valdes ut på ett sådant sätt att de sammantaget återspeglade en representativ bild av svensk ambulanssjukvård. Frågorna i enkäten som besvarades av 134 respondenter avsåg händelser dels under respondenternas hela yrkesverksamma tid som ambulanspersonal, dels under år 2007. Resultaten visade att 66 procent av respondenterna upplevt hot och/eller våld under sin yrkesverksamma tid som ambulanspersonal. Den vanligaste typen av hot var hot om fysiskt våld, och 27 procent av respondenterna hade blivit utsatta för vapenhot.

Under 2007 hade 26 procent av respondenterna utsatts för hot och 16 procent för fysiskt våld. Vanligt förekommande fysiskt våld var i form av knuffar, slag, sparkar och bett. Hot framfördes oftast av patienterna själva och endast i mindre grad av anhöriga eller andra personer. De vanligaste orsakerna till hot var: att patienten var påverkad av alkohol eller droger; att patient och/eller anhörig var kritiska till väntetiden för ambulansankomst, behandling och vårdbehov ofta kopplade till okunnighet om sjukdom och deras symtom; att patienten led av någon form av psykiska besvär eller psykisk sjukdom; att patienten och/eller anhörig hade varit frustrerad eller arg på grund av känslan av hjälplöshet i en nödsituation. I vissa enstaka fall uppgavs kulturkrockar och/eller språkproblem som orsak till hot. Hot och våld uppgavs förekomma jämnt under dygnets timmar. Ett något större antal incidenter inträffade under helgerna. Incidenterna inträffade oftast i patientens bostad. Varken kön, yrkesgrupp (ambulanssjuksköterska eller ambulanssjukvårdare) eller arbetslivserfarenhet uppvisade statistiskt signifikanta skillnader vad gällde risken att bli utsatt för hot eller våld under det senaste året [4].

De två ovanstående svenska forskningsstudierna byggde på enkäter distribuerade till ambulanspersonal. Vid den typen av studiedesign kan respondenternas svar bygga på minnesbilder som kan ha uppstått flera månader tillbaka i tiden. I en studie om hot och våld mot ambulanspersonal i Region

¹⁷ Arbetsmiljöstatistik från Arbetsmiljöverket: Rapport 2025:01. Arbetsmiljön 2024, s. 52.

Örebro [24] valdes en metodologisk design som innebar att ambulanspersonalen fick besvara en enkät i samband med journalföring. Syftet med studien var att mäta ett års kumulativ incidens av hot och våld mot ambulanspersonal i en svensk region, och analysera riskfaktorena. Data samlades in av ambulanspersonal i samband med alla insatser under ett år i Region Örebro (n = 28 640). Under det studerade året framkom att hot och våld förekom vid 209 ambulansinsatser, vilket motsvarar 0,7 procent av ambulansinsatserna i Region Örebro under perioden maj 2020 till maj 2021. Hot var vanligast. Det fanns en signifikant ökad risk att personer med psykisk ohälsa, alkohol- och drogpåverkan och/eller kommunikationsproblem utsätter ambulanspersonal för hot och våld. Gärningsmännen var till största delen män i åldern 18–29 år. De flesta händelser som involverar hot och våld sker i hemmiljöer, men det måste vägas mot att den största andelen larm kommer från privatpersoners hem. Om fördelning av ambulansuppdrag vägs in är sannolikheten större att ambulanspersonal utsätts för våld på offentliga platser.

Ambulanspersonals upplevelser av hot och våld

I studien från 2002 som vi refererar till ovan utfördes även en kvalitativ analys av ambulanspersonalens enkätsvar om hot och våld, och hur det påverkar deras arbetsmiljö. Utifrån öppna enkätsvar kunde studien identifiera ett antal sätt som hot och våld uppfattades av ambulanspersonal. Ett sätt var att ambulanspersonal blev överrumplade när de blev bemötta av våldsamma personer. Deras ingång i situationen var att hjälpa och de saknade beredskapen för att kunna bli utsatta för hot och våld. En annan sak som påverkade var vem som utsatte personalen för hot och våldsamt beteende, exempelvis var det skillnad mellan att bli våldsamt bemött av en demenssjuk person eller en narkotikapåverkad person.

Studien kunde även konstatera att i stort sett alla som svarat på enkäten ansåg att förhållandet mellan ambulanssjukvårdare och patient blir påverkad när hot eller våld är en del av en situation. Det fanns en inställning bland de som svarat på enkäten att försöka förstå bakgrunden till ett våldsamt beteende. Lättast var det att tolerera hot från personer med demenssjukdom, men det fanns även en förståelse och vilja att hjälpa även en hotfull person om personen är i psykisk chock eller är drabbad av psykisk ohälsa.

Hot eller våldshandlingar från anhöriga eller andra personer närvarande i vårdmötet påverkade också relationen mellan patient och sjukvårdare till viss del. Det upplevdes svårt att koncentrera sig på patientvård om det finns någon bredvid som är hotfull, eller att det var nödvändigt att uppmärksamma hotfulla personer och samtidigt ge omvårdnad till en patient utan att sätta sig själv i en riskfylld situation. Samtidigt betonade respondenterna i sina kom-

mentarer att patienten inte bör lida av att någon annan agerar på ett dumt sätt.

I en kvalitativ studie av ambulanspersonals erfarenheter av våld på arbetsplatsen publicerad 2022 intervjuades 15 ambulanspersonal [25]. Analysen av intervjuerna visade att ambulanspersonalen vid utsatthet för våld på arbetsplatsen kände sig kränkta, sårbara och upplevde etiska dilemman. För att trappa ned hotfulla situationer använde ambulanspersonalen flera strategier. Ibland var det inte möjligt att trappa ned hotfulla situationer och då fick ambulanspersonalen fly eller slåss mot gärningsmannen. Ambulanspersonalen beskrev att de efter våldsamma situationer drabbades av psykiska problem. När de hotfulla situationerna resulterade i åtal av gärningspersoner upplevdes en frustration över långvariga rättsprocesser. För att återhämta sig användes reflektioner och socialt stöd. Att ha blivit utsatt för våldsamma situationer innebar emellertid ökad medvetenhet om den egna utsattheten och ett förändrat beteende både individuellt och professionellt. Studien kom till den slutsatsen att utsatthet för våld påverkade ambulanspersonalen både professionellt och personligt. Studien förordade både individuella och organisatoriska strategier för att identifiera risken för en våldsam situation och mildra dess effekter.

Hot och våld relativt sällsynt men har ofta långvariga konsekvenser

Som illustrerats ovan är hot och våld mot ambulanspersonal ett internationellt problem och inte ett problem unikt för Sverige. De studier som finns publicerade i vetenskapliga tidskrifter har emellertid stora metodologiska skillnader. Den vanligaste designen är att i enkätstudier fråga om händelser som involverar hot och våld under ambulanspersonals hela yrkesverksamma tid eller under det senaste året. Psykologiska konsekvenser av hot och våld skiljer sig åt mellan individer och det är rimligt att anta att minnet av händelser också skiljer sig åt mellan individer, en skillnad som troligen ökar över tid. Det konstaterandet förtar dock inte värdet av de studier som frågat om händelser längre bak i tiden. Studierna visar att en stor andel av ambulanspersonalen bär på minnesbilder av mycket hotfulla situationer, och att en del av ambulanspersonalen även bär på tydliga minnesbilder av att ha blivit utsatta för fysiskt våld.

Studier som bygger på frågor om händelser långt tillbaka i tiden har emellertid lägre värde som underlag för bedömning av förekomst av hot och våld betraktat utifrån antal ambulansuppdrag. För den bedömningen ger journalgranskning eller enkätsvar i samband med journalföring det mest tillförlitliga underlaget. För svenska förhållanden finns det en sådan studie som vi ovan redogjort för. Den studien har begränsningen att den endast omfattade en region, men det ter sig inte sannolikt att resultaten skulle blivit drastiskt

annorlunda om fler regioner hade varit inkluderade i studien. Utifrån enkät-svar ifyllda i samband med journalföring under ett helt år i Region Örebro förekom hot och våld i 0,7 procent av ambulansuppdragen. Sett till antal ambulansuppdrag är alltså risken för att ett enskilt ambulansuppdrag ska omfatta hot och våld låg. Här måste emellertid det stora antalet ambulansuppdrag som genomförs också vägas in.

I Region Örebro var det 209 ambulansinsatser där hot och våld förekom under ett år. För en region av Örebros storlek måste detta anses som ett betydande arbetsmiljöproblem. Enligt en tidigare rapport från Socialstyrelsen genomfördes under år 2021 totalt 993 476 vägangambulansuppdrag (prio 1–3) i 20 av landets regioner [7]. Om vi skalar upp siffran från Örebro till dessa 20 regioner motsvarar 0,7 procent cirka 7 000 ambulansuppdrag. Även om sannolikheten för att ett enskilt ambulansuppdrag ska omfatta hot och våld är liten, innebär ambulansverksamhetens stora volym att förekomsten av hot och våld är ett betydande arbetsmiljöproblem och därmed även ett problem för generell vårdkvalitet.

Från internationell och nationell forskning kan vi även skönja ett mönster där verbala hot är betydligt vanligare än fysiskt våld, där det oftast är patienten som utövar hot och våld, och där hot och våld oftast sker i patientens hem. Samtidigt visar forskningen att andra än patienter också utövar hot och våld, och att hot och våld också förekommer på många andra platser än i patientens hem. Ambulanspersonal kan alltså bli föremål för hot och våld från flera kategorier människor och på alla platser där ambulanspersonal vårdar patienter.

Förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården

Inom ambulanssjukvården genomförs olika insatser för att motverka uppkomsten och konsekvenser av hot och våld. Vi bedömer att det också finns andra pågående insatser inom hälso- och sjukvården som kan stärka det pågående arbetet inom ambulanssjukvården. Inledningsvis i detta kapitel presenteras vård- och insatsprogram som bör beaktas i det fortsatta arbetet med att förebygga hot och våld. Därefter presenteras pågående arbeten inom psykiatri i Stockholm och Skåne.

Vård- och insatsprogram

Vård- och insatsprogrammen är ett gemensamt kunskapsstöd som vänder sig till primärvård, specialiserad vård, socialtjänst och skola. Kunskapsstödet omfattar insatser för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa riktade till högspecialiserad vård för barn och unga, vuxna och äldre. Arbetet sker inom ramen för Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa som är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning. Det nationella vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende innehåller insatser för att minska hot och våld. Som framgått ovan finns det ett samband mellan utryckningsorsakerna berusning och psykisk hälsa, och hot och våld.

Vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende lyfter fram att förebyggande arbete avseende hot och våld inkluderar både rutiner, utbildningar och den fysiska miljön. Genomförandet ska vara systematiskt och inkludera åtgärder som rör arbetsmiljö samt säkerhets- och trygghetsskapande åtgärder. Organisationen ska ha en god säkerhetskultur som grundar sig i ett gemensamt arbetssätt gällande hot och våld. Ökad kunskap om hur olika tillstånd kan yttra sig och metoder för att dämpa aggressioner anses i programmet kunna förebygga hotfulla situationer.

Som stöd för arbetet med att förebygga och hantera hot och våld lyfter insatsprogrammet fram flera modeller, exempelvis TERMA¹⁸, RESIMA¹⁹ och Bergenmodellen. Modellerna är olika namn på, och variationer av, en vetenskapligt baserad, våldsförebyggande metod som fokuserar på att med hjälp av icke-konfrontativt bemötande och etiskt och juridiskt utarbetade tekniker hantera konfliktsituationer med så lite våld som möjligt. Metoden utvecklades ursprungligen vid universitetssjukhuset i Bergen, och har sedan kommit att vidareutvecklas bland annat av Region Stockholm och Region

¹⁸ Terapeutiskt möte med aggression.

¹⁹ Resurser i möte med aggression.

Skåne. Grundläggande för alla tre modeller är enligt insatsprogrammet att personalen arbetar aktivt för goda relationer med patienter. Det innebär

- positiv inställning – förståelse för patienter med problembeteende och ett humanistiskt och icke-dömande synsätt
- känslomässig balans – kontroll över de egna känslorna, speciellt vad gäller ilska och rädsla
- fungerande ordning – samarbetsförmåga, organisatoriskt stöd samt tydlighet kring enhetens regler.

I nationella vård- och insatsprogrammet för schizofreni och liknande tillstånd finns rekommenderade metoder för att bedöma hot och våld. Bröset Violence Checklist (BVC) rekommenderas för att bedöma och förebygga våldsamma situationer. Instrumentet har sin bakgrund i ett utvecklingsarbete inom slutenvårdspsykiatri i Norge [26]. I det utvecklingsarbetet visade det sig att omvårdnadspersonalen oftast registrerade sex former av beteende (förvirring, irritabilitet, bullrighet, fysiska hot, verbala hot och attacker på föremål) i sina dagliga rapporter under 24-timmarsperioden innan en våldsam incident inträffade [27]. Det kunde vidare antas att en individ som uppvisar två eller flera av dessa beteenden är mer benägen att vara våldsam under en kommande 24-timmarsperiod. Slutsatsen är att psykiskt sjuka personer uppvisar samma beteende före våldsamma handlingar som vi förväntar oss hos personer utan sådan störning [28]. Eftersom högriskbedömningar enligt BVC indikerar en potential för överhängande våld är det logiskt att personalen omedelbart kommer att ingripa för att förhindra våld, och som ett resultat av detta minskar sannolikheten för våld. Således bryts sambandet mellan hög risk för ett våldsamt beteende och förekomsten av våld genom personalens förebyggande åtgärder. Varje resultatstudie som bedömer sambandet kommer att finna dålig förutsägbarhet. BVC används inom slutenvårdspsykiatri i hela landet. I Region Norrbotten används BVC för att göra en riskbedömning vid överflyttning av patienter mellan vårdinrättningar.

Flera prehospitala akutsjukvårdsverksamheter både i offentlig och privat regi har börjat använda BVC. I Region Skåne används det i akut prehospital psykiatri, i Region Kronoberg rekommenderas BVC inom ambulanssjukvård och i Region Norrbotten har man påbörjat arbetet med att använda BVC som ett hjälpmedel för att bedöma behovet av stöd från polis. Inom privat regi använder Falck och Samariten Ambulans checklistan.

Exempel på förebyggande arbete

Psykiatrin i Region Stockholm

Inom psykiatrin i Region Stockholm utbildas kursledare i Bergenmodellen, och dessa personer utbildar därefter andra på mottagningar och slutenvårdsavdelningar. Det är avgörande för följsamheten att kursledarna redan finns i

verksamheten. Kursledarna väljs ut för hur de arbetar med bemötande och hur de agerar våldspreventivt med den kunskap de redan har i sin kliniska vardag. På klinikerna (9 st.) finns koordinators som ansvarar för de lokala kursledarna.

Bergenmodellen är en vidareutvecklad modell som utgår ifrån WHO:s triangel för våldsprevention, se figur 2.²⁰ I Bergenmodellen lyfts att en av förutsättningarna för att lyckas med våldsprevention är djup kunskap om mekanismer bakom hot och våld, det vill säga aggressionsteori. Att enbart lära sig fysiska tekniker riskerar att skapa felaktiga förutsättningar, skador och i värsta fall eskalera situationen om det saknas kunskap om diagnoser, bakomliggande orsaker till beteende samt vilken typ av bemötande som fungerar bäst för de olika orsakerna till beteendet.

Figur 2. Bergenmodellen

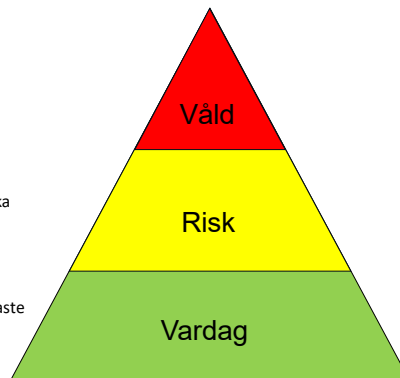
Bergenmodellen

De tre skyddsfaktorerna fungerande ordning, känslomässig balans och positiv inställning är lika viktiga på varje nivå.

Bemöta och hantera våld på ett säkert och omvårdande sätt som minimerar skador, minskar följdskador och undviker spridning av våld.

Identifiera och bemöta risker för individer och i situationer för att förhindra våld och komma tillbaka till vardagsnivå.

Förebygga att risker och våld uppstår är vårt viktigaste och största arbete och riktas till alla patienter.



 Socialstyrelsen

Källa: Sammanställd efter intervjuer med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Psykiatri Skåne.

Psykiatrin i Region Skåne

Innan TERMA implementerades inom psykiatrin i Region Skåne fanns ingen enhetlig strategi för att hantera hot och våld i verksamheten. Varje klinik hade sin egen lösning, vilket innebar varierande kvalitet och fokus. Med TERMA har det skapats ett enhetligt koncept som sätter förebyggande arbete i centrum och ger personalen verktyg att hantera utmanande situationer på ett tryggt och etiskt sätt. TERMA är ett koncept som fokuserar på preventivt arbete. Syftet är att förhindra oönskade situationer innan de uppstår. I de fall de gör det måste personalen kunna hantera det på ett sätt som minimerar skador.

²⁰ Utarbetad inom ramen för Uppdrag psykisk hälsa. [Våld och vårdmiljö](#).

Fokus under utbildningen är att ha förståelse för vad som ligger bakom beteendet, hur personalens bemötande kan orsaka situationer samt medvetenhet om egna triggers och vikten av att personalen kan härbärgera sina egna affekter.

Flera andra verksamheter (kommuner, andra vårdgivare) har också implementerat TERMA. Psykiatri Skåne har haft deltagare från ambulanssjukvård i annan region. Det görs i dag utbildningsinsatser på vissa ambulansstationer i Region Skåne för att bättre kunna möta hot och våld. Utbildningsinsatserna bygger på Psykiatri Skånes TERMA-utbildning och görs både som en del i introduktionsprogrammet och även löpande.

Intervjuer med ambulanspersonal

Inom ramen för regeringsuppdraget har vi genomfört studiebesök och intervjuer. Genomförande och metod beskrivs närmare i bilaga 1. Vid intervjuerna togs det upp ett antal problem med ambulanspersonalens arbetssituation, men även möjligheter till förbättringar. Informationen från intervjuerna sorterades sedan till teman. Ett antal för regeringsuppdraget särskilt relevanta teman valdes ut. Nedan presenteras och analyseras följande teman: hot och våld, påverkan på arbetsmiljö och arbetssätt, samverkan med polisen, informationssystem och skyddsvästar.

Hot och våld

I intervjumaterialet kunde vi identifiera dels temat hot och våld, dels flera underteman. Nedan presenteras och analyseras dessa teman: situationer när hot och våld förekommer, fysiskt våld, förekomst av hot och våld, förändringar av prioriteringar och förväntningar, instrumentellt hot och våld samt affektivt hot och våld.

Situationer när hot och våld förekommer

Flera av de vi intervjuade hade i olika grad blivit utsatta för hot, och några berättade om att de utsatts för fysiskt våld. Den gemensamma nämnaren är att hot och våld kan förekomma när som helst; det finns inga platser eller situationer som är garanterat riskfria avseende hot och våld. Hot och våld kan riktas mot ambulanspersonal från människor med mycket olika bakgrund och med olika medicinska problem. Ovanpå den beskrivningen finns emellertid mönster där hot och våld anses ha olika sannolikheter att uppstå. Hot och våld utövas oftare av personer som är påverkade av alkohol eller av narkotika, som enskild faktor eller i kombination med psykisk ohälsa. Det är vanligast på kvällar och nattetid. Enligt ambulanspersonalen är problembeteenden i vissa fall kopplade till bostadsområden eller enskilda adresser. Våldsamma situationer kan även ske vid vård av personer med demenssjukdom eller andra somatiska sjukdomar. Även om ambulanspersonalen beskriver mönster av sannolikheter finns inga helt riskfria patienter, situationer eller platser.

Fysiskt våld

Berättelser om fysiskt våld hade en stor spridning. Det rörde sig om allt från lindrigare händelser med nyp eller klösningar till situationer när ambulanspersonal blivit angripna av svårt psykiskt sjuka personer och tvingats slå sig fria – både i patientens bostad, utomhus och inne i ambulansen.

Förekomst av hot och våld

Beskrivningar av hur vanligt förekommande hot och våld är varierar mellan de personer vi intervjuat: från att de inte själva varit utsatta till en gång per halvår. En mer precis uppskattning som framkom i intervjuerna var att det en gång av hundra kunde inträffa händelser där det fanns en känsla av starkt obehag eller att inte alls ha kontroll över situationen. Hos flera av intervju-personerna var upplevelsen att förekomsten av hotfulla situationer var ojämnt fördelad bland ambulanspersonalen: att vissa tenderade att oftare vara inblandade i hotfulla situationer än andra.

Det är också tydligt att vad som är hot och våld varierar från person till person. Några tyckte att när en dement person slår mot ambulanspersonal är det inte våld på samma sätt som när andra personer gör samma sak, då beteendet kan kopplas till sjukdomsbilden. Tröskeln för att uppleva något som ett hot föreföll också vara ganska hög. Ambulanspersonalen beskrev att det inte var ovanligt att få ta emot negativa kommentarer och okvädingsord. Det var något som de oftast lät passera.

Förändringar av prioriteringar och förväntningar

Återkommande i intervjuerna med ambulanspersonal var upplevelsen av att problem med personer med psykisk ohälsa har blivit vanligare, att det märks en förändring bara de senaste åren. Den upplevda ökningen av problematiska situationer på grund av psykisk ohälsa kopplas till hot och våld. Flera intervjupersoner uppgav även att de upplevde att det var ett lugnare samhälle när de började arbeta (15–20 år sedan); då var de flesta som var hotfulla och våldsamma påverkade av alkohol eller droger alternativt kriminella. Nu har det enligt ambulanspersonalen skett en förskjutning i samhället som är i linje med snabb behovstillfredsställelse av andra typer av behov, snabba leveranser av mat och andra inköp. En aspekt av denna förskjutning som framkom i flera intervjuer var att vissa patienter och anhöriga tycker att de har rätt till vård dygnet runt och inte accepterar att deras sjukdomstillstånd inte bedöms behöva ambulanstransport.

Ambulanspersonal som arbetat lite längre ansåg också att uppdraget har förändrats; ambulansens uppdrag är inte längre att transportera alla till sjukhus i den omfattningen som gjordes förr. Denna förändring av uppdraget är en del i en professionalisering av ambulanssjukvården. Hårdare prioriteringar inom hälso- och sjukvården kan då innebära att ambulansen ibland blir den sista utvägen för vissa patienter och anhöriga som upplever att de blivit nekade vård av andra instanser.

Instrumentellt hot och våld

I intervjuerna gavs flera exempel på patienter och anhöriga som upplever att de nekats den vård som de anser sig behöva, och vägen till att få vård ansågs vara att ringa på ambulans. Om ambulanspersonal gör bedömningen att patienten inte är i behov av prehospital akutsjukvård och nekar transport till sjukhus kan konflikter uppstå som kan eskalera och då karaktäriseras som instrumentellt hot och våld. Detta ska då ses tillsammans med att en del patienter och anhöriga inte förstår sjukvårdens uppdrag och därmed blir ambulansens bedömningar svåra att acceptera för de som inte prioriteras att följa med i ambulansen.

Det förekommer också utmaningar med patienter och anhöriga som tidigare bott i länder där ambulanser är en transportfunktion till sjukhus och inte har samma triagerande uppdrag som i Sverige. I denna typ av situationer kan konflikter uppstå om patienter och anhöriga förväntar sig transport till sjukhus även om ambulanspersonalen gjort bedömningen att det inte finns medicinska anledningar till detta.

Även när ambulanspersonalen gör bedömningen att patientens hälsotillstånd kräver prehospital akutsjukvård och förbereder patienten för transport till sjukhus kan hotfulla situationer uppstå. Ett lugnt uppträdande i samband med undersökning och omedelbara omvårdnadsåtgärder från ambulanspersonalen kan missförstås av oroliga anhöriga som inte tror att ambulanspersonalen förstår hur allvarligt sjuk patienten är. En hotfull situation kan då uppstå när anhöriga uppträder på ett aggressivt sätt för att få ambulanspersonalen att agera snabbare.

Affektivt hot och våld

Ambulanspersonalen berättade i intervjuerna om situationer som kan karaktäriseras som affektivt hot och våld, där exempelvis en person som misshandlat någon själv ringer ambulans, kommer och öppnar dörren och är uppgjagad och aggressiv och hotar ambulanspersonalen. Ett annat exempel på affektivt hot och våld som beskrevs i en intervju var när ambulanspersonalen tagit med en berusad patient som hotade att ta livet av sig i ambulansen, och som blev våldsam inne i ambulansen.

En annan berättelse handlade om en mamma som ringde efter ambulans för sin psykiskt sjuka son. När ambulanspersonalen ankom misshandlade sonen mamman, och när de försökte avbryta misshandeln riktades en våldsam aggression i stället mot dem och det uppstod ett slagsmål mellan patienten och ambulanspersonalen.

Det förekom under intervjuerna många berättelser om hot och våld som beror på nedsatt kognitiv förmåga hos patienten och som gör det svårare för hen att förstå situationen vilket då skapar frustration över att hen inte förstår vad ambulanspersonalen ska göra. Det kan exempelvis handla om utåtage-

rande personer med demenssjukdom som nyps, svingar med armar och klöser. Denna typ av hot och våld som beror på sjukdom är enligt ambulanspersonalen lättare att förstå och hantera, och ibland betraktas den inte som hot och våld.

Påverkan på arbetsmiljö och arbetssätt

Enligt ambulanspersonalen innebär hot och våld en tydlig påverkan på arbetsmiljön. Hot och våld innebär att vården fördröjs, och att ambulanspersonalen inte kan utföra sitt arbete. Patientsäkerheten blir hotad om ambulanspersonalen backar och inte tar med sig patienten i de fall när personen skulle behövt transporteras till sjukhus. Flera intervjupersoner uppgav att de blir mer vaksamma och oroliga i vissa situationer. Förekomst av professionell hjälp med avlastning efter hot och våldshändelser och stöd från ledningen varierar över landet.

Flera intervjupersoner sa att de håller koll utåt på plats för att se vad som händer och om något är på gång, och att de sätter egen säkerhet först i alla lägen. En person beskrev det på följande sätt:

”Innan vi kör fram till platsen känner jag av kollegan och försöker bilda mig en uppfattning om hur kollegan mår i dag och vad vi kan förvänta oss som team. Vi har ett öppet arbetsklimat där vi kan prata om säkerhet och även om vår egen osäkerhet inför olika händelser.”

Enligt intervjuerna har säkerhetsmedvetenheten ökat. Ett förändrat arbetssätt kan exempelvis handla om att öppna samtliga dörrar inne i hus och lägenheter för att säkra reträttväg om något skulle hända. Placering av ambulansen anpassas för att det ska vara lätt att komma från platsen. Den egna kroppsplaceringen anpassas även genom att enbart ha ett knä i golvet eller marken för att snabbt kunna förflytta sig om det skulle behövas. Även vilken utrustning som tas med från ambulansen kan anpassas för att öka mobiliteten. Allmänna platser går inte alltid att överblicka. Där gäller det enligt intervjuerna att ambulanspersonalen själva skapar en så säker plats som möjligt, exempelvis genom att sätta mentala gränser för när det är nödvändigt att lämna platsen.

Samverkan med polisen

Samverkan kan ske mellan prehospital ambulanssjukvård och polis med flera olika aktörer och i olika konstellationer, exempelvis mellan ambulanssjukvårdens larmcentraler och polisens ledningscentraler.

Våra intervjuer gav en bild av ett ojämnt samarbete mellan ambulanssjukvården och polisen. Det ska dock betonas att ambulanspersonalen ofta beskrev samarbetet med polispatruller som bra när de arbetar tillsammans på plats. En tydlig lojalitetskänsla beskrevs mellan blåljuspersonal i det avseendet. Intervjuerna gav också vid handen att förekomst av inre sjukvårdsledning på ambulansens ledningscentral underlättar samverkan med polisen.

Sammantaget beskrev ambulanspersonalen samarbetet med polisen som varierande från situation till situation när ambulanspersonalen upplever en risk för hot och våld och önskar assistans från polisen. Det förekom även regionala skillnader i samarbete mellan polis och ambulanspersonal. Samarbetet beskrevs också som personberoende i den meningen att samarbetet kan påverkas av vem som vid tidpunkten för händelsen är i tjänst i polisens ledningscentral eller i ambulansverksamhetens ledningscentral.

Polis och ambulans har i grunden olika uppdrag och deras syn på det egna uppdraget i förhållande till den andras gör att det kan bli friktion då situationen bedöms på olika sätt. Nedanstående citat illustrerar olika bedömningar:

”Polis kan säga att platsen är säkrad men när vi kommer dit kan det vara fullt kaos, exempelvis vid fotbollsmatcher där supportrar springer överallt och blir arga för att vi går till fel personer.”

”Ambulansen förväntas agera i farlig miljö. Exempelvis så kan det vara vissa miljöer där polisen söker igenom platsen med dragna vapen och därefter säger till ambulansen att åka in.”

”... en utringning med en skadad i ett visst område där vi visste att det bodde mest barnfamiljer och därmed kunde dra slutsatsen att det var lugnt. När vi var framme på platsen fick vi veta att det rörde sig om en skjutning. Nästa steg var att vi fick veta att det fanns vapen på marken. Då begärde vi stöd av polis. Vi gjorde en riskbedömning och tittade efter flyktvägar och planerade vem som skulle göra vad. Efter det gjorde vi våra åtaganden: tog hand om och oskadliggjorde vapnet samt konstaterade att personen var utom räddning. Då kom polisen till platsen. Det var tre ambulanser på plats innan polisen kom.”

”Responsen från polisen är olika från dag till dag och det är svårt för oss att veta vad som gäller då de ibland dyker upp snabbt och ibland inte alls. Ibland har polisen inga resurser, ibland säger polisen att de inte kommer, de har tackat nej till uppdraget.”

En vanligt förekommande situation som ambulanspersonal över hela landet berättade om är att polisen vill att ambulansen ska åka fram och titta, de vill

inte att ambulansen gör riskbedömningar i förväg. Ett exempel ger detta citat:

”Det kan också vara lite kaotiskt exempelvis om vi ska till ett boende med psykotiska patienter. Ofta vill inte polisen komma till platsen utan vill att vi går in först, även om vi vet att patienten kastar saker omkring sig. Det kan dröja innan polisen kommer på plats när vi begär handräddning. Polisen väntar även om vi vet att patienten har varit utåtagerande förut. De vill att vi går in och bekräftar att patienten är utåtagerande även denna gång för att de ska komma till platsen.”

Ambulanspersonalen var samstämmiga om att det är svårt att få tag på polisen via RAPS, att de ofta är sena in i RAPS och ibland inte alls närvarande där, och då går det inte att få reda på hur de planerar.²¹ Ibland tar ambulanspersonalen kontaktvägen till polisen via polisens regionledningscentral (RLC) och eventuellt via ambulansverksamhetens ledningscentraler när polisen inte deltar i RAPS-talgruppen.

Informationssystem

Under temat informationssystem kunde tre underteman identifieras: överfallslarm, bedömning av larmoperatör om möjlig hotfull situation, samt journalåtkomst.

Överfallslarm

Frågan om överfallslarm är mer komplicerad än vad den först kan tyckas. Det finns nämligen tydliga och stora regionala skillnader i hur överfallslarmen fungerar och används. Till en början kan konstateras att några av de som vi intervjuade upplever att överfallslarmet fungerar mycket bra; om larmknappen trycks ned är polisen på plats inom några minuter. För den stora majoriteten av intervjuerna var beskrivningen dock negativ. Ambulanspersonalen uppfattade systemet som att det ska vara ett tyst larm för att en hotfull situation inte ska eskalera, dvs. att larmcentralen är på tyst medlyssning av situationen samtidigt som polis kallas ut.

I vissa regioner börjar Rakel-terminalen pipa när larmknappen trycks ned. I vissa regioner sätter en komplicerad process i gång mellan ledningscentralen för ambulansen och RLC. Det har förekommit att personal på RLC inte litar på larmoperatören i ledningscentralen för ambulansen utan krävt att få ringa till den larmande ambulanspersonalens mobiltelefon. Om ambulanspersonalen då inte svarar kan RLC överväga att skicka en polispatrull. I intervjuer vi

²¹ Polisens medverkan i RAPS styrs av behovet av intern kommunikation mellan poliser i yttre tjänst; under pågående insats deltar polisen inte i RAPS. Kommunikation via RAPS hänvisas i stället till RLC.

genomfört framkom upplevelsen av att hur situationen hanteras i många fall beror på vem som arbetar i polisens ledningscentral vid tidpunkten för överfallsalarmet.

Att personal vid RLC kan misstro överfallsalarm är till del säkert orsakat av falsklarm, vilket förekommer. Kontakten med RLC har dock föregåtts av att larmoperatören för ambulansen vet vad ambulanspersonalen utför för aktiviteter och kan se var de befinner sig. Om ambulanspersonalen exempelvis befinner sig på ambulansstationen eller på lunch kan en extra kontakt vara befogad. Men om ambulanspersonalen är utkallad på ett larm och framme på adressen för larmet ter det sig märkligt att personal vid RLC ifrågasätter ambulanspersonalens larm. Som noterats ovan gäller dessa problem emellertid inte överallt i landet, men de beskrevs ofta i våra intervjuer.

Bedömning av larmoperatör om möjlig hotfull situation

Den funktion som finns i ärendehanteringssystemet hos SOS Alarm för att larmoperatörer ska kunna informera om en misstänkt hotsituation är i stor utsträckning okänd för ambulanspersonalen. Två exempel på kommentarer om funktionen var följande:

”Rutan för hot och våld har under mina 16 år aldrig varit ifylld och jag visste inte ens om att den fanns.”

”Jag har aldrig varit med om att rutan hot och våld har dykt upp i bilen även vid de tillfällen när det varit uttalat från SOS Alarm.”

Att även ambulanspersonal med lång erfarenhet beskrev detta tyder på att information om funktionen inte fått allmän spridning och att den sällan används av larmoperatörer.

Sjukvårdens larmcentral har en funktion i ärendehanteringssystemet som indikerar om det finns en individuell vårdinformation (IVI) på en patient som tidigare uppvisat ett problembeteende gentemot ambulanspersonal. Funktionen beskrevs som välfungerande men respondenterna menade att funktionen sällan blir aktuell beroende på högt satta krav för upprättandet av individuell vårdinformation för en patient.

Journalåtkomst

Tillgång till patientjournaler kom upp tidigt i våra intervjuer och vi följde därefter upp frågan i alla efterföljande intervjuer. Vid intervjuerna med ambulanspersonal ställde vi frågor om hur de såg på möjligheter och risker med att ha tillgång till patientjournaler i ambulanser. Alla vi intervjuade var positiva till journalåtkomst i ambulans, men även risker med journalåtkomst

nämndes. Det handlade då om risken att få en förutfattad mening om patienten innan ambulanspersonalen undersökt patienten. Emellertid framfördes också en tilltro till att det går att skapa rutiner som motverkar förutfattade meningar och som gör att förkunskaperna blir en tillgång i patientmötet.

Några regioner har i dag åtkomst till Nationell patientöversikt, som ofta kallas NPÖ, men då det förutsätter samtycke kan det vara svårt att få det att praktiskt fungera i ambulansen på väg ut till en patient. I Region Kronoberg använder ambulanspersonalen patientjournaler ofta.

Ambulanspersonalen var tydliga med att journalåtkomst är viktigt för både patientsäkerheten och arbetsmiljön – för att få reda på diagnoser men även för att kunna ta del av läkemedelslistor och information om eventuell överkänslighet. Ambulanspersonalen tyckte vidare att det är bra att tillsammans med inre sjukvårdsledning få veta om det exempelvis förekommer demenssjukdom eller psykisk ohälsa för att kunna förbereda sig på rätt sätt. En av de intervjuade beskrev fördelen:

”Risken att bli utsatt för hot och våld är stor vid överraskningsmoment när det inte finns information om detta i larmtexten. I det sammanhanget kan jag tänka mig att tidigare journal kan hjälpa.”

Skyddsvästar

Frågan om skyddsvästar behandlades i flera av våra intervjuer. I ett mindre antal av intervjuerna kom ämnet upp spontant utan att vi ställt frågan. Ofta var reaktionen på frågan kluven och blandad. Flera var negativa, medan andra var positiva till lätta former av kroppsskydd som exempelvis skyddar mot knivar.

I Region Uppsala har ambulanspersonalen tillgång till skottsäkra skyddsvästar som används vid samverkan med polis. När ambulansen kommer till en så kallad brytpunkt inväntar ambulanspersonalen polisens klartecken att åka fram. Om det finns en förhöjd hotrisk tar ambulanspersonalen på skyddsvästar. I intervjuer var ambulanspersonal i Region Uppsala positiva till skyddsvästen.

Några förändringar kan göra stor skillnad

Socialstyrelsen lämnar i detta kapitel ett flertal utvecklingsförslag för att göra prehospital ambulanssjukvård bättre rustad att möta hot och våld. Regionernas kommunala självstyre och huvudmannaskap för prehospital vård är grundläggande förutsättningar för förslagen. Flera av förslagen rör system och aktiviteter som redan tillämpas i regioner och som vi lyfter upp som förslag för andra regioner att överväga. Utbildningar och övningar för personal som arbetar med prehospital akutsjukvård sker naturligtvis redan, men vi föreslår kompletterande utbildningar inspirerade av utbildningar som genomförs inom andra delar av hälso- och sjukvården. Övningsverksamhet pågår också, men vi anser att den bör kompletteras med övningar med nya upplägg och nytt innehåll. De enda av förslagen som är helt nya är förslaget om FoU-projekt om kroppskameror för ambulanspersonal samt förslaget om standardiserad kartläggning av hot och våld mot ambulanspersonal.

Informationssystem

De informationssystem som finns i ambulanser är tekniskt mycket avancerade och har ett stort antal funktioner. Vi anser emellertid att det kan ske en utveckling av systemen och att rutiner och användning av befintliga system också kan utvecklas. Vi lämnar tre utvecklingsförslag med koppling till informationssystem: tillgång till slutenvårdens patientjournaler i ambulanser, förbättrad överföring av hotbedömningar från larmoperatörer, samt samordnade rutiner och utvecklad samverkan mellan polis och prehospital akutsjukvård.

Frågan om att skapa register över personer eller adresser för bedömning av potentiellt hotfulla situationer har diskuterats under lång tid i Sverige. I denna rapport tar vi inte ställning till möjligheten att skapa register över personer eller adresser utan vi lämnar i stället en redogörelse i bilaga 2 gällande ”flaggning” av adresser och personer.

Tillgång till slutenvårdens patientjournaler i ambulanser

Att kunna läsa slutenvårdens patientjournaler var något som i hög grad efterfrågades av ambulanspersonal som ett komplement till den information som kommer från larmcentralen för att kunna vara bättre förberedda inför patientmötet. I våra intervjuer med ambulanspersonal från Region Kronoberg där patientjournaler finns i alla ambulanser framkom att ambulanspersonal har nytta och möjlighet att använda patientjournaler för riskbedömningar.

Intervjuer i andra regioner visade tydligt på en positiv syn på tillgång till patientjournaler i ambulanser.

Intervjuerna visade också att ambulanspersonal i stor utsträckning blir utsatta för hot och våld av patienter med somatiska eller psykiatriska sjukdomar. I bilaga 3 redogör vi för ett antal somatiska och psykiatriska sjukdomar som i kombination med stress gör det ännu svårare att tolka och förstå omgivningen.

Tillsammans visar detta att kännedom om patienters somatiska och psykiatriska sjukdomar bör finnas i riskbedömningarna för hot och våld.

Inom ramen för denna rapport tar Socialstyrelsen inte ställning till juridiska och ekonomiska förutsättningar för att ha patientjournaler i ambulanser. I nästa kapitel ger vi emellertid ett ekonomiskt underlag. Införande av patientjournaler i ambulanser är en fråga som är upp till respektive region att självständigt avgöra, men vi vill lyfta fram att Region Kronoberg har gjort den juridiska bedömningen att det är möjligt och också infört ett journalsystem i ambulanserna till en kostnad som är förhållandevis låg. Vi anser att regioner åtminstone bör överväga möjligheten till patientjournaler i ambulanser.

I våra intervjuer med olika befattningshavare och personal inom prehospital akutsjukvård framkom dock ett möjligt problem med tillgång till patientjournaler i ambulanser. Det handlar om risken att journalinformation innebär att det skapas förutfattade meningar om patientens hälsoproblem innan ambulanspersonalen genomfört en fullständig undersökning av patienten. Problemet benämns *förankring* i utbildningslitteratur och forskning [11]. En lärobok om prehospital sjukhusvård beskriver förankring på följande sätt:

... beslutsfattaren skapar en ”ankarpunkt” baserad på information som framkommit tidigt i processen, information från larmcentralen eller diskussioner inom ambulanssteamet. Riskerna med förankring är att beslutsfattaren omedvetet arbetar för att bekräfta den första hypotesen och därmed riskerar att ignorera annan relevant information som inte gör det [6].

Besluts kvalitet kan påverkas av många olika kognitiva processer, där förankring bara är en i raden [11]. Patientjournaler är också bara en av många informationskällor som kan leda till förankring. All hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med diagnostisering måste ha rutiner och hjälpmedel för att motverka exempelvis förankring. Ökad kunskap om hur det kliniska resonemanget förs i prehospital akutsjukvård och om vanliga misstag kan hjälpa ambulanspersonal förbättra bedömningar och undvika misstag. [6] Andra metoder är att tillsammans i ambulanssteamet kritiskt diskutera kliniska överväganden byggda på journalinformation och att konsultera annan medicinsk kompetens. Vårt förslag om att regioner bör överväga patientjournaler i ambulanser inkluderar utbildning för att motverka förankring, och att understödja diskussioner om journalinformation med inre sjukvårdsledning – även

benämnd inre befäl – eller med annan legitimerad och erfaren hälso- och sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsens förslag är att regioner som inte har tillgång till patientjournaler i ambulanser bör överväga det.

Hotbedömningar överförda av larmoperatörer

Funktionen i ärendehanteringssystemet som används av SOS Alarm ger möjlighet för larmoperatör att snabbt informera om ökad risk för hot och våld. Intervjuerna med ambulanspersonal i regioner där SOS Alarm sköter ambulansdirigering indikerade att funktionen inte är tillräckligt känd bland ambulanspersonalen. Det borde emellertid vara förhållandevis enkelt att komma till rätta med detta problem genom en informationssatsning.

Sjukvårdens larmcentral har också möjlighet att skicka ut varningar om förhöjd hotrisk till ambulanspersonal. Utifrån uppföljning av olika patienter skriver läkare individuell vårdinformation (IVI) för patienter som behöver särskilt individualiserad vård som läggs in i patienternas journaler. Genom en digital uppmärksamhetssignal lyfts informationen till larmoperatören vid larmsamtalet, och larmoperatören skickar informationen till ambulansen. Informationen kan innefatta en varning om tidigare problembeteenden i samband med ambulansinsatser.

Om larmoperatören skickat en varning via ärendehanteringssystemet blir det extra motiverat för ambulanspersonalen att stanna upp, använda ambulansen som skalskydd, granska journaler, och ta första kontakten med patienten via vindrutan eller försöka få tag på patienten via telefon. Vid korta framkörningstider kan det vara särskilt viktigt att få en anledning till att stanna upp och reflektera över risker för hot och våld.

Socialstyrelsen tar inte ställning för SOS Alarms system eller Sjukvårdens larmcentrals system. Regioner måste självständigt göra bedömningen vilken lösning som passar den egna verksamheten bäst.

Socialstyrelsen föreslår att regioner bör överväga systemlösning och vidareutveckla och implementera vald lösning för att ge optimalt stöd till ambulanspersonalen.

Samordnade rutiner och utvecklad samverkan

I den tidigare rapporten om prehospital akutsjukvård från Socialstyrelsen konstaterades följande:

”Det finns brister i samordningen och samverkan i situationer som kräver deltagande av flera blåljusverksamheter. Särskilt tydligt är detta inom områdena psykisk ohälsa vid t.ex. larm om hotande suicid, omhändertagande av personer med allvarlig psy-

kisk störning, vid prehospitla vårdssituationer där det finns risk för hot och våld samt vid aktörsgemensamma insatser i oländig terräng [7].”

I våra intervjuer med ambulanspersonal framkom att det i stora delar av landet finns problem med samordning och samverkan mellan polis och prehospital akutsjukvård. Även om det finns en stark lojalitet mellan blåljuspersonal upplevde ambulanspersonal att det finns brister i samordning och samverkan på ledningsnivå när det gäller bedömning av risker och samverkan i situationer som ambulanspersonal upplever som riskfyllda. Överfallslarm är ett annat exempel på hur bristen på riktlinjer som är harmoniserade mellan regionerna skapar problem för många inom den prehospitala akutsjukvården. I dag saknas nationella riktlinjer och överenskommelser mellan prehospital sjukvård och polis för hur Rakel-systemet ska fungera när någon av ambulanspersonalen trycker på överfallslarmet, vilket orsakar ett arbetsmiljöproblem för ambulanspersonal i flera delar av landet. Vårt förslag är att ett arbete genomförs för att utveckla befintliga rutiner för samverkan mellan polis och ambulanspersonal, så att de styr samverkan på ett ändamålsenligt sätt avseende hotbedömningar, lokal samverkan i samband med hotfulla situationer, och polisens insatser i samband med att ambulanspersonal larmar om hot via Rakel-terminaler.

Socialstyrelsen föreslår att aktuella nationella myndigheter får i uppdrag att ta fram enhetliga rutiner för samverkan mellan polis och ambulanspersonal samt även enhetliga rutiner för larmkedjan vid överfallslarm via Rakel.

Inre sjukvårdsledning

Sjukvårdens larmcentral och SOS Alarm har olika kompetensprofiler på sina larmoperatörer. Alla larmoperatörer på Sjukvårdens larmcentral är sjuksköterskor, medan SOS Alarm internt utbildar sina larmoperatörer.

På flera av SOS Alarms larmcentraler kompletteras larmoperatörerna av inre befäl som är anställda av regionen men som helt eller delvis har sin arbetsplats på larmcentralen. Arbetsuppgifter och befogenheter skiljer sig i viss utsträckning mellan regioner, men generellt beskrivet är inre befäl en beslutande funktion med vissa av regionen fastställda mandat. Dessa mandat kan vara att frångå beslutande direktiv, utöva sjukvårdsledning och att i enskilda fall besluta om alternativa transportsätt eller annan vårdnivå.

Eftersom de som arbetar på ledningscentraler inte har någon befälsrätt använder vi i denna rapport begreppet inre sjukvårdsledning för att rollerna inte ska sammanblandas med polis och räddningstjänst som har både inre och yttre befäl. Inre sjukvårdsledning speglar också uppdrag och syfte bättre än befäl. Vi fick i våra intervjuer med ambulanspersonal positiva omdömen om inre sjukvårdsledning. I intervjuerna uttrycktes stort förtroende för den erfarenhet och kompetens som de som arbetar inom funktionen har.

Utifrån intervjuer med företrädare för SOS Alarm har vi förstått att det pågår ett utvecklingsarbete av funktionen. Av intervjuerna framgick även att grunduppdraget för inre sjukvårdsledning är att ha mandat att göra avsteg från riktlinjer och att stötta SOS Alarms ambulansdirigering. Vårt förslag är att inre sjukvårdslednings uppdrag tydliggörs i den meningen att funktionen också bör ha en uppgift att stödja ambulanspersonalen i riskbedömningar och specifikt stödja i tolkning av journaluppgifter. Eftersom inre sjukvårdsledning är anställd av regionen har de även åtkomst till patientjournaler.

Socialstyrelsen föreslår att regionerna och SOS Alarm fortsätter utvecklingsarbetet med inre sjukvårdsledning, och särskilt överväger hur funktionen kan stödja ambulanspersonal i riskbedömningar vad gäller hot och våld.

Utbildning i att möta hot och våld

Förmåga att bedöma och värdera hotrisker är viktigt för att motverka hot och våld. Det är dock lika viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal utvecklar insikten om att det egna agerandet i olika utsträckning också påverkar risken för att själv bli utsatt för hot och våld. Utbildning av ambulanspersonal är därför ett centralt inslag i ett preventivt arbete för att motverka hot och våld. I bilaga 4 presenteras ett förslag till upplägg av en utbildning för ambulanspersonal.

Den utbildning som i dag genomförs inom psykiatri i flera regioner behöver anpassas till de förutsättningar som gäller för ambulanspersonalen. Stora delar av utbildningen är direkt tillämpbar, men den behöver riktas mot ambulanspersonal för att spegla deras behov och placeras i ambulanspersonalens vardag.

En av förutsättningarna för att lyckas med våldsprevention är kunskap om mekanismer bakom hot och våld. Att enbart lära sig fysiska tekniker riskerar att skapa felaktiga förutsättningar, skador och i värsta fall eskalera situationen. Ambulanspersonalen behöver även kunskap om diagnoser, bakomliggande orsaker till beteenden samt vilken typ av bemötande som fungerar bäst för olika beteenden. Med utbildning som utvecklas med stöd i metoder som exempelvis Bergenmodellen kan ambulanspersonal öka sina kunskaper om mekanismer bakom hot och våld.

Utbildningar för ambulanspersonal bör även innehålla träning i att använda BVC. Vid bedömning av hotrisken på en plats kan BVC medvetandegöra risker och förhindra slentrianmässigt beteende. Eftersom situationer kan förändras kan också bedömningen av indexet stiga eller sjunka under interaktion med patient och omgivande personer. Det är därför viktigt att ambulanspersonal tränas i att använda BVC på ett dynamiskt sätt. Utbildningar av ambulanspersonal bör i tillägg till det ovanstående även innehålla träning i defensiva tekniker som att utifrån hotrisk anpassa avstånd till patienten, säkerställa fri flyktväg, flytta lösa föremål, anpassa medhavd utrustning, et cetera.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillsammans med företrädare för den prehospitala akutsjukvården och psykiatri utveckla en utbildning som ger ambulanspersonalen förbättrade verktyg att möta hot och våld.

Samverkansövningar mellan polis och ambulanspersonal

Rollspel är en metod som är särskilt lämpad för verksamheter som är präglade av dynamiskt beslutfattande, osäkerhet och olika perspektiv. Det är en undervisningsmetod med tydlig professionsanknytning, där teori och praktisk erfarenhet kan tillämpas i olika typer av scenarier. Spelen kan bygga på allt ifrån avancerade digitala simuleringar till strukturerade scenariobaserade diskussioner, med den gemensamma nämnaren att spelare måste förstå situationen, hantera problem och ta beslut i en dynamisk miljö, där utgången av spelet inte är given på förhand.

Den prehospitala vården behöver förstå polisens uppdrag och begränsningar, lära sig sina egna reaktioner på fiktiva situationer och hur samarbetet kan fungera, samt dra nytta av polisens uppdrag givet de begränsningar som finns. Även polisen behöver få en bättre förståelse för prehospital vård, dess uppdrag och begränsningar. Rollspel är en förhållandevis kostnadseffektiv övningsform som går att göra med ett minimum av infrastruktur på plats. I bilaga 5 presenterar vi ett förslag till hur övningsverksamhet kan utvecklas och genomföras.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram ett rollspel för samverkansövningar tillsammans med polismyndigheten, representanter för ambulanspersonal, SOS Alarm och Sjukvårdens larmcentral.

FoU-projekt om kroppskameror inom prehospital akutsjukvård

En kroppskamera är en kameraenhet som är ungefär lika stor som en handflata. Kameran sätts fast i brösthöjd på arbetskläder. Vi anser att det skulle vara värdefullt för hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitetsarbete att få forskningsresultat om huruvida kroppskameror bidrar till en bättre arbetsmiljö för ambulanspersonal.

Under 2023 utrustades alla poliser i yttre tjänst med kroppsburna kameror. Användning av kamerorna förväntas ha en brottsförebyggande effekt, förbättra polisernas arbetsmiljö och bidra till stärkt bevisföring.

Den kroppsburna kamera som polisen använder är försedd med ljud- och ljusindikatorer som upplyser allmänheten om när inspelning sker. Kameran är som huvudregel satt i ett förinspelningsläge, vilket innebär att kameran

löpande spelar in film utan ljud. Det förinspelade materialet lagras i en minut varefter det automatiskt spelas över om inte polismannen startar en inspelning. När inspelning startar piper kameran tre gånger och ljusindikatorn skiftar färg från grönt till rött. Det är den enskilde polismannen som själv styr när inspelning sker, och kameran kan exempelvis användas i samband med ingripanden, förhör eller för annan dokumentation.

Polisverksamhet lyder delvis under speciell lagstiftning som gör att polisens arbete med att utreda brott inte omfattas av EU:s dataskyddsförordning.²² Det vi i stället för vårt förslag om FoU-projekt om kroppskameror för ambulanspersonal tar fasta på är hur Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) i ett tillsynsbeslut har bedömt Storstockholms Lokaltrafiks (SL) rätt att använda kroppskameror för biljettkontrollanter.²³

IMY konstaterar att SL:s användning av kroppsburna kameror med aktiverad inspelning av bild- och ljudmaterial för att förebygga och dokumentera pågående hotfulla eller våldsamma situationer inte strider mot reglerna i dataskyddsförordningen. IMY väger in i bedömningen SL:s beskrivning av problemet med hot och våld mot biljettkontrollanter:

”SL har uppgett att det finns en omfattande problembild avseende hot och våld mot biljettkontrollanterna i tunnelbanan. SL har vidare inkommit med statistik avseende tillbud och skador under åren 2018, 2019 och delar av 2020.

År 2018 rapporterades totalt 62 tillbud (vilket innefattar muntliga påhopp, hot om våld och våld), 21 fall av skada utan frånvaro samt 3 fall av skada med sjukfrånvaro. Statistiken baseras på rapporter från cirka 60 biljettkontrollanter. År 2019 rapporterades totalt 110 tillbud. Av dessa var 101 tillbud mindre allvarliga incidenter (t.ex. muntliga okvädingsord, kränkningar och hot) och 9 var incidenter av allvarlig eller mycket allvarlig karaktär (incidenter av allvarlig karaktär innefattar t.ex. knuffar och incidenter av mycket allvarlig karaktär omfattar bl.a. sparkar, slag och stryptag). Under år 2020 fram till och med november 2020 rapporterades totalt 226 incidenter. Av dessa incidenter var 221 av mindre allvarlig karaktär och 5 incidenter var av allvarlig eller mycket allvarlig karaktär. Statistiken för 2019 och 2020 bygger på cirka 100 kontrollanter, motsvarande 84 heltidstjänster, och avser incidenter i hela kollektivtrafiken.”²⁴

²² Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

²³ IMY. Beslut efter tillsyn enligt dataskyddsförordningen – Storstockholms Lokaltrafik. Diarienummer: DI-2018-21487.

²⁴ IMY. Beslut efter tillsyn enligt dataskyddsförordningen – Storstockholms Lokaltrafik. Diarienummer: DI-2018-21487. Sid 8–9.

IMY konstaterade att SL hade visat att det förelåg ett berättigat intresse för bolaget att använda sig av kroppsburna kameror, med aktiverad bild- och ljudinspelning, för att förebygga och dokumentera hot och våld. Nästa fråga som IMY ställde var om SL:s användning av kroppsburna kameror med bild- och ljudinspelning samt förinspelningsteknik var nödvändig för att uppnå ett berättigat intresse.

IMY ansåg att nödvändighetskriteriet ska ses mot bakgrund av att undantag och begränsningar av skyddet för personuppgifter ska inskränkas till vad som är absolut nödvändigt. Vidare följer av dataskyddsförordningen att personuppgifter endast bör behandlas om syftet med behandlingen inte rimligen kan uppnås genom andra medel. Av praxis följer enligt IMY även att kravet på nödvändighet ska prövas tillsammans med principen om uppgiftsminimering enligt dataskyddsförordningen, vilken föreskriver att de personuppgifter som samlas in ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas.

Enligt IMY visade utredningen i ärendet att SL hade vidtagit alternativa åtgärder till de kroppsburna kamerorna. Biljettkontrollanterna hade fått utbildning i lågaffektivt bemötande och under vissa arbetspass medföljde också ordningsvakter. Åtgärderna hade dock enligt SL inte visat sig vara tillräckliga, varför bolaget tog beslutet om att använda kroppsburna kameror och att spela in med rörlig bild och ljud. IMY ansåg att SL hade vidtagit rimliga alternativa åtgärder för att uppnå ändamålen i samband med hot- och våldssituationer.

I våra intervjuer med ambulanspersonal diskuterade vi hur de såg på att använda kroppskameror i situationer och miljöer där de kände en oro för hot och våld. Generellt sett var ambulanspersonalen positiv till att pröva kroppskameror. Vår forskningsgenomgång ovan visar även att när hotfulla situationer resulterade i åtal av gärningspersoner upplevde ambulanspersonal frustration över långvariga rättsprocesser. En orsak till användning av kroppskameror för poliser är att förbättra bevisning i domstol. Vår genomgång av forskning och befintlig statistik visar att problemen med hot och våld för ambulanspersonal är ett betydande problem. Eftersom kroppskameror nu är förhållandevis vanligt och poliser numer har kroppskameror bör också förutsättningarna vara goda för att ambulanspersonal och patienter kan acceptera användning av kroppskameror för ambulanspersonal.

Vårt förslag om FoU-projekt om kroppskameror innebär dock inte ett förslag om att direkt genomföra tester med kroppskameror för ambulanspersonal. En huvudman för ambulansverksamhet måste självständigt pröva om kroppskameror för ambulanspersonal är förenligt med lagstiftning och föreskrifter – det tar inte Socialstyrelsen ställning till i denna rapport. Vad vi vill visa med den ovanstående genomgången av IMY:s tillsynsärende är att det inte är uteslutet att använda kroppskameror om en huvudman kan visa att problemet med hot och våld har en motsvarande omfattning som hot och

våld mot biljettkontrollanter i IMY:s tillsynsärenden, och att huvudmannen för ambulansverksamheten har vidtagit rimliga alternativa åtgärder inkluderande utbildning för att motverka att hotfulla situationer uppstår.

En annan aspekt som självständigt måste beaktas av en huvudman som startar ett FoU-projekt är hur kroppskameror påverkar patientsäkerhet samt kvaliteten i hälso- och sjukvården. Om de ovanstående förutsättningarna är för handen menar vi att det skulle vara värdefullt för hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitetsarbete att få forskningsresultat om huruvida kroppskameror bidrar till en bättre arbetsmiljö för ambulanspersonal.

Socialstyrelsen föreslår att huvudmän för prehospital akutsjukvård överväger FoU-projekt om kroppskameror för ambulanspersonal.

Kunskapsstyrning

Vid våra studiebesök och intervjuer runt om i landet kunde vi konstatera ett stort engagemang och flera påbörjade nya insatser för att minska och förebygga hot och våld mot ambulanspersonal. Samtidigt har vi kunnat konstatera att regioner kommit olika långt och att regioner arbetar med delvis olika insatser. Vi tror att det finns mycket att vinna på en bättre koordinering av arbetet mot hot och våld. Det finns säkert också ekonomiska vinster med en bättre koordinering eftersom regioner skulle kunna lära av varandras misstag och framgångsfaktorer. Vidare arbetar ledningscentraler i flera fall över regiongränser och regioner samverkar med varandra i regiongränsområden, vilket innebär att gemensamma metoder skulle skapa positiva synergier.

Socialstyrelsen konstaterade i en tidigare rapport om prehospital akutsjukvård att kunskapsstyrningen inom prehospital akutsjukvård är fragmenterad och ofullständig [7]. Det finns inga nationella riktlinjer eller annan vägledning som specifikt adresserar prehospital akutsjukvård, vare sig från Socialstyrelsen eller annan statlig myndighet. Vidare konstaterade Socialstyrelsen i rapporten att det finns anledning att stärka kunskapen inom den prehospitala akutsjukvården så att den blir mer sammanhållen, detta för att kunna erbjuda akut sjuka patienter den vård de kan behöva i ett så tidigt skede som möjligt. Föreliggande rapport har ett mer avgränsat uppdrag än den tidigare rapporten. Socialstyrelsen kan i analysen av regionernas arbete med att förebygga hot och våld konstatera att prehospital akutsjukvård skulle vinna på en egen kunskapsstyrning inklusive kvalitetsindikatorer som inkluderar preventivt arbete mot hot och våld.

Socialstyrelsen föreslår få uppdraget att ta fram kunskapsstöd om preventivt arbete mot hot och våld inom prehospital sjukvård.

Kartläggning av hot och våld mot ambulanspersonal

Statistik från Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan är viktiga datakällor för att följa utveckling av arbetsmiljö. Den offentliga statistiken har dock en särskild karaktär som behöver uppmärksammas. Arbetsgivare är skyldig att anmäla dödsfall, arbetsskador och tillbud som inneburit allvarlig fara för liv och hälsa. Vid analyser av hot och våld används inom forskning ofta en bredare definition där även hot som understiger lagstiftningens anmälningskrav räknas in. Dessutom saknas det i den offentliga statistiken sammanställd statistik för bakgrundsvariabler som plats där hotet uttalats, person som har riktat hotet och karaktäristik för den hotande personen.

I vår forskningsgenomgång kan vi konstatera att huvudsakligen två datakällor tillämpas för studier av hot och våld mot ambulanspersonal: enkäter eller journalgranskning. Vid journalgranskning används sökord som utvecklas för den enskilda studien, och granskningen omfattar ett mindre antal regioner. Vid användning av enkäter har enkäter antingen distribuerats utifrån ett bekvämlighetsurval eller som totalundersökning av en region i samband med ambulanspersonalens journalföring. Bekvämlighetsurval är ett urval av respondenter som inte är slumpmässigt. Formulering av enkätfrågor varierar mellan olika enkätstudier, och sökord varierar vid journalgranskningar.

Under de senaste decennierna har intresset ökat för att inom forskning studera hot och våld mot ambulanspersonal. Från forskningen har vi fått en ökad insikt och förståelse av förekomst av hot och våld, vilka som hotar och är våldsamma, och konsekvenser av hot och våld mot ambulanspersonal. På grund av olika metodologiska skillnader saknas reliabla data om hur hot och våld mot ambulanspersonal har utvecklats över tid.

Det finns flera skäl till att det skulle vara värdefullt att få tillförlitliga data om hur hot och våld mot ambulanspersonal utvecklar sig över tid. Ett skäl är för att beslutsfattare ska kunna få utvärderingsunderlag från genomförda åtgärder för att kunna bedöma behovet av nya eller förändrade åtgärder. Ett annat skäl är att åtgärder som begränsas av EU:s dataskyddsförordning måste kunna bedömas som proportionerliga i relation till arbetsmiljöproblemet.

Det finns flera olika möjliga metodologiska upplägg för att följa utvecklingen av förekomst av hot och våld mot ambulanspersonal över tid. En metod skulle kunna vara att skapa en panel av ambulanspersonal som följs där paneldeltagaren rapporterar in all förekomst av hot och våld som hen eventuellt blir utsatt för under en längre tidsperiod. En annan möjlig metod är punktprevalensmätning, exempelvis att alla ambulansstationer vid ett antal datum per år inrapporterar all eventuell förekomst av hot och våld under ett dygn. Det finns ett stort engagemang bland ambulanspersonal och arbetsled-

ning för att arbeta med arbetsmiljöfrågor kopplade till hot och våld, och därför kan en god följsamhet förväntas avseende olika sätt att mäta förekomst av hot och våld.

Socialstyrelsen föreslår att lämplig myndighet eller organisation får i uppdrag att standardiserat kartlägga hot och våld mot ambulanspersonal under en längre tidsperiod.

Ekonomiska beräkningar

I de fall där regionen redan infört en åtgärd kommer denna region inte att belastas med kostnaden för just denna åtgärd. I denna del redovisas endast kostnadsberäkningar för respektive förslag. Beräkningarna förutsätter regional samverkan där de regioner som redan infört en föreslagen åtgärd delar sina erfarenheter med projektet för att starta upp de föreslagna åtgärderna i aktuella regioner.

Slutenvårdsjournal i ambulans

I dag är det 17 av 21 regioner som fullt ut använder journalsystemet Cambio COSMIC. Leverantören utvecklar verktyg som ska underlätta det dagliga arbetet för användarna. Centrallasarettet i Region Kronoberg använder surfplattor som uppkopplas till sjukvårdsjournaler. Systemet fungerar inne på sjukhuset med uppkoppling via wi-fi, men för ambulansverksamheten krävdes en annan lösning med säkrare uppkoppling. I kontakt med leverantören av journalsystemet utvecklades en app med koppling till journalsystemet även utanför sjukhusen. Problemet med säker uppkoppling löstes genom att personalen kunde identifiera sig i varje surfplatta genom Mobilt SITHS e-id. På så sätt är uppkopplingen säker via virtuell tunnel, VPN, till regionens nät. I varje surfplatta behövs även ett SIM-kort för att kunna använda VPN-tjänsten.

Nedan redovisas en uppskattning av den fasta kostnaden för att ambulanspersonalen ska få tillgång till patientjournaler från ambulansfordon. Kostnaderna är inhämtade från Region Kronoberg.

- Kostnad för hyra av en surfplatta: 179 kronor/månad, 2 148 kronor/helår. Det antas behövas en surfplatta per ambulansfordon.
- SIM-kort: uppskattningsvis 200 kronor/månad, 2 400 kronor/helår inklusive kostnaden för datatrafik från operatör.
- Identifiering på surfplatta sker via en e-tjänst från Inera, eftersom en surfplatta saknar den SITHS-kortläsare som normalt används för inloggning. Den e-tjänst från Inera som regionen använder för registrering, legitimering och underskrift, är SITHS e-legitimation inklusive Mobilt SITHS e-id. Det är ingen ytterligare kostnad för tjänsten utan den ingår i identifieringstjänsten SITHS e-legitimation. Regionerna betalar basabonnemang med gemensamt finansierade tjänster till Inera och många regioner har redan en eller flera anslutningar till tjänsterna. Om en region saknar tjänsten är priset enligt Inera för regionernas gemensamma valbara tjänster för ”Autentiserings-tjänst SITHS” cirka 30 000 kronor/år.

Utöver detta kan engångskostnader tillkomma för att utveckla och införa användning av slutenvårdsjournalen inom ambulansverksamheten. Socialsty-

relsen uppskattar tidsåtgången till 50 timmars arbete per region för projektledare och ambulanssjuksköterska, till en lönekostnad om 62 344 kr.

Kostnader som kan tillkomma i verksamheten är introduktion till legitimering för personalen, men det är svårt att bryta ut dessa kostnader från kostnader för annan arbetsintroduktion, och de anses vara försumbara i sammanhanget. Lathund eller skrivet material för funktionen slutenvårdsjournal finns att tillgå från journalleverantören och är inte något som verksamheten själva behöver skriva.

Hotbedömningar överförda av larmoperatörer, samordnade rutiner och utvecklad samverkan

SOS Alarm och Sjukvårdens larmcentral har olika system för överföring av hotbedömningar från larmcentralen till ambulanser. Det system som överför informationen till ambulanserna är tekniskt sett lika, men Sjukvårdens larmcentralers system förutsätter också kostnader för personal med medicinsk kompetens som bedömer och skriver IVI för patienter som har uppvisat problembeteenden vid tidigare kontakter med ambulanssjukvården.

Kostnaderna för att tekniskt införa en uppmärksamhetssignal kopplad till patienters journaler bedömer vi inte är högre än att de kan ingå i normala systemutvecklingskostnader. Eftersom SOS Alarm är ett från regionerna separat aktiebolag har larmoperatörer inte tillgång till patientjournaler och därmed inte heller till IVI. Det kan dock lösas genom att uppmärksamhetssignalen endast kommer upp på skärmar för inre sjukvårdsledning – som är legitimerad sjukvårdspersonal anställd av regionen. Den extra kostnaden för införandet av en uppmärksamhetssignal för larmcentraler som tillhör SOS Alarm är läkarresurser för upprättande och kontinuerlig revidering av IVI. Den extra läkarresursen kan organiseras på fler sätt än vad som varit möjligt att utreda inom föreliggande regeringsuppdrag.

Enligt 8 § förvaltningslagen (2017:900) ska myndigheter samverka med andra myndigheter. Att samordna rutiner och utveckla samverkan mellan prehospital akutsjukvård och polis anser vi faller inom ramen för myndigheters grundverksamhet och ska inte föranleda något behov av ekonomiskt resurstillskott.

Inre sjukvårdsledning

De kostnadsberäkningar som Socialstyrelsen presenterar nedan är hämtade från Region Kronoberg som tidigt startade ett projekt med införande av det regionen kallade inre befäl. Det påbörjades 2019 och kostnaderna kommer troligen att bli lägre vid kommande införanden i regioner då det finns erfa-

renheter från flera regioner. Beräkningarna baseras på genomsnittslöner enligt Statistiska centralbyråns lönestrukturstatistik för 2023 (se tabell 2) samt påslaget för semesterersättning, arbetsgivaravgifter och overheadkostnader.²⁵ I beräkningarna görs antagande om arbetstid 160 timmar i månaden och 1 808 timmar per år. Även om det kan förekomma andra kostnader förväntas de vara marginella.

Kostnader för planering och analys vid införande av inre sjukvårdsledning

Vid ett införande av inre sjukvårdsledning i ambulansverksamheten är första fasen planering och analys. Omfattningen av arbetet kommer troligen att se något annorlunda ut jämfört med för de regioner som redan infört funktionen och kan överföra erfarenheterna.

- Socialstyrelsen uppskattar att det krävs 30 timmars mötestid för planering och analys för två projektledare, varav en är ambulanssjuksköterska. Lönekostnaderna för det initiala arbetet blir cirka 37 400 kr.
- Arbeta med att starta upp inre sjukvårdsledning kräver ett nära samarbete med SOS Alarm. Personal från ambulanssjukvården behöver delta operativt under en period för att få information om arbetsprocessen. Socialstyrelsen uppskattar att tre ambulanssjuksköterskor delar sina tjänster mellan arbetsplatserna under två månader, till en lönekostnad om cirka 564 000 kr.
- Till projektet knyts en styrgrupp för beslutsfattande i processen. Det bör vara både verksamhetschef, platschef och övrig personal vid ambulanssjukvården, SOS Alarm och sakkunniga från SOS Alarm nationellt. Socialstyrelsen antar att styrgruppen består av två ambulanssjuksköterskor, två medicinskt ansvariga, två verksamhetschefer, två projektledare och två administrativa chefer. Vi uppskattar att dessa tio personer som ingår i styrgruppen träffas i fyra möten à två timmar. Lönekostnaderna för dessa möten för styrgruppen blir 51 000 kr.

Den totala kostnaden för planering och analys vid införande av inre sjukvårdsledning i ambulansverksamheten beräknas att motsvara cirka 652 400 kronor. I praktiken kan denna kostnad bli lägre om man tar tillvara befintliga erfarenheter från andra regioner som redan har implementerat funktionen inre sjukvårdsledning.

²⁵ Enligt Tillväxtverkets rekommendationer.

Kostnader för bemanning av inre sjukvårdsledning

I några av de regioner som har infört inre sjukvårdsledning bemannas funktionen veckans alla dagar året runt. Socialstyrelsen räknar på att fem heltidstjänster kommer att bemanna en inre befälsfunktion. Planeringen av bemanningen kan troligtvis skilja sig åt mellan regionerna beroende på till exempel deras upptagningsområde.

Det är troligt att de som bemannar inre sjukvårdsledning har en specialistutbildning, men Socialstyrelsen räknar på fem ambulanssjuusköterskors heltidslöner då det är källor som är offentliga. Den årliga lönekostnaden för fem ambulanssjuusköterskor uppskattas att bli 5 310 200 kr. Den redovisade driftskostnaden avser bemanning av funktionen inre sjukvårdsledning på en ledningscentral.

Utbildning för ambulanspersonal att möta våld

Kostnadsberäkningen utgår från att en nationell utbildning ska tas fram, med syftet att samtliga regioner och verksamheter ska kunna använda den för att skapa en jämlik vård. Varje region förväntas därefter utveckla egna rutiner för att genomföra utbildningen lokalt. Därtill tillkommer kostnader för ambulanspersonalens deltagande i utbildningen.

Framtagande av en nationell utbildning och regionala rutiner

I samråd med utbildningsansvariga inom psykiatri i Region Stockholm och Region Skåne bedömer Socialstyrelsen att följande kompetenser kommer att behövas för vidareutveckling av den befintliga utbildningen:

- en projektledare (4 veckor, 160 timmar)
- två ambulanssjuusköterskor (4 veckor, 160 timmar)
- två sakkunniga sjuusköterskor inom psykiatri (2 veckor, 80 timmar)
- två representanter från ambulanspersonal för testning och utvärdering (2 veckor, 80 timmar).

För att ta fram regionala rutiner för genomförandet av utbildningen förväntas varje region avsätta

- en projektledare (1 vecka, 40 timmar)
- två sakkunniga ambulanssjuusköterskor (1 vecka, 40 timmar).

Omfattning/genomförande av utbildningen

Utbildningen riktar sig till sjuksköterskor, undersköterskor och annan vårdpersonal inom ambulanssjukvården, och syftar till att förbereda dem på situationer där våld eller hot kan förekomma. Socialstyrelsen utgår från att cirka en tredjedel av ambulanspersonalen ska genomgå utbildningen under en treårsperiod. Utbildningen ska därefter upprepas vart fjärde år för att säkerställa kontinuerlig kompetensutveckling. De som genomgått utbildningen får bidra till kunskapsöverföring inom sina arbetsgrupper. Utbildningen beräknas bestå av två steg: en digital förberedande del på cirka 8 timmar och en fysisk utbildningsdag på 8 timmar. Enligt Arbetsmiljöverket var 4 698 personer anställda inom ambulanssjukvård 2023,²⁶ vilket innebär att cirka 500 personer kommer att delta i utbildningen varje år.

Uppskattning av den totala kostnaden för framtagande och genomförande av utbildningen

Den totala kostnaden för framtagande och genomförande av utbildningen uppskattas att uppgå till cirka 6,1 miljoner kronor under första året och 4,1 miljoner kronor per år andra och tredje året. Kostnaderna under år två och tre avser enbart genomförandet av utbildningen. Endast personalkostnader, inklusive påslaget för semesterersättning, arbetsgivaravgifter och overheadkostnader, har inkluderats i beräkningen. Även om det kan förekomma andra kostnader förväntas de vara marginella.

Tabell 4. Uppskattning av kostnader för utbildning av ambulanspersonal, i tusental kronor

	År 1	År 2	År 3
Framtagandet av en nationell utbildning	470		
Framtagandet av regionala rutiner	1 530		
Genomförandet av utbildning	4 080	4 080	4 080
Totalt	6 080	4 080	4 080

²⁶ Hämtad från Arbetsmiljöverket 2025-02-12.

Beräkningarna baseras på genomsnittslöner enligt Statistiska centralbyråns lönestrukturstatistik för 2023 och kan påverkas av löneskillnader mellan åren (tabell 5). Lönekostnaderna ska sedan multipliceras med schablonvärdet 1,84 för semesterersättning, arbetsgivaravgifter och overheadkostnader enligt Tillväxtverkets rekommendationer.²⁷

Tabell 5. Lönekostnader enligt SCB, år 2023

Yrkeskategori	Månadslön i kr	Månadslön inkl. sociala avgifter i kr	Timlön inkl. sociala avgifter i kr
Administrativ chef	66 300	121 992	810
Verksamhetschef	56 300	103 592	688
Projektledare/teamledare/utredare	54 000	99 360	659
Medicinskt ansvarig	49 800	91 632	608
Ambulanssjuksköterska	48 100	88 504	587
Ambulanssjukvårdare	36 200	66 608	442
Grundutbildad sjuksköterska	42 100	77 464	514
Undersköterska	32 000	58 880	391
Spelledare	45 700	84 088	558
Spelutvecklare	54 500	100 280	666

Samverkansövningar

Liksom för utbildningen utgår kostnadsberäkningen från antagandet att ett nationellt övningsmaterial ska tas fram som kan användas av samtliga regioner och verksamheter med syfte att skapa en jämlik vård. Varje region förväntas därefter utveckla egna rutiner för att genomföra övningen lokalt. Därtill tillkommer kostnader för ambulanspersonalens deltagande i övningen.

Framtagande av nationellt övningsmaterial och regionala rutiner

Socialstyrelsen bedömer att ett övningsmaterial bör tas fram i samverkan med representanter från ambulanssjukvården, polisen, SOS Alarm samt polisens ledningscentral RLC. Följande kompetenser tros behövas för framtagandet av det nationella övningsmaterialet:

²⁷

https://tillvaxtverket.se/download/18.35643232185c4dc7f0b38445/1675358408755/Info_0696_webb_1_0.pdf. Hämtad den 19 maj 2025.

- en projektledare (5 veckor, 200 timmar)
- en spelutvecklare (4 veckor, 160 timmar)
- en spelledare (4 veckor, 160 timmar)
- två sakkunniga ambulanssjuksköterskor (2 veckor, 80 timmar)
- en sakkunnig sjuksköterska från SOS Alarm (2 veckor, 80 timmar)
- en sakkunnig från polisen (2 veckor, 80 timmar)
- en sakkunnig polis från RLC (2 veckor, 80 timmar)
- fyra sakkunniga sjuksköterskor från ambulanspersonal för testning och utvärdering (2 veckor, 80 timmar).

För att ta fram regionala rutiner för genomförandet av övningen förväntas varje region avsätta

- en projektledare (1 vecka, 40 timmar)
- två sakkunniga ambulanssjuksköterskor (1 vecka, 40 timmar).

Omfattning/genomförandet av övningen

Övningen riktar sig till ambulanspersonalen, polisen och polisens ledningscentral samt personalen på SOS Alarm. Det antas att deltagandet i övningen kommer att kräva en heldag för alla medverkande.

I beräkningen utgår Socialstyrelsen från att cirka en tredjedel av ambulanspersonalen ska genomgå övningen under en treårsperiod, vilket innebär cirka 500 personer per år.²⁸ De som har gått utbildningen får arbeta med kunskapsöverföring till sina kollegor. Övningen ska göras om vart fjärde år för att repetera och utveckla vidare. Vidare föreslår Socialstyrelsen att cirka 200 poliser deltar i övningen per år och sedan sprider lärandet från övningen i sin egen organisation.²⁹ Antalet deltagande från SOS Alarm-tjänsterna³⁰ och polisens ledningscentral föreslås att vara 100 respektive 50 per år.

För att förbereda och genomföra övningen skulle det även behövas en spelledare per region. I beräkningen utgår Socialstyrelsen från att spelledaren behöver en halvdag för förberedelser.

Uppskattning av den totala kostnaden för framtagande och genomförande av övningen

Den totala kostnaden för framtagande och genomförande av övningen uppskattas att uppgå till 5,7 miljoner kronor under första året och cirka 3,5 miljoner kronor per år andra och tredje året. Kostnaderna under år två och tre avser enbart genomförandet av övningen. Endast personalkostnader, inklu-

²⁸ Enligt Arbetsmiljöverket är 4 698 anställda inom ambulanssjukvård 2023.

²⁹ Det finns i dag (2024) 23 844 poliser.

³⁰ SOS Alarm hanteras vid 15 SOS-centraler i hela Sverige av cirka 900 medarbetare.

sive påslaget för semesterersättning, arbetsgivaravgifter och overheadkostnader enligt Tillväxtverkets rekommendationer,³¹ har inkluderats i beräkningen. Även om det kan förekomma andra kostnader förväntas de vara marginella. Beräkningarna baseras på genomsnittslöner enligt Statistiska centralbyråns lönestrukturstatistik för 2023 och kan påverkas av löneskillnader mellan åren (se tabell 6).

Tabell 6. Uppskattning av kostnader för övningar för ambulanspersonal, i tusental kronor

	År 1	År 2	År 3
Framtagandet av ett nationellt övningsmaterial	700		
Framtagandet av regionala rutiner	1 530		
Genomförandet av övningen	3 480	3 480	3 480
Totalt	5 710	3 480	3 480

FoU-projekt om kroppskameror inom prehospitalet akutsjukvård

Ett FoU-projekt om kroppskameror bör inledas med ett förprojekt där de juridiska förutsättningarna analyseras. Om vårdgivaren bedömer att det finns juridiska förutsättningar behöver kontakt tas med universitet eller högskolor för att knyta forskningskompetens till projektet. Även upphandling av kroppskameror bör ske. Förstudien beräknas kosta 438 000 kronor, vilket inkluderar 388 000 kronor för lönekostnader inklusive overhead, och 50 000 kronor för övriga kostnader.

Huvudprojektet beräknas kosta 2 508 000 kronor och pågå i 12 månader. Kostnaden inkluderar projektledning 10 procent av en heltid, senior forskare 10 procent av en heltid och en doktorand 80 procent av en heltid. Beloppet inkluderar 50 000 kronor för inköp av kroppskameror, overhead och 100 000 kronor för övriga kostnader.

Kunskapsstyrning

För att ge stöd till regionernas arbete med preventiva insatser för att minska hot och våld mot ambulanspersonal bör till en början ett kunskapsstöd tas fram. Kunskapsstödet bör bygga på aktuell forskning och kliniska erfarenheter från prehospitalet akutsjukvård. Projektet behöver bestå av projekt-

³¹

https://tillvaxtverket.se/download/18.35643232185c4dc7f0b38445/1675358408755/Info_0696_webb_1.0.pdf. Hämtad den 19 maj 2025.

dare, utredare och experter hämtade från regionernas prehospitala verksamheter.

Att ta fram ett kunskapsstöd beräknas kosta 1 656 000 kronor för ett år. Kostnaden inkluderar kostnader för projektledning, utredare, experter och overhead. Kostnader är också inkluderade för arrangerande av regionala konferenser för spridning av kunskapsstödet.

Kartläggning av hot och våld mot ambulanspersonal

Det saknas ett enhetligt sätt att följa upp hot och våld mot ambulanspersonal i enlighet med hur hot och våld vanligtvis definieras inom forskningen. Arbetsmiljöverkets och Försäkringskassans statistik är viktig för att följa utvecklingen, men alla tillfällen där ambulanspersonal är utsatta för hot och våld syns inte i den officiella statistiken. För att insatser för att minska hot och våld mot ambulanspersonal ska kunna följas upp och utvärderas krävs återkommande studier med enhetlig definition av variabler.

Kostnaden för en kartläggning beror på vilken metodologisk design som används. Om en punktprevalensmätning väljs beräknas kostnaden uppgå till 938 000 kronor första året och 569 000 kronor andra året. Om uppföljningen genomförs fler år kan den årliga kostnaden minskas ytterligare.

Avslutande diskussion

Socialstyrelsen har i denna rapport kartlagt, identifierat åtgärder och lämnat förslag för att skapa en trygg arbetsmiljö för ambulanspersonal avseende hot och våld. Kartläggningen har omfattat ambulanspersonal verksam i såväl offentlig som privat regi.

Som underlag för kartläggningen har intervjuer genomförts med ambulanspersonal och chefer i Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Uppsala och Region Västmanland. Kartläggningen visar att brister i information om patienter och samverkan med polisen bidrar till att skapa en otrygg arbetsmiljö. Kapitlet *Intervjuer med ambulanspersonal* redogör för och analyserar ambulanspersonalens beskrivningar av vad som orsakar otrygg arbetsmiljö, hur förekomsten av hot och våld ser ut och vilka som står för utövandet.

Ambulanspersonalens beskrivningar av förekomst och vilka som står för utövandet av hot och våld sammanfaller väl med internationell såväl som svensk forskning som presenteras i kapitlet *Kunskap om hot och våld mot ambulanspersonal*. Forskning och för regeringsuppdraget genomförda intervjuer med ambulanspersonal ger en bild av att hot och våld är relativt sällsynt betraktat utifrån antalet uttryckningar, men att det ofta har långvariga konsekvenser när det inträffar. Ambulanspersonal som drabbats av hot och våld bär med sig tydliga minnesbilder under lång tid som på olika sätt påverkar yrkesutövandet.

De flesta händelser som involverar hot och våld sker i hemmiljöer, men det måste vägas mot att den största andelen larm kommer från privatpersoners hem. Om fördelning av ambulansuppdrag vägs in är sannolikheten större att ambulanspersonal utsätts för våld på offentliga platser. Både forskning och ambulanspersonalens beskrivningar i våra intervjuer tyder på att det inte finns några miljöer där ambulanspersonalen är helt fredade från hot och våld. Utövare av hot och våld är oftast personer som är alkohol- eller narkotikapåverkade eller lider av psykisk ohälsa.

I kapitlet *Prehospital akutsjukvård* beskrivs hur ambulanspersonal får information om patienten och den plats där patienten befinner sig, och informationsvägarna mellan ambulanspersonal och larmcentraler avseende patientens tillstånd. I det kapitlet beskrivs även hur risk för hot och våld kan förmedlas mellan larmcentral och ambulanspersonal.

Kapitlet *Prehospital akutsjukvård* återger samverkan med övrig s.k. blåljuspersonal. I kapitlet *Intervjuer med ambulanspersonal* fördjupas den beskrivningen avseende samarbete med polisen. När ambulanspersonalen samarbetar med polisen på plats ger ambulanspersonalen en positiv bild av samarbetet. Problem som uppmärksammas i intervjuerna rör ambulanspersonalens samverkan med polisens ledningscentral när ambulanspersonalen bedömer

att det finns risk för hot och våld och önskar assistans av polis, och i vissa regioner avseende rutiner och samverkan för överfallslarm.

Socialstyrelsen har utifrån kartläggningen identifierat ändamålsenliga åtgärder för att skapa en trygg arbetsmiljö och motverka att ambulanspersonal utsätts för hot och våld. I kapitlet *Några förändringar kan göra stor skillnad* presenteras följande förslag på åtgärder:

- Tillgång till slutenvårdsjournaler i ambulanser, förbättrad överföring av hotbedömningar från larmoperatörer till ambulans och samordnade rutiner mellan polis och ambulanspersonal samt även enhetliga rutiner för larmkedjan vid överfallslarm via Rakel.
- Larmcentraler som inte har inre sjukvårdsledning (inre befäl) och som har larmoperatörer som inte är legitimerad sjukvårdspersonal, bör fortsätta utvecklingsarbetet med inre sjukvårdsledning, och särskilt överväga hur funktionen kan stödja ambulanspersonal i riskbedömningar av hot och våld.
- Redan befintliga utbildningar bör vidareutvecklas för att ge ambulanspersonal ökade möjligheter att hantera hotfulla situationer.
- Samverkansövningar mellan polis och ambulanspersonal bör utvecklas och genomföras för gemensam förståelse kring hantering av riskfyllda situationer.
- FoU-projekt avseende kroppskameror för ambulanspersonal bör övervägas för att förebygga och underlätta lagföring av hot och våld mot ambulanspersonal.
- Kunskapsstöd om preventivt arbete mot hot och våld inom prehospital sjukvård ska tas fram.
- Kartläggning av hot och våld bör standardiseras och genomföras med regelbundna tidsintervall i hela landet för utvärdering av insatta åtgärder.

Förslagen påverkar inte den kommunala självstyrelsen enligt 14 kap. 3 § regeringsformen (1974:152). Kostnadsberäkningar presenteras för samtliga förslag i kapitlet *Ekonomiska beräkningar*.

Referenser

1. Maguire BJ, Browne M, O'Neill BJ, Dealy MT, Clare D, O'Meara P. International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. *Prehosp Disaster Med.* 2018; 33(5):526-31.
2. Suserud BO, Blomquist M, Johansson I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accid Emerg Nurs.* 2002; 10(3):127-35.
3. Maguire BJ, O'Meara P, O'Neill BJ, Brightwell R. Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *Am J Ind Med.* 2018; 61(2):167-80.
4. Petzall K, Tallberg J, Lundin T, Suserud BO. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. 2011:5-11.
5. Suserud BO, Blomquist M, Johansson I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. 2002:127-35.
6. Lundberg L, Bäckström D, Andersson Hagiwara M. *Prehospital akutsjukvård.* Stockholm: Liber; 2022.
7. Socialstyrelsen. Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag: Socialstyrelsen; 2023.
8. Statens insatser inom ambulansverksamheten. Stockholm: Riksrevisionen; 2012.
9. Larsson G, Eldh J, Hagman E, Andersson Hagiwara M. The non-conveyance of trauma patients in Swedish emergency medical services: a retrospective observational study of the trauma population not transported to an emergency department. *BMC Emergency Medicine.* 2024; 24(1):34.
10. Ek B, Edström P, Toutin A, Svedlund M. Reliability of a Swedish pre-hospital dispatch system in prioritizing patients. *International Emergency Nursing.* 2013; 21(2):143-9.
11. Fager O, Hindsberg U, Johansson A, Axelsson C, Andersson Hagiwara M. Assessing Clinical Reasoning and Decision-Making in Swedish Prehospital Emergency Care: A Mixed Methods Study With an Experimental Design. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making.* 2024; 19(1):3-31.
12. Anderson C, Bushman B. Human Aggression. *Annual Review of Psychology.* 2002; 53:27-51.
13. Neuman JH, Baron RA. Aggression in the Workplace: A Social-Psychological Perspective. Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2005. s. 13-40.
14. Neuman JH, Baron RA. Aggression in the workplace. *Antisocial behavior in organizations.* Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1997. s. 37-67.

15. Göransson S, Näswall K, Sverke M. Kunskapsöversikt : psykologiska perspektiv på hot och våld i arbetslivet. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2011.
16. Hallberg U. Kunskapsöversikt : hot och våld inom vård och omsorg. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2011.
17. Arbetsmiljöverket. Hot och våld i vård- och omsorgsboende. 2025. Hämtad 2025 4 april från: <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/inspektioner-utredningar-och-kontroller/inspektion/aktuella-inspektioner/hot-och-vald-i-varld--och-omsorgsboende/>
18. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet : ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
19. Leander L. Insatser vid utmanande beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning: Socialstyrelsen; 2015.
20. Murray RM, Davis AL, Shepler LJ, Moore-Merrell L, Troup WJ, Allen JA, et al. A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy. 2019; 29(4):487-503.
21. Gormley MA, Crowe RP, Bentley MA, Levine R. A National Description of Violence toward Emergency Medical Services Personnel. Prehosp Emerg Care. 2016; 20(4):439-47.
22. Bigham BL, Jensen JL, Tavares W, Drennan IR, Saleem H, Dainty KN, et al. Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods cross-sectional survey. Prehosp Emerg Care. 2014; 18(4):489-94.
23. Jani P, Mari L, Heikki R, Joonas H, Tero V, Mari K, et al. The rate and predictors of violence against EMS personnel. BMC Emergency Medicine: BMC; 2024. s. 1-9.
24. Viking M, Hugelius K, Höglund E, Kurland L. One year cumulative incidence and risk factors associated with workplace violence within the ambulance service in a Swedish region: a prospective cohort study. BMJ Open. 2024; 14(9).
25. Viking M, Hugelius K, Kurland L. Experiences of exposure to workplace violence among ambulance personnel. International Emergency Nursing. 2022; 65:101220.
26. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. Journal of Interpersonal Violence. 2000; 15(12):1284-96.
27. Hvidhjelm J, Berring LL, Whittington R, Woods P, Bak J, Almvik R. Short-term risk assessment in the long term: A scoping review

- and meta-analysis of the Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023; 30(4):637-48.
28. Linaker OM, Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995; 92(4):250-4.
 29. Bryman A, Nilsson B. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber; 2018.
 30. Nylander L. Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatri: kliniska riktlinjer för bemötande och behandling. [Sundsvall]: Svenska psykiatriska föreningen; 2019.
 31. Rueve ME, Welton RS. Violence and mental illness. *Psychiatry (Edmont)*. 2008; 5(5):34-48.
 32. Arango C. Violence in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2000; 2(4):392-3.
 33. Swanson JW, Holzer CE, 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990; 41(7):761-70.
 34. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar Disorder and Violent Crime: New Evidence From Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*. 2010; 67(9):931-8.
 35. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*. 2005; 136(2):153-62.
 36. Scott LN, Stepp SD, Pilkonis PA. Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personal Disord*. 2014; 5(3):278-88.
 37. Del Pozzo J, Roché MW, Silverstein SM. Violent behavior in autism spectrum disorders: Who's at risk? *Aggression and Violent Behavior*. 2018; 39:53-60.
 38. Tenneij NH, Koot HM. Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *J Intellect Disabil Res*. 2008; 52(Pt 2):114-24.
 39. Lupton A, Abu-Suwa H, Bolton GC, Golden C. The implications of brain tumors on aggressive behavior and suicidality: A review. *Aggression and Violent Behavior*. 2020; 54:101416.
 40. de Almeida RMM, Ferrari PF, Parmigiani S, Miczek KA. Escalated aggressive behavior: Dopamine, serotonin and GABA. *European Journal of Pharmacology*. 2005; 526(1):51-64.
 41. Fisher CA, Sewell K, Brown A, Churchyard A. Aggression in Huntington's Disease: A Systematic Review of Rates of Aggression

- and Treatment Methods. *Journal of Huntington's Disease*. 2014; 3:319-32.
42. Arciniegas DB, Anderson CA. Viral encephalitis: neuropsychiatric and neurobehavioral aspects. *Curr Psychiatry Rep*. 2004; 6(5):372-9.
 43. Yang C-C, Hua M-S, Lin W-C, Tsai Y-H, Huang S-J. Irritability following traumatic brain injury: Divergent manifestations of annoyance and verbal aggression. *Brain Injury*. 2012; 26(10):1185-91.
 44. Tselis A, Booss J. Behavioral consequences of infections of the central nervous system: with emphasis on viral infections. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2003; 31(3):289-98.
 45. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*. 2012; 3:73.
 46. Nollvision : för en demensvård utan tvång och begränsningar. Stockholm: Svenskt demenscentrum; 2017.
 47. Schwertner E, Pereira JB, Xu H, Secnik J, Winblad B, Eriksdotter M, et al. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Different Dementia Disorders: A Large-Scale Study of 10,000 Individuals. *J Alzheimers Dis*. 2022; 87(3):1307-18.

Bilaga 1. Metodbeskrivning

Inom ramen för regeringsuppdraget har 26 intervjuer genomförts med ambulanspersonal hos privata och offentliga utförare, chefläkare på SOS Alarm, verksamhetschefer och enhetschefer på ambulansstationer. Ambulanspersonal intervjuades på följande orter: Enköping, Haparanda, Helsingborg, Löddeköpinge, Malmö, Stockholm, Uppsala, Västerås, Växjö och Överkalix.

Deltagande observationer genomfördes vid SOS Alarms ledningscentraler i Luleå, Växjö och Malmö samt Sjukvårdens larmcentral i Uppsala och Västerås. Kontakter har också tagits med Svenskt demenscentrum, Arbetsmiljöverket, Mynak, verksamhetsutvecklare inom Polisen, Försvärshögskolan och Universitetskanslersämbetet.

Projektledare har deltagit vid fyra nätverksträffar: Nätverket för högskoleutbildning inom ambulanssjukvård, Nätverk för utbildningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård, SKR:s ambulansnätverk och Vårdförbundets ambulansnätverk.

Intervjuer med chefer och personal utfördes dels som individuella intervjuer, dels som gruppintervjuer. Intervjuerna dokumenterades med anteckningar under intervjuerna och renskrivning efter intervjuerna. Analysen av intervjuerna utfördes inspirerad av forskningsmetoden tematisk analys (kvalitativ innehållsanalys) enligt Bryman [29] och bestod schematiskt beskrivet av tre steg:

1. flera genomläsningar av svar för att få en helhetsuppfattning
3. analys av likheter och skillnader i svaren
4. identifiering av teman i svaren.

Bilaga 2. Angående förslag om register för ”flaggning”

Frågan om register för att ”flagga” adresser eller personer som bedöms kunna utgöra en risk för ambulanspersonal har debatterats under många år och inte sällan i media. För ett urval av medial debatt se nedan. Ett ofta förekommande argument är att polisen har tillgång till register som de kan använda för riskbedömningar, och att om ambulansverksamheter skulle ha tillgång till motsvarande register skulle hot och våld mot ambulanspersonal kunna förhindras. Som motargument har framförts att det inte är garanterat att det är den som bor på adressen som behöver ambulanssjukvård – att det i stället kan vara en besökare, och att om adresser ”flaggas” kan grannar till kriminellt belastade personer bli drabbade. Vidare har det också framförts att det i Sverige inte är juridiskt möjligt att skapa register över ”flaggade” personer och adresser, och att det råder sekretess mellan polisen och hälso- och sjukvårdsverksamhet som förhindrar direkt överföring av registerinformation.

De register som troligen avses i debatten är polisens brottsregister och misstankeregister. Belastningsregistret innehåller bland annat uppgifter om brottmålsdomar, godkända strafförelägganden och ordningsböter. I registret behandlas bland annat namn- och adressuppgifter samt uppgifter om gärningen. Misstankeregistret innehåller personuppgifter om den som är skäligt misstänkt för brott eller har begärts överlämnad eller utlämnad för brott. Registret innehåller bland annat namn- och adressuppgifter och uppgifter om de brott som misstanken avser. Det är polisen som enligt lag är skyldig att föra båda registren, men de används av hela rättsväsendet. Direkt överförande av registeruppgifter från polisen till ambulanspersonal har i Sverige inte ansetts juridiskt möjlig. I Finland finns emellertid den möjligheten. I en forskningsartikel beskrivs systemet så här:

“Related to EMS unit alarms, the police maintain a database of persons with previous violent behavior targeted at EMS personnel that may present a risk to the personnel in future EMS missions. This data is relayed automatically by the ERC to the EMS unit responding to a mission, if a risk person is identified during the emergency call, or if the mission address creates a hit in the automatic database search. However, this information is often irrelevant. For example, in the case of large apartment buildings, when exact risk-address information is missing, the entire building becomes a risk target.”

I ett grannland som också lyder under EU-lagstiftning är det alltså möjligt att polisen har ett register som de överför information från direkt till ambulanspersonal. Inom ramen för projektet som lett fram till denna rapport har

vi inte haft möjlighet att utreda de juridiska möjligheterna för att i Sverige ha ett liknande system som i Finland. Vi har emellertid av andra skäl än juridiska kommit fram till att inte föreslå register för ”flaggning” av personer och adresser.

Även om polis och ambulanspersonal räknas in i det som brukar kallas för blåljuspersonal och trots att personalgrupperna ofta samarbetar, är polisverksamhet och hälso- och sjukvårdsverksamhet mycket olika verksamheter som i stor utsträckning lyder under helt olika lagstiftning. De register som byggts upp för polisverksamhet innehåller information för specifikt den verksamheten, som inte är automatiskt relevant för bedömningar inom hälso- och sjukvården. De finska erfarenheterna varnar också för att registerdata från polisen riskerar att vara irrelevanta. Att anpassa och modifiera informationen så att den är relevant för ambulansverksamhet skulle ta resurser från annan verksamhet, och vi anser inte att det bör prioriteras – oavsett juridiska möjligheter – för tillfället. Vi anser inte heller att det bör prioriteras att avdela resurser till att bygga register för ”flaggning” på ledningscentraler för ambulanssjukvård – även detta oavsett juridiska möjligheter. Utveckling av hälso- och sjukvårdens journalsystem i ambulanssjukvården bör få företräde framför utveckling av nya register.

Exempel på mediala inslag om flaggning

Polisen tog inte hotet mot ambulanspersonalen på allvar. Smålandsposten, 2010-06-04.

Polisen tog inte hotet mot ambulanspersonalen på allvar. Vårdfokus, 2014-03-10.

Agneta hotades med machete: ”Sådant glömmer man inte”. DN, 2014-07-10.

Ambulanskravet: Farliga adresser ska flaggas i förväg. Svt nyheter, 2021-11-22.

Ambulanssjuksköterskor: Mer information om patienter krävs för vår säkerhet. DN, 2022-10-31.

Ambulanspersonal har fått nog av hot och våld – kan få skyddsstopp. SR, 2022-11-23.

Risk för våld – då bromsar ambulansen. Mitt i Stockholm, 2023-01-13.

Ambulanspersonal: Våldet har blivit vardag – få anmäler. Omni, 2023-07-04.

Våld mot ambulanspersonal ökar: ”Hjälp honom annars skjuter vi dig”. DN, 2023-07-04.

Bilaga 3. Diagnoser som prediktionsmarkörer för problembeteenden

Alla personer som söker vård har varierande intellektuell förmåga, vilket betyder att några personer har en minskad förmåga att förstå och tolka mötet med vården. Stress minskar den intellektuella förmågan, och ett möte vid sjukdom som föranleder att ambulansen kommer är en mycket stressande situation för de allra flesta.

Stress i kombination med vissa sjukdomstillstånd gör det ännu svårare att tolka och förstå omgivningen. Det kan handla om permanenta eller tillfälliga sjukdomstillstånd som gör att personalen måste anpassa bemötande och förståelse och även kommunikationssätt [30]. Kommunikationsförmågan hos personer med minskad intellektuell förmåga spänner över ett mycket stort fält och är helt beroende av den kognitiva nivån hos den människa personen möter. Kommunikation är alltid ömsesidig. Det innebär att kommunikation inte bara handlar om uttrycksmöjligheter utan också om förståelse av intryck. Individens möjligheter att förstå sin omgivning är viktigare än man ibland tror för att hen ska kunna uttrycka sig [30].

Personer som har medelsvår intellektuell funktionsnedsättning, av olika orsaker, har större svårigheter att tillgodogöra sig information från omgivningen – att förstå det talade språket utöver på en konkret nivå. De behöver stöd för att förstå innebörden i situationer som inte är de mest rutinbetonade och vardagliga. I situationer som sjukvårdsbesök har de behov av anpassningar, såväl för att förstå omgivningen som för att själva göra sig förstådda. Personer som har svår eller mycket svår intellektuell funktionsnedsättning har mycket stora svårigheter att förstå sammanhang och helheter och kan ofta missuppfatta situationer eller uttalanden, ibland så att de blir förvirrade, skrämda eller upprörda [30].

Att kunna få information om olika sjukdomstillstånd för att på förhand kunna anpassa sitt beteende, kommunikationssätt och ställa in sina förväntningar kan ibland vara avgörande för att patientmötet ska bli så bra som möjligt. Prehospital vård kan delas upp i olika faser och det är i första hand i fas 1, *mottagande av larm och framkörning* (se tabell 1), som det kan bli aktuellt för ambulanspersonalen att inhämta information via sjukhusjournalen för att kunna öka förståelsen om den person de åker ut till.

Viktigt att förstå är att våldsamma personer inte är en homogen grupp, och deras våld speglar olika biologiska, psykodynamiska och sociala faktorer. De flesta forskare och kliniker är överens om att en kombination av faktorer spelar roll vid våld och aggression, även om det finns olika åsikter om vikt av individuella faktorer [30].

Nedan redovisas ett urval av sjukdomstillstånd som kan ha stor påverkan på individers förmåga att tolka och förstå ett akut vårdmöte:

Psykisk ohälsa kan öka sannolikheten för våldsamt beteende hos vissa individer, men endast en liten del av våldet i samhället kan tillskrivas psykiskt sjuka patienter. Sammantaget har de psykiatripatienter som är våldsamma frekvenser av upprepad aggression någonstans mellan den allmänna befolkningen och en kriminell kohort [31].

Vissa psykiatriska diagnoser [31] är direkt kopplade till risker gällande hot och våld [32]. Skadligt bruk och beroende av olika slag är den diagnos där hot och våldsamt beteende är vanligast förekommande [33]. Hot och våld kan förekomma även vid psykossjukdomar och då särskilt schizofreni med pågående psykos [32]. Bipolär typ 1³² kan i maniska skov vara en risksjukdom för hot och våld. Bipolär typ 1 och skadligt bruk utgör en ännu större risk [34]. Psykiatrisk samsjuklighet är också en kraftigt bidragande riskfaktor för våldsamt beteende [35].

Personer med olika typer av personlighetssyndrom kan behöva interventioner som syftar till att förbättra förmågan att förstå, tolerera och modulera negativa känslor för att minska aggressivt beteende [19, 36]. Exempelvis är svår autism i sig ingen orsak till våldsamt beteende, men svår autism kan under vissa omständigheter vara en bidragande faktor [37]. Även personer med intellektuell funktionsnedsättning och som dessutom har svårigheter att kommunicera kan ibland reagera med utmanande beteende, till exempel våld mot sig själv eller andra, när situationens krav och individens förmågor inte matchar varandra. Därför behövs ett anpassat bemötande [38].

Somatiska sjukdomar kan innebära en förhöjd risk för ett hotfullt eller våldsamt beteende då de kan påverka förmågan att tolka och förstå sammanhanget de befinner sig i. Hjärntumör kan vara en bidragande faktor för våldsamt beteende beroende på var tumören sitter [39]. Parkinson med höga dopaminnivåer orsakade av övermedicinering kan leda till hallucinationer och därmed minska förmågan att tolka verkligheten [40]. Huntington är en sjukdom som kan leda till våldsamt beteende [41]. Encefalit av olika typer kan orsaka avvikande beteende [42]. Skallskador, beroende på var skadan sitter, kan vara en bidragande faktor till förändrat beteende; detta gäller framför allt skador på frontalloben [43]. Infektioner i centrala nervsystemet kan orsaka avvikande beteende [44]. Diabetes är enligt erfarenhet från ambulanspersonal ofta en orsak till oförutsägbarhet i beteende.

Demens påverkar förståelsen av situationer och det kan leda till utåtagerande beteende som i vissa fall leder till hot och våld. Individer som har olika demenssjukdomar uppvisar alla beteendemässiga och psykiska symtom vid de-

³² Bipolär sjukdom typ 1 innebär att man har perioder av kraftiga manier och svåra depressioner som båda kan vara så allvarliga att det behövs sjukhusvård.

menssjukdom (BPSD) [45, 46]. Begreppet BPSD är inte en diagnos, utan symtom som exempelvis upprördhet, likgiltighet, oro/ångest, sömnstörningar, rastlöshet, hallucinationer och vanföreställningar. BPSD drabbar 90 procent av alla med demens någon gång [45]. Förekomst av BPSD-symtom bör prioriteras när insatser planeras [46, 47].

Bilaga 4. Utbildning i att möta hot och våld

TERMA³³, RESIMA³⁴ och Bergenmodellen är olika namn på, och variationer av, en vetenskapligt baserad, våldsförebyggande metod som fokuserar på att med hjälp av icke konfrontativt bemötande och etiskt och juridiskt utarbetade tekniker hantera konfliktsituationer med så lite våld som möjligt. En huvudtanke är att i möjligaste mån undvika att konfliktsituationer uppstår. Metoden utvecklades ursprungligen vid universitetssjukhuset i Bergen, och har sedan kommit att vidareutvecklas bland annat av Region Stockholm och Region Skåne. Utbildningen beskrivs så som den utvecklats för psykiatri. Förändringar och anpassningar för prehospital vård behöver göras.

Defensiva tekniker

Kunskap om patienten och det egna beteendet är kärnan i den utbildning som finns i psykiatri. Psykiatri har till stor del gått över till defensiva tekniker i de fall det är rätt läge.

- Hålla avstånd
- Se till att göra det som behöver göras, administrera läkemedel eller omvårdnadsåtgärder som inkluderar riskminimering för både patient och personal
- Placering i rummet
- Vad som sägs
- Hur det sägs

Klinisk vardag

Reflektioner efter händelser och rutinmässigt med utbildningen som raster för att förstå händelseförloppet och ge möjlighet till lärande i den kliniska vardagen. Vad krävs för att kunna placera tryggheten inne i sig själv? I korthet krävs utbildning, träning på olika situationer samt kunskap om olika diagnoser och hur de ställer krav på bemötande och agerande. Ambulanspersonalens vardag kräver också trygghet samt kända och väl genomarbetade rutiner.

Implementeringen av utbildningen i psykiatri har gett flera positiva effekter:

³³ Terapeutiskt möte med aggression.

³⁴ Resurser i möte med aggression.

Ökad trygghet: Personal känner sig bättre rustade att hantera hotfulla och våldsamma situationer, vilket också minskar stress i vardagen.

Minskat antal incidenter: Förebyggande arbete och enhetliga rutiner har lett till att antalet incidenter med hot och våld har minskat.

Etiska ingripanden: När fysiska ingripanden är nödvändiga sker de med omtanke om individen, vilket gör att relationen med patienten kan bibehållas även efter en kritisk situation.

Enhetlighet och samarbete: Genom att alla utbildas enligt samma modell skapas en tydlig och gemensam strategi som stärker samarbete och patient-säkerhet.

Nuvarande basutbildning för psykiatrin

Utbildningarna i Region Skåne och Region Stockholm har ett likartat upp-lägg:

Utbildningen omfattar fyra dagar, är uppdelad på två tillfällen, och riktar sig till grupper om 12–20 personer. Den består av 50 procent teori och 50 procent praktiska övningar.

Föreläsningar i sjukdomens betydelse, utmanande beteenden, lugnande strategier, etik och förhållningssätt, gränssättning, riskbedömning, samarbete, begränsad vårdmiljö och uppföljning av personal.

Gruppdiskussioner och fallbeskrivningar, med deltagarnas engagemang som central del. Mycket handlar om att ha förståelse för vad som ligger bakom beteendet, hur personalens bemötande kan orsaka situationer samt medvetenhet om egna triggers och vikten av att kunna härbärgera sina egna affekter.

Praktiska övningar där teknikerna fokuserar på att

- ta sig loss eller komma undan på ett säkert sätt
- minimera obehag, smärta och skaderisk för alla inblandade.

Teknikerna bygger på överraskning snarare än styrka, vilket gör dem enkla att lära och tillämpa.

Efter basutbildningen deltar personal i regelbundna repetitionstillfällen. Repetitionerna omfattar både teori och praktiska moment, såsom rollspel och scenariobaserad träning.

Framtagande av ny utbildning

Beräknad tid för att göra om utbildningen är fyra veckor.

Medverkande i framtagande av ny utbildning

En person från Socialstyrelsen som håller ihop projektet och samlar deltagare. En person från psykiatrin som är ansvarig för utbildningen. Förslagsvis någon av de som i dag är ansvariga för utbildningen i Region Skåne eller Region Stockholm: Johanna Anagrius, Region Stockholm eller Liz-Lott Grönvall, Region Skåne. Två personer som i dag har ansvar för utbildning hos någon av regionerna.

Tabell 7. Resurser för framtagande av utbildning

Deltagare	Tid i projektet
Projektledare, Socialstyrelsen	Heltid fyra veckor
Sakkunniga från psykiatrin	Heltid två veckor (två personer)
Sakkunniga från ambulanspersonalen	Heltid fyra veckor (två personer)
Ambulanspersonal för utprovning	Två veckor (2 personer)

Förslag är framtaget i samverkan med utbildningsansvariga inom psykiatrin i Region Skåne och Stockholm.

Omfattning av utbildningen

Introduktionskurs för 1 500 medarbetare 2 dagar görs under år ett, 1 500 medarbetare går utbildningen under år två och resten under år tre. De som har gått utbildningen får arbeta med kunskapsöverföring till sina kollegor.

Görs om vart fjärde år för att repetera och lägga till nya delar vartefter modellen utvecklas.

Workshop 1–2 gånger per termin. Teori och praktiska övningar varvat.

I utbildningen finns också utbildning i rutiner för hur verksamheten fungerar.

Det är 4 698 anställda inom ambulanssjukvård 2023 enligt statistik från Arbetsmiljöverket.

Bilaga 5. Samverkansövningar mellan polis och ambulanspersonal

Samverkansövningar är viktiga för att kunna värdera och utveckla krishanteringsystemet. Dessa övningar är emellertid kostsamma, samtidigt som det är oklart vilken effekt de har. Hur övningar ska utformas för att leda till ökad krishanteringsförmåga är därför en central och komplex fråga. Denna fråga försvåras ytterligare av att det kan finnas en mängd styrningar och önskemål avseende övningens utformning, t.ex. från uppdragsgivare och från deltagande organisationer, som begränsar möjligheterna till en optimal utformning av övningen.

Ofta görs antaganden om motparten – det kan handla om antaganden om att motparten agerar utifrån ett uppdrag på ett sätt och med en intention vi inte känner till. I ett rollspel kan intentionen synliggöras och i reflektionen efter spelet kan deltagarna blottlägga delar av det som hände och på så sätt lära känna varandra och varandras verksamheter bättre.

Krisövningar och rollspel

Scenariobaserade rollspel och övningar som påminner om verkliga situationer är populära inslag för flera utbildningar och lärosäten: läkarutbildningar, Försvarshögskolan, polishögskolor. Praktiska tillämpningar, övningar och spel ingår i de flesta program för grundutbildningar, i större eller mindre utsträckning.

Oavsett hur övningen är uppbyggd handlar pedagogiken om att skapa en djupare förståelse för skeenden och händelser där stabilitet, samhällssäkerhet och ytterst demokratiska värden står på spel.

Rollspel används för utbildning och analys för försvar, krishantering och säkerhet. Det är en metod som är särskilt lämpad för verksamheter som är präglade av dynamiskt beslutsfattande, osäkerhet och där deltagare har olika perspektiv. Det är en undervisningsmetod med tydlig professionsanknytning, där teori och praktisk erfarenhet kan tillämpas i olika typer av scenarier. Spelen kan bygga på allt ifrån avancerade digitala simuleringar till strukturerade scenariobaserade diskussioner, med den gemensamma nämnaren att spelare måste förstå situationen, hantera problem och ta beslut i en dynamisk miljö, där utgången av spelet inte är given på förhand.

Rollspel som övningsmetod

Rollspel kan utformas utifrån de specifika behoven hos de medverkande aktörerna för att lära ut praktiska färdigheter. Först och främst är det, som i all undervisning, av vikt att vara tydlig med vad det är som ska läras ut och examineras och att designa undervisningsmoment utifrån det. Simuleringsbaserade övningar med rollspel kan handla om allt från generella färdigheter som att lära sig de andra medverkandes uppdrag och begränsningar, aktivt lyssnande och förståelse till specifika färdigheter, diagnostiska färdigheter och hur ett bra samarbete kan fungera. Det blir då avgörande hur olika upplägg för undervisningsmoment med rollspel kan använda sig av olika metoder för att passa olika lärandemål.

Lärandemål

Att förstå och synliggöra vilka föreställningar vi har om varandras roller, uppdrag och begränsningar samt intentionen bakom de val som görs i en skarp situation. När rollspelet är avslutat ska de medverkande genomföra en reflektion som är en genomgång av händelserna i spelet och de olika aktörernas agerande. Utan att bedöma utfallet kan då de medverkande reflektera över vad som fungerade, vad som kunde göras annorlunda och vilka konsekvenser respektive deltagares agerande fick på utfallet. De som genomfört rollspelet får i uppdrag att sprida lärandet i den egna organisationen, då det inte är möjligt att låta alla i respektive organisation genomföra rollspelet på en gång utan det måste ske efter hand.

Framtagande av rollspel

Deltagare från ambulans, polis, larmcentraler för ambulansdirigering samt polisens ledningscentral RLC. Beräknad tid för att ta fram ett fungerande rollspel är fyra till sex veckor. En person från Socialstyrelsen håller ihop projektet och samlar deltagare. En spelutvecklare från exempelvis Försvarshögskolan (FHS) samt företrädare för de olika deltagarna.

Tabell 8. Resurser för framtagande av utbildning

Deltagare	Tid i projektet
Projektledare, Socialstyrelsen	Heltid fyra till sex veckor
Spelutvecklare från FHS	Heltid fyra veckor
Spelledare	Heltid fyra veckor
Sakkunniga från ambulanspersonalen	Heltid två veckor (två personer)
Sakkunnig från ambulanspersonalen	Heltid två veckor
Sakkunnig från SOS Alarm	Heltid två veckor
Sakkunnig från polisen	Heltid två veckor
Sakkunnig från RLC	Heltid två veckor
Personal för utprovning	Två veckor (fyra personer)

Förslaget är framtaget i samverkan med utbildningsansvariga inom psykiatri i Region Skåne och Region Stockholm.

Omfattning av rollspelet

Rollspelet kommer med all säkerhet ta mellan sex och åtta timmar att genomföra, så det är en heldag för alla medverkande.

Antal som ska genomföra utbildningen

Ambulanspersonal: Det är 4 698 anställda inom ambulanssjukvård 2023 enligt statistik från Arbetsmiljöverket. Alla behöver inte genomföra rollspelet direkt utan det antas räcka med 500 deltagare första året, ytterligare 500 deltagare år två och resten under år tre.

Polisen: Alla poliser behöver inte genomföra rollspelet. Det finns i dag (2024) 23 844 poliser och ett antagande är att 600 poliser behövs för att kunna sprida lärandet från rollspelen i sin egen organisation. Det betyder att 200 poliser skulle kunna genomföra rollspelet första året, 200 andra året och 200 tredje året.

SOS Alarm: Tjänsterna inom verksamhetsområdet hanteras vid 15 SOS-centraller i hela Sverige av cirka 900 medarbetare. Här kan nog 100 tänkas genomföra rollspelet första året, 100 år två och 100 år tre.

Polisens ledningscentral: 50 per år.

Spelledare: Det behövs en spelledare per region och genomfört rollspel. Att vara spelledare för detta kräver en halvtid, och en spelledare per region skulle då innebära 10 heltidstjänster.



Hot och våld mot ambulanspersonal (artikelnr 2025-6-9626)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.